

EGÉSZSÉGNEVELÉSI PROGRAMOK AZ ISKOLAI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS SZOLGÁLATÁBAN

Nagy Judit

Szegedi Tudományegyetem, Neveléstudományi Doktori Iskola

A magyar iskolák legalapvetőbb dokumentumai, a pedagógiai programok az elmúlt évtizedben több alkalommal is átdolgozásra kerültek, és gyakran bővültek az iskola számára előírt újabb feladatok pedagógiai rendszerével is. Legutóbb a Köznevelési törvény írta elő 2004. szeptember 1. napjától a pedagógiai programok egészségnevelési programokkal történő kiegészítését. Indokolt volt e változás, ugyanis számos magyar egészségügyi és epidemiológiai mutató, a születéskor várható átlagos élettartam, valamint a vezető halálokok és kiemelt népbetegségek (a keringési rendszer betegségei, rosszindulatú daganatok, krónikus májbetegségek, mentális betegségek stb.) a magyar lakosság egészségi állapotáról lesújtó képet nyújtanak. Ezen mutatók értékei többszöröse az Európai Unió átlagértékeknek, sőt az újonnan csatlakozott országok mutatóit is jelentősen meghaladják. Európai Unió tagságunk követelményei, de a hétköznapi élet tapasztalatai is rendszeresen megerősítik, hogy a feltárt problémák csak több szakmai terület összefogásával, ágazatközi együttműködéssel oldódhatnak meg.

Az egészségfejlesztésben a neveléstudománynak is van feladata, hiszen a szociálpolitika, az egészségügyi ellátórendszer, valamint a média eszközei mellett az iskola, mint a gyermek szocializációjában jelentős szerepet játszó intézmény lehetőségei is széleskörűek. Az iskola az egészséges életmódra nevelés, a mindennapos testedzés és a környezeti nevelés révén hatékonyan befolyásolhatja a gyermekek szemléletét, viselkedését, s ezáltal hozzájárulhat ahhoz, hogy a kor követelményeinek eleget téve, szellemileg és fizikailag is egészségesebb felnőttekké nevelje tanulóit.

E célkitűzések eléréséhez interdiszciplináris megközelítésmódra van szükség, s bár az iskola világtól korábban sem állt távol a környezeti nevelés, és néhány óra keretében az egészségnevelésre is sor került, a megújuló, kompetencia alapú oktatásban az egészséges életmódra is komplex szemlélettel kell felkészíteni a gyermekeket. A tanulmány keretében kitérünk a legjelentősebb tendenciákra, amelyek Magyarország gyermeknépességének egészségi állapotát és egészségkultúráját jellemzik. Egy megyei jogú város általános iskoláiban elkészült egészségnevelési programok elemzése révén ismertetjük azokat a törekvéseket, amelyek az egészségfejlesztés – nevelés – megőrzés témakörében általánosan elfogadottá váltak, s meghatározzák napjaink iskolai egészségfejlesztési tevékenységét.

A magyar populáció és a gyermekkorosztály egészségi állapota

A magyar népesség demográfiai helyzete a nyugat-európai országokhoz hasonló az elveszületések számának csökkenését tekintve, azonban hazánkban a halálozási adatok jóval kedvezőtlenebbül alakulnak, mint a legtöbb EU-s országban (Ádány, 2003). E folyamatok a magyar népesség fogyásának tartósságát is előrevetítik, így a továbbiakban is arra számíthatunk, hogy a halálozások éves száma meghaladja az elveszületések számát, s folytatódik a magyar társadalom elöregedése. Az epidemiológiai jellemzők sem nyújtanak kedvezőbb képet, hiszen különösen az életmóddal szoros összefüggést mutató betegségek egyre fiatalabb korosztályokat érintenek, s a megbetegedések száma is aggasztó. „A magyar lakosság korai halálzásának növekedése mértékében messze meghaladta a közép- és dél-kelet-európai országokban zajló hasonló változást” (Ádány, 2006. 21. o.; Füzesi, 2004).

Annak ellenére, hogy az ezredforduló utáni években kis mértékű javulás észlelhető, a születéskor várható átlagos élettartam drasztikus elmaradást mutat a szomszédos, illetve a hasonló gazdasági folyamatokat megélő országokhoz viszonyítva. A megelőzés terén fontos feladat a vezető halálokok értelmezése is, hiszen a daganatos betegségek, a keringési rendszer és az emésztőrendszer betegségei mindkét nem esetében jelentősen növelik a korai halálozás relatív kockázatát. Komoly probléma a krónikus népbetegségek rizikótényezői között említhető elhízás, alkoholizmus és dohányzás előfordulási gyakorisága is, továbbá, hogy az orvoshoz fordulási gyakoriság, szűrőprogramokon való részvétel sem megfelelő (Ádány, 2003).

A magyar gyermekek egészségi állapotát jellemző adatok sem kedvezőbbek. A csökkenő születésszám kedvezőtlen demográfiai folyamatok forrása, annak ellenére is, hogy a csecsemőhalálozási adatok folyamatos javulást mutatnak, és a koraszületések aránya stagnál (Ádám, 2006). Az újszülöttek nagyobb eséllyel érik meg a felnőttkort, mint évtizedekkel korábban, azonban a születéskor várható átlagos élettartam elmarad a szomszédos országokéhoz viszonyítva. A morbiditási adatok is megerősítik, hogy az életmóddal és környezeti viszonyokkal összefüggő megbetegedések már gyermekkorban jelentkeznek, s igen gyakoriak az allergiás betegségek, pszichoszomatikus panaszok, táplálkozási problémák, a mozgásszegény életmóddal összefüggő tünetek. Komoly gondot jelent a serdülőkori rizikó-magatartásformák (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás) elterjedése (Szauer, 2005).

Az egészségi állapotot meghatározó tényezők

Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) több mint fél évszázaddal ezelőtt megfogalmazott egészségdefiníciója általánosan elterjedt, s kimondja, hogy az egészség teljes fizikai, lelki és társadalmi jólétet jelent, nem egyszerűen a betegség vagy fogyatékoság hiányát. Az Ottawai Charta továbbfejlesztette ezt a felfogást, s az egészséget a társadalmi, gazdasági és egyéni fejlődés erőforrásaként értelmezte. Hangsúlyossá vált, hogy az egyén jólétéhez nélkülözhetetlen annak képessége, hogy megfogalmazza és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzék, vagy alkalmazkodjon ahhoz (WHO, 1986). „A jólét ennek megfelelően relatív

egyensúlyt jelöl, azaz harmóniát, amely biológiai, pszichikai és szociális szinten egyaránt érvényesül. Ez az új koncepció már elfogadja a definíció relativitását, vagy ha úgy tetszik, szubjektivitását” (Pikó, 2005. 29. o.).

E „relatív megközelítés” jelenti a modern egészségfogalom alapját, s szoros összefüggését az életminőség relativitásával is. Az egészséget meghatározó tényezők közül a leggyakrabban a genetikai adottságokat, a külső tényezőket, az életmódot, a társas közeg hatásait és az egészségügyi ellátás összefüggéseit emelik ki (Pikó, 2006). „Az Egészségügyi Világszervezet szerint az ipari országokban a népesség egészségi állapotának 43 százalékáért a társadalmi környezet (és az általa befolyásolt, választott életmód), 27 százalékáért a genetikai tényezők, 19 százalékáért a természeti és épített környezeti hatások és csupán 11 százalékáért felelős az egészségügyi ellátás” (Forgács, 2004. 84. o.).

Kamarás Ferenc hangsúlyozza, hogy „egy ország népességének egészségi állapotát alapvetően befolyásolja a lakosság egészségi kultúrája, történelmileg kialakult intézményrendszere, a tudomány élenjáró vívmányainak alkalmazása, a gazdasági körülmények és lehetőségek, amelyek a politikai akarattal párosulva segíthetik a kívánatos változásokat” (Kamarás, 2004. 9. o.).

A legújabb kutatások azonban az egészségi állapotot meghatározó tényezők vizsgálatkor legfontosabb feladatuknak sokkal inkább az életminőség relativitásából megérthető elemek feltárását tartják (pl.: *Antonovsky*, 1987; *Benkő és Tarkó*, 2005; *Csikszentmihályi*, 1997; *Helman*, 2003; *Kopp*, 2001, 2003; *Kopp és Skrabski*, 2000, 2001; *Kopp, Réthelyi, Stauder, Csoboth és Purebl*, 2003; *Kopp és Pikó*, 2004; *Novák, Stauder és Mucsi*, 2003; *Pikó*, 1996, 1999, idézi *Kopp és Pikó*, 2003, 2004, 2006; *Pikó és Bak*, 2004; *Pikó, Barabás és Boda*, 1997; *Skrabski és Kopp*, 1999). Továbbá hangsúlyozzák, hogy az egészségfogalom dimenzióinak meghatározása az egyén pszichoszociális állapota, egészségi állapotának önértékelése, valamint a megküzdés képességének sajátos összefüggései mentén lehetséges, s a megfelelő eredmények értelmezéséhez pozitív paradigmaváltás szükséges.

Az egészségnevelés és az egészségfejlesztés elméletei

A következőkben rávilágítunk az egészségnevelés, egészségmegőrzés, egészségfejlesztés kifejezések közötti különbségekre. A fogalmak jelentéstartama időben változott Magyarországon is, s világszerte leginkább az egészségfogalom elméleteivel mutat szoros kapcsolatot (*Ratalics*, 2002; *Rókusfalvi*, 1997; *Métneki*, 2001; *Székely*, 1997).

Bunton és Macdonald (1992) az egészségnevelés kialakulását a XIX. századra teszik, amikor is a városi intézkedések azt a célt szolgálták, hogy ismeretközléssel megfékezzék a gyakori járványokat az ipari forradalom túlszűfolt városaiban. A népegészségügyi mozgalmak munkáját az 1920-as évektől kiegészítette a betegebiztosító társaságok felvilágosító tevékenysége, s bővült a megelőzendő betegségek köre is. A hetvenes évektől nagyszabású médiakampányok kezdődtek az Egyesült Királyságban, s a kilencvenes évekre kristályosodott ki az új szemléletű egészségfejlesztési tevékenység, amely kampányokban hívja fel a figyelmet arra, hogy az egyének felelőssége is jelentős a betegségek kialakulásában.

Az egészségnevelés (*health education*) információnyújtást jelent speciális betegségek (nemi betegségek, cseppfertőzéssel terjedő betegségek, drogfüggőség, stb.) megelőzésére a leginkább veszélyeztetett célcsoportban. Az egészségnevelés három szinten zajlik:

(1) a primér prevenció a veszélyeztetett csoportok felkutatásával, szűrésekkel, védőoltásokkal kívánja megelőzni a betegség kialakulását,

(2) a szekunder prevenció a korán felismert megbetegedések kezelését kívánja rövidíteni (pl. műtét utáni utókezelés, diétázási tanácsadás stb.),

(3) a terciér prevenció az irreverzibilis folyamatokat lassítja az esetleges állapotrosszszabodás, komplikáció elkerülésére (pl. „együttélési stratégia” kialakítása a beteg és hozzátartozó részére). Az egészségnevelés készségeket fejleszt, életmódváltatásra ösztönöz meggyőzéssel, a tömegkommunikáció eszközével.

Az egészségnevelés lehetőségei egy szűkebb területre (ismeretterjesztés, felvilágosítás) korlátozódnak. Az egészségneveléssel nem lehet hatni az egészséget befolyásoló tényezőkre, csupán arra alkalmas, hogy felkészítse az embereket, hogy tervszerűen, közösségi vagy egyéni döntések alapján tudjanak gondoskodni egészségükről (*French, 1990*). Az egészségnevelés az orvosláshoz kapcsolódott évtizedeken keresztül, s arra az önfelegyelemre kívánt építeni, amely révén azt feltételezték, az egyén felelősséget érez egészségi állapotáért, s ha megfelelő ismeretekkel rendelkezik a kockázati tényezőkről, lemond egészségkárosító tevékenységéről.

Az egészségfejlesztés vagy egészségmegőrzés (*health promotion*) fogalmát *Marc Lalonde*, kanadai egészségügyi miniszter használta először, abból kiindulva, hogy a környezeti hatások, valamint az egyén életmódja és viselkedése áll a legfőbb halálokok mögött (*Naidoo és Wills, 1999*).

Az Ottawai Charta olyan folyamatként definiálta az egészségfejlesztést, „amely módot ad az embereknek, közösségeknek egészségük fokozott kézben tartására és tökéletesítésére. A teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy megfogalmazza és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzon, vagy alkalmazkodjon ahhoz.” (*WHO, 1986. 9. o.*) E felfogás értelmében az egészségfejlesztés nem csak az egészségügyi ágazat kötelezettsége. A Chartában rögzítették azt is, hogy a lakosság egészségének fejlesztése osztársadalmi összefogást kíván meg, az állam, az önkormányzatok és a lokális közösségek (családi, munkahelyi, szabadidős stb.) együttműködése nélkül elképzelhetetlen lenne.

A Charta szerint az egészségfejlesztés 3 komponensű: (1) felvilágosítás; (2) tudatosítani kell az egyéni túlélési és együttélési stratégiákat, s a szükségletekhez megfelelő segítséget kell nyújtani; (3) legyen egyeztetés és közbenjárás a különböző szférában tevékenykedők munkájának harmonizálására.

A Dzsakartai nyilatkozat az egészségfejlesztés XXI. századi prioritásait határozta meg, amelyek közül „a közösségi kapacitások fejlesztése és az egyén megerősítése” igen fontos az iskolai egészségfejlesztés szempontjából (*WHO, 1997*).

A fenti prioritások megvalósítása érdekében, a *World Health Report 2002* eredményeit figyelembe véve, a WHO közgyűlése 2004. május 22-i genfi határozatai közül kiemelendő, hogy a mentális egészségfejlesztési stratégiák az egészségfejlesztés részét képezik, továbbá a modellek és módszerek nem témára, hanem népcsoportokra, rizikóté-

nyezőkre és betegségekre kell, hogy vonatkozzanak, s a kulturális, környezeti adottságokhoz kell, hogy igazodjanak (*World Health Assembly*, 2004).

Az egészségfejlesztéssel kapcsolatos szemléletmódok igen változatosak. A továbbiakban *Naidoo* és *Wills* (1999) csoportosítását ismertetjük. Az orvosi szemléletmód a betegségből indul ki, annak megelőzésén alapul. Olyan preventív tevékenységeket foglal magában, amelyek segítenek kiszűrni az esetleges megbetegedéseket, vagy pedig az orvosi intézkedésekkel kívánja megelőzni a megbetegedést (lásd védőoltások), az egészségromlást, elhalálozást. Ez a szemlélet megfelel az egészségnevelési prevenció módszereinek.

Az életmód-változtatás szemlélete az egészséget egyéni sajátosságnak és jogosultságnak tekinti, így alkalmazói az egészségnevelésből is jól ismert kampányokkal azon fáradoznak, hogy az egyéneket megnyerjék. E felfogás a betegre koncentrál. A nevelési szemléletmód az ismeretátadásra, az egészséges életmódot lehetővé tevő készségekre fókuszál. Az öntevékenységi szemléletmód alulról építkező kezdeményezéseken alapul (ezek száma igen alacsony). A társadalmi változás szemlélete pedig az egészségügyben tapasztalható egyenlőtlenségekre fókuszál (*Naidoo* és *Wills*, 1999). Ezek az elméletek azonban a legtöbbször figyelmen kívül hagyják a szociális-gazdasági tényezőket, s azt feltételezik, hogy az egyén tenni akar egészségéért.

Az egészségfejlesztés modern elméletei ma már modellekben, projektekben gondolkodnak, s bár tartalmilag nem különböznek jelentősen egymástól, terminológiai különbségeket mindenképpen tapasztalhatunk.

A *Caplan-Holland* modell (1990) szerint az egészségfejlesztést két dimenzió mentén elhelyezkedő négy paradigmával lehet leírni. Az egyik dimenzió az ismeretek dimenziója, amely mentén az ismeret a szubjektív gondolatoktól a megértésen át eljut az objektív tudásig, a másik dimenzió a társadalom szabályozottságától a radikális változások társadalmáig húzódik. E két dimenzió mentén négy perspektívát jelölnek meg a szerzők: (1) a szubjektív – szabályozott társadalom a humanista perspektíva paradigmáját adja, mely ismeretbővítést jelöl ki feladatul. (2) A szabályozott társadalom – objektív tudás dimenziók együttes érvényesülése az orvos szerepét hangsúlyozza, s az információközvetítés a legmarkánsabb egészségvédő módszer. (3) Az objektív tudás – változó társadalom dimenzió a radikális strukturalista perspektívát határozza meg, melyben a változó társadalom változó viszonyainak áthidalása, a társadalmi egyenlőtlenségek kiküszöbölése a cél. (4) A radikális változás – szubjektivitás dimenzió pedig a radikális humanista perspektívát eredményezi, amelyben az öngyógyítás kap nagy szerepet, s a személyes felelősség kerül előtérbe. Az iskolai egészségfejlesztés számára e modell komoly alapot kell, hogy jelentsen, hiszen az oktatás révén a szubjektív tudás objektív tudássá alakítása tradicionális feladata az iskolának, továbbá működik az iskolai egészségszolgálat, amely a tanári kompetenciák mellett egészségügyi szakértelmet is biztosít. A társadalmi egyenlőtlenségek csökkentésében nem elég hatékony oktatási rendszerünk, ezt segítheti az egészségfejlesztési tevékenység.

A *Beattie*-modell (1991) két dimenzió mentén alakítja egészségmegőrző tevékenységét: az intézkedés módja (szakirányítás/párbeszéd) és az intézkedés célja (egyéni/kollektív) különbözteti meg a négy tevékenységet: (1) közösségfejlesztés (párbeszéd és kollektív célok), (2) személyes tanácsadás (párbeszéd és egyéni célok), (3) meggyőzés, felvilá-

gosítás (egyéni célok szakirányítással), valamint a törvényes rendelkezések (kollektív célok szakirányítással). E modellben az iskola mint közösségi szintér lehetőségét kell feltérképeznünk.

A *French-Adams*-modell (1986) háromfázisú, hierarchikus modell: (1) a viselkedés-változási fázis célja az életmódváltoztatás; (2) az egyéni öntevékenységi fázisban az individuális autonómia, a jobb megértés és szabályozás a cél; (3) a harmadik fázis a kollektív akciók modelljét jelenti, amelyben a társadalmi és környezeti változások elérése a cél. A szerzők szerint e harmadik fázisba kellene eljutniuk az egészségmegőrzőknek.

A *Tones*-modell (1990) egy egyenleten alapul: az egészségfejlesztés a közérdek és az egészségnevelés szorzata. E modellben az egészségnevelés két fő követelménye a tervszerűség és a tudatosság, amely az öntevékeny közösségek révén befolyásolhatja a közérdeket. Amennyiben sikerül a közérdekre nyomást gyakorolni, az hat az egyénre és környezetére is, ami által javulhat az egyén egészségi állapota.

A bemutatott egészségfejlesztési modellek alapján is megállapítható, hogy a modern elméleteken alapuló egészségfejlesztésben is van szerepe az iskolának, azonban az iskolai egészségfejlesztést is egyre komplexebb rendszerben célszerű végezni, s a hatékonyság növelése érdekében igen tudatos döntések és koncepciók mentén szabad a tevékenységet elkezdeni. Az iskolai egészségfejlesztés tervezésekor mindenekelőtt eldöntendő, hogy milyen szinten, mely dimenziók szerint képes az érintett iskola tevékenykedni adottságaitól függően. A *Caplan-Holland* modell logikájának megfelelően tervezett iskolai egészségfejlesztés érdekében végig kell gondolni, hogy miként segítheti a szubjektív–objektív dimenzió mentén történő elmozdulás a korunk változó világához jól alkalmazkodó egyének nevelését, s a konkrét egészségfejlesztési program kidolgozásakor meg kell vizsgálni, hol, mely körben építheti egy iskola egészségfejlesztési munkáját a személyes felelősségre. A *Beath*-modell pedig alapot teremt arra, hogy a pedagógusok és egészségügyi szakemberek közötti feladatmegosztás szempontjából elemezzük az iskolai egészségfejlesztő tevékenységet, továbbá vizsgálható, hogy egyéni vagy kollektív célok mozgatják-e a feladatvégzést.

E néhány felvetés is kifejezi, hogy az iskola szerepe milyen sokrétű az egészségfejlesztés gyakorlatában, s a korábban tárgyalt elméletek is felismerhetők a WHO-tanácskozásokon kiemelt egészségfejlesztési tevékenységekben: az ismeretátadás, az attitűdformálás, a magatartás-alakítás, valamint az öntevékenységre ösztönzés. Az egészségfejlesztés komplex feladatát az iskola nem tudja egyedül ellátni, fontos, hogy az egészségüggyel, a civil szervezetekkel együttműködjön ebben.

A fenti célokból néhány már megvalósult (jogszabályi háttér, tananyagkidolgozás), azonban az intézmények hétköznapijaiban jelentős változások nem érzékelhetők. Már 2003-ban is 20–25 olyan akkreditált pedagógus továbbképző program létezett, amelyek a korszerű egészségnevelési programokhoz kapcsolódtak, és rendelkezésre álltak olyan egészségfejlesztési programok, amelyek korszerű egészségfejlesztési szemléletet tükröznek, ezek elterjedtsége azonban igen kedvezőtlen képet mutatott, hiszen a magyar általános iskolák mintegy 4–5%-ában zajlott eszerint az egészségfejlesztés (*Egészség Évtizedének*, 2003. 7–14. o.) Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal 2002. évi országos vizsgálata alapján az iskolák 36,7%-a rendelkezett átfogó, minden tanulóra kiterjedő egészségfejlesztési pedagógiai programmal (*Ulveczki*, 2004).

Egészségnevelési programok a gyakorlatban

A korábbiakban bemutatott elméletek alapján kezdtük meg vizsgálatunkat a hódmezővásárhelyi általános iskolák egészségnevelési programjainak elemzésével. Kutatásunkban arra kerestük a választ:

- 1) milyen tartalmakkal tölti meg a ma iskolája, és hogyan transzformálja az egészség fogalmát nevelési feladattá;
- 2) milyen szerepet vállalnak fel a pedagógusok a program kidolgozása során, kik vettek részt a program kidolgozásában;
- 3) hogyan kívánják beépíteni a már meglévő programba, a helyi tantervbe a nem kifejezetten egy tantárgyhoz köthető tudás átadását;
- 4) hogyan felelnek meg a kor követelményeinek egy „régi-új” pedagógiai feladat el-látásakor;
- 5) miként jelenik meg az egészségnevelés rejtett tanterve az iskolai foglalkozásokon;
- 6) hogyan értelmezik a pedagógusok saját szerepüket az egészségnevelés folyama-tában?

A kutatás módszertani alapja

A 2003. évi LXXIX. törvény a közoktatásról előírja, hogy 2004. szeptember 1. napjától „Az iskola nevelési programjának részeként el kell készíteni az iskola egészségnevelési és környezeti nevelési programját. Az iskolai egészségnevelési programnak tartalmaznia kell az egészségfejlesztéssel összefüggő iskolai feladatokat, beleértve a mindennapi test-edzés feladatainak végrehajtását szolgáló programot is. Az iskolai egészségnevelési program elkészítéséhez be kell szerezni az iskola-egészségügyi szolgálat véleményét.” Kutatásunkban Hódmezővásárhely 11 általános iskolájában 410 pedagógus 3996 tanulót érintő egészségnevelési tevékenységét, egészségnevelési szemléletét, szemléletváltó hajlandóságát, a tanulók szociokulturális háttérét, az abból adódó egészségnevelési lehetőségeket, és az egészségfejlesztési munka hatékonyságának mérési lehetőségét tártuk fel.

A továbbiakban az egészségfejlesztést meghatározó pedagógiai programok tartalmi elemzése révén nyert eredményeket mutatjuk be. Az egészségnevelési programokat¹ dokumentumelemzés módszerével dolgoztuk fel. A vizsgált programok száma 11. A vizsgált intézmények révén jól jellemezhető valamennyi intézménytípus, hiszen az iskolák jellemzői működési helyük, tanulólétszámuk, és tanulók összetétele szerint igen sokrétű:

- 1 tanyasi iskola 4 telephellyel: 116 fő;
- 1 speciális tanterv szerint, csak sajátos nevelési igényű tanulókat oktató, gyógypedagógiai iskola: 123 fő;

¹ „Az egészségnevelési program” elnevezés a Közoktatási törvény szóhasználata, amelynek tartalmi elemeiből azonban egyértelműen megállapítható, hogy e programok az egészségfejlesztési munka alapját képezik. Így a továbbiakban a törvény szóhasználatához igazodunk, azzal a kiegészítéssel, hogy minden esetben „egészségfejlesztési program”-ként értelmezzük azt.

- 1 elsősorban halmozottan hátrányos helyzetű tanulókat oktató iskola: 217 fő;
- 2 városzéli iskola: $266+328=594$ fő;
- 2 városi beiskolázású iskola: $462+515=977$ fő;
- 3 belvárosi iskola: $610+430+526=1566$ fő.

Eredmények

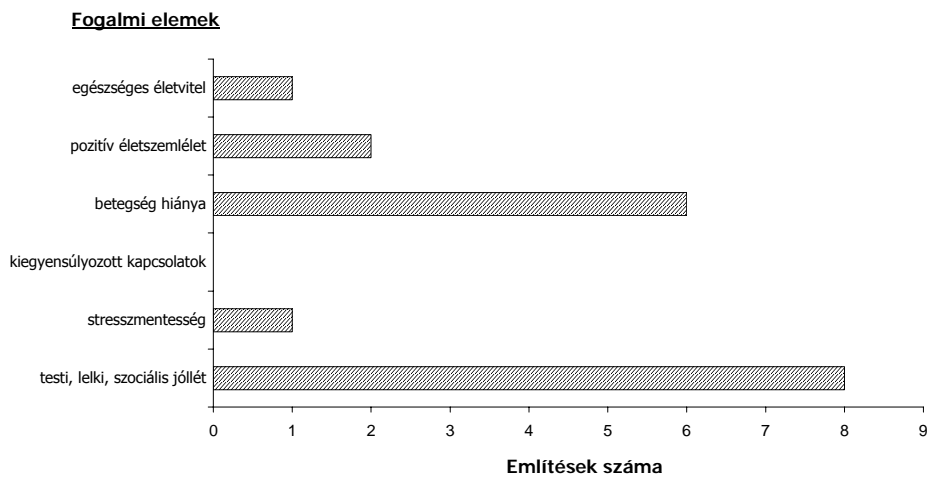
A programok elkészítése is nagy jelentőséggel bír, hiszen helyzetelemzésre sarkallta az intézményeket, továbbá a szervezeti szintű fejlesztésre is hatott azáltal, hogy a minőség-biztosítási tapasztalatok alkalmazásával sor került a gyermekek egészségi állapotáról eddig ismert adatok összesítésére. Az egészségnevelési programok valamennyi intézményben cselekvési tervként működnek, a program összeállításának szükségességére megkezdődött az egészségtudatos magatartás módszertani alapjáról való gondolkodás. Az egészségnevelési programok egyik legfontosabb funkciója, hogy segítik a megelőzést szolgáló iskola-egészségügyi ellátások integrációját.

Az újonnan elkészített dokumentumok alkalmat teremtettek az iskoláknak arra, hogy az eddig egymástól elszigetelten végzett egészségnevelési munka keretét is megfogalmazzák, azáltal, hogy kiindulásul mindegyik (1 program kivételével) tartalmazza azt az egészség-fogalmat, amellyel meghatározza az intézmény az egészségfejlesztés alapját, célját, keretét. Az egészség-fogalom elemzése lényeges feladat, mert ezáltal képet nyerhetünk az intézmények által választott egészség-elemekről, amelyek jelentősen meghatározzák a pedagógusok további munkáját, szemléletét.

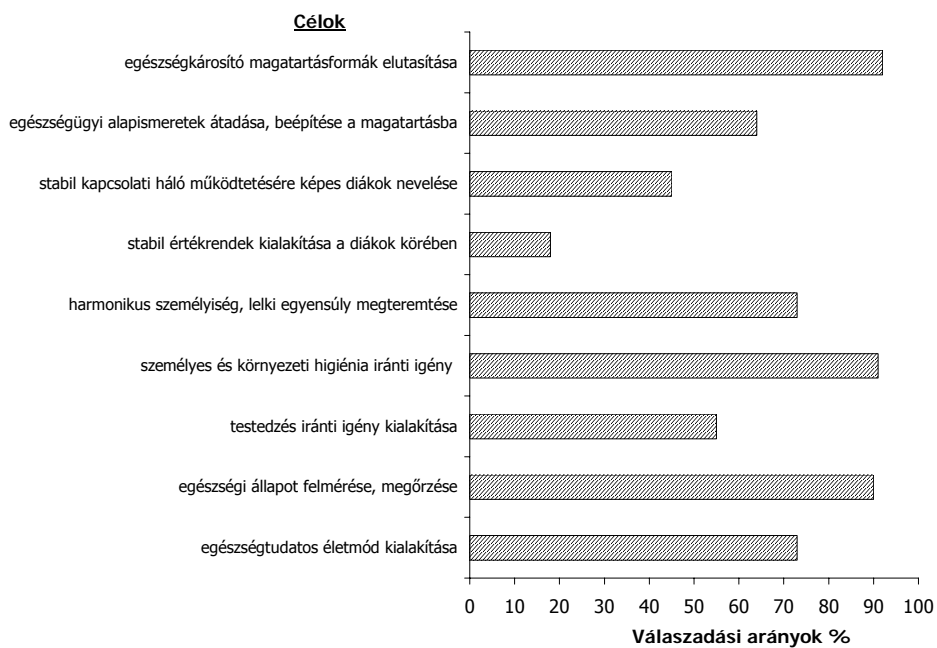
A tíz, egészség-fogalmat tartalmazó egészségnevelési program közül nyolcban a WHO korábban már idézett definícióját használták az iskolák, s az egészséget a „testi, lelki, szociális jóllétként” értelmezték (1. ábra). Ugyanazon WHO-definíció kiegészítő elemét, a „nemcsak a betegség hiánya”-gondolatot azonban már csak hat intézményben említették meg. Két hivatkozást kapott a pozitív életszemlélet, egy-egy utalást a stresszmentesség és az egészséges életvitel. Ez utóbbiak megjelenése az egészségfogalom meghatározásakor biztató, azonban az említések száma egyben arra is figyelmeztet, hogy az egyén egészséges életmódjához szervesen kapcsolódó tényezőkre az intézményeknek több figyelmet kell fordítaniuk.

Az egészségnevelési programok elkészítésének komoly hozadéka, hogy valamennyi intézménynek meg kellett fogalmaznia az egészségfejlesztés során követendő céljait. Ez a mozzanat jelentős előrelépést jelent az egészségnevelés hatékonyságának mérési lehetőségeit tekintve. Kutatásunkban arra törekszünk, hogy meghatározzuk azokat a dimenziókat, amelyekben az iskolai egészségfejlesztés hatékonyságmérésére a pedagógiai kutatásmódszertan eljárásait eredményesen alkalmazhatjuk. E szempontok kiindulási alapját mindenképpen az egészségnevelési programok jelentik, így igen fontos megvizsgálnunk a kitűzött célokat. Az első eredmények feldolgozását követően, a kutatás egy újabb fázisában azt vizsgáljuk meg, miként kapcsolódik össze az egészségnevelési program az intézmény pedagógiai programjának egyéb részeivel, különös tekintettel a helyi programra és a környezetnevelési programra.

Egészségnevelési programok az iskolai egészségfejlesztés szolgálatában



*1. ábra
Az egészségfogalom elemei a vizsgált egészségnevelési programokban*



*2. ábra
Az egészségnevelés céljai a vizsgált programokban*

A leggyakrabban megfogalmazott egészségnevelési cél az a tradicionális egészségnevelési terület (2. ábra), amely (1) *a személyes és környezeti higiénia iránti igény felkelésében és kialakításában* körvonalazható. Figyelemre méltó, hogy ez a cél az óvoda életében mindennapos gyakorlat, kiemelt feladatként jelenik meg az óvodai nevelési programokban. E cél deklarációjával egy olyan tevékenységet vállal fel az iskola, ami a gyermek számára már az óvodából jól ismert, s kívánatos lenne, hogy az óvoda-iskola átmenetben e tevékenység kiemelt szerepet kapjon.

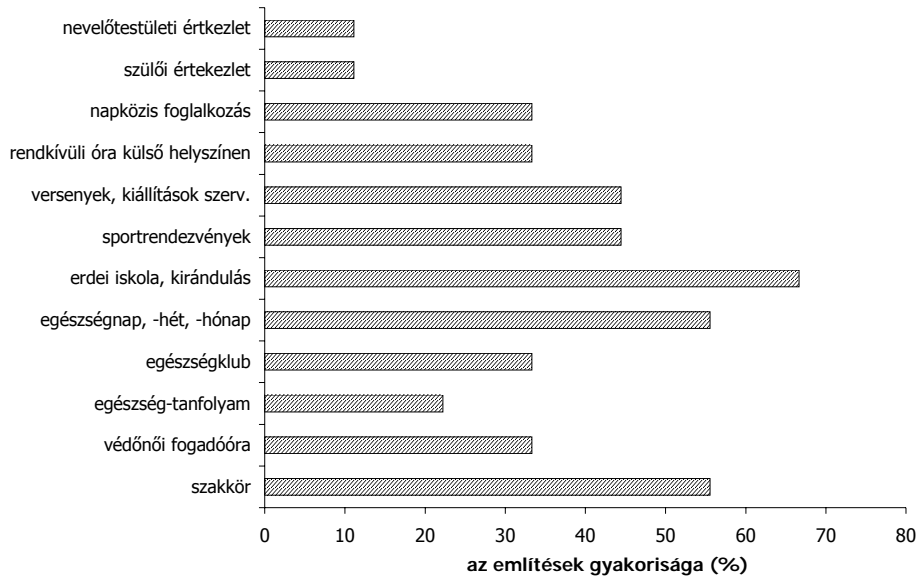
A megfogalmazott célok további adatait elemezve megállapíthatjuk, hogy az iskolák abból a tevékenységek köréből merítették további feladataikat is, amelyek az életükben eddig is jelen voltak. Hiszen az iskola-egészségügyi szolgálat legfőbb prevenciósi feladata, hogy a rendszeres szűrések révén (2) *megismerje a gyermek egészségi állapotát*, s hozzájáruljon ahhoz, hogy meg is őrizze azt (pl. iskolafogászat). További, az iskolák 80 százaléka jellemző célkitűzés (3) *az egészségkárosító magatartásformák elutasítására nevelés*, mely valóban indokolt is, hiszen az egészségtelen táplálkozás, a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a droghasználat egyre rosszabb tendenciát mutat országszerte. E problémát felismerve az intézmények helyt adnak felvilágosító, a káros szenvedélyek veszélyeiről korszerű ismereteket közvetítő programoknak, s ezt a gyakorlatot a továbbiakban is folytatni kívánják.

E fenti három célt követi (4) *az egészségtudatos életmód kialakításának* célkitűzése, valamint a (5) *harmonikus személyiség, lelki egyensúly megteremtésének* célja. E két komponens megjelenése örömteli, hiszen mindkét törekvésben a hagyományos egészségnevelési szempontok mellett a modern egészségfejlesztő szemlélet is felfedezhető (az életmód-változtatás szándéka, a hétköznapi tudás preferálása, valamint a mentálhigiéné szükségessége). Bíztható, hogy e két elem a vizsgált pedagógiai programok 70 százalékában megjelenik. A vizsgált iskolák közel kétharmada egészségnevelési programjában egészségfejlesztési célokat is megfogalmazott.

A vizsgált intézmények több mint felének programjai az egészségügyi alapismeretek közvetítése mellett kiemelik (6) *az ismeretek magatartásba történő beépítésének* célját, továbbá (7) a mindennapos testedzés iránti igény kialakítását. E két célkitűzés olyan kompetenciák fejlesztését előlegezi meg, amelyek az iskolán kívüli életre készítenek fel.

Valamennyi intézmény számára a továbblépés lehetőségét rejti az a két célkitűzés, amely kevesebb említést kapott. (8) *A stabil kapcsolati háló működtetésére képes diákok nevelése* célcsoport, valamint (9) *a stabil értékrend kialakítása* is elsődlegesen azt a célt szolgálja, hogy a diákok közösségi kötődését, stabilitását, egészséges értékrendjét megerősítse. A legújabb kutatási eredmények szerint (Kopp, 2001; Kopp és Pikó, 2004), mindkét tényező igen komoly szerepet játszik az egyén jó közérzetének, sikerességének, közösségi szerepeinek megélésében, s egyben egészségtudatában is. Az iskolák többsége, annak ellenére, hogy a kompetenciafejlesztés elvárásával az évenkénti országos mérések kapcsán rendszeresen szembesülnek, egészségnevelési célkitűzéseikbe a fenti két komponens nem építik be. Ez jól mutatja azt az általános problémát, hogy a pedagógiai programok törvény szerinti, időről időre megkövetelt változtatása nem egy egységes dokumentum egyre mélyebb nevelési-pedagógiai rétegeket, mélységeket elérő rendszerét eredményezi, hanem az egymás mellé rendelt, különböző pedagógiai feladatok, tevékenységek felsorolását tartalmazó feladathalmazt alkot.

A fenti tendencia tapasztalható az esetben is, ha megvizsgáljuk, mely szintereket jelölik meg a programok az iskolai egészségnevelés számára, továbbá kik azok, akik e feladatban szerepet kapnak.



3. ábra
Az iskolai egészségfejlesztés szinterei

A 3. ábra adatait elemezve egyértelműen kiemelendő az erdei iskola és a tanulmányi kirándulások, mint egészségfejlesztési alkalmak. Az intézmények többsége által említett egészségnap/hét/hónap, illetve az iskolák 40 százaléka által megjelölt versenyek, kiállítások, sportrendezvények is azt erősítik meg, hogy az egészségfejlesztési tevékenység akciók formájában jelenik meg a diákok számára. Ezekre időszakosan készülnek a gyerekek és a pedagógusok egyaránt, sőt, alkalomadtán a szülők bevonására is történik kísérlet, de nem beszélhetünk egész éven átívelő, folyamatos, naponta ismétlődő, rendszeres aktivitásról, mely az egészséges életmód kialakítását szolgálná. Ellentmondásosnak tűnhet a szakkörök említésének magas aránya, azonban a programok nem tartalmazzak e vonatkozásban konkrétumokat, s annál is inkább megkérdőjelezhető a szakkörök folyamatos működése, hogy a szűkös finanszírozás miatt létük esetleges, s az sem elhanyagolható tény, hogy indításuk a tanárok óraszámhiányától is függ.

Az iskolák harmada további egészségnevelési szintéreként a védőnői fogadóórákat, külső helyszínen tartandó rendkívüli órákat, az egészségklubokat, valamint a napközis foglalkozásokat jelölt meg. Utóbbi alkalmat teremthet arra, hogy az időszakos akcióktól elrugaszkodva, az iskola hétköznapi életébe beépüljön az egészségfejlesztés, azonban a

napközivezetők többsége vagy pályakezdő, gyakran kevés tapasztalattal bíró pedagógus, vagy a hiányzó óraszámok kiegészítése céljából látja el délutáni feladatát. Ilyenkor naponta váltják egymást a pedagógusok, így a gyermek számára naponta ismétlődő helyzetekben nem ugyanazzal a mintával találkozik, ezáltal az egészségnevelés hatékonysága csökkenhet. A külső helyszínek (pl. védőnői fogadóóra) megjelenése kétféleképpen értelmezhető. Egyrészt a pedagógusok szívesen bevonnak szakértőket, szakembereket e tevékenységbe. Másrészt azonban ez azt a kérdést is felvetheti, hogy ők maguk mennyire aktívan vesznek részt e feladatban: nem gyakoribb-e, hogy külső szakértelemre hagyatkoznak, ahelyett, hogy továbbképzések révén a belső szakismeretekre helyeznék a hangsúlyt (lásd 1. táblázat).

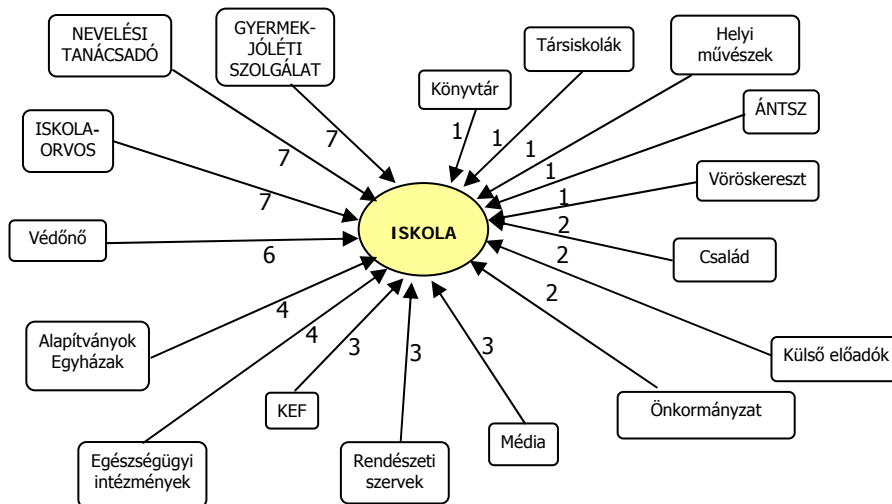
Az egészségtanfolyam, valamint a szülői és nevelőtestületi értekezletek alacsony említési szintje azt mutatja, hogy bár az együttműködésre kész, a teljes iskolai tantestületet érintő átfogó program működtetése lenne kívánatos, és a szülőkkel való szoros kapcsolat nélkülözhetetlen ahhoz, hogy az iskola tevékenysége eredményes lehessen, az iskolák igen nagy többsége e lehetőséggel nem kíván élni. Továbbá a programokban igen jelentős szerepet töltenek be a felvilágosító előadások, ismeretterjesztő kiadványok, amelyek hatékonysága összehasonlíthatatlan az élményszerűsége épülő, korszerű pedagógiai módszereken nyugvó tanulási, személyiségfejlesztő technikákkal.

1. táblázat. Az egészségfejlesztésre megjelölt felelősök a vizsgált programokban

<i>Felelős</i>	<i>Említés</i>
Védőnő és iskolaorvos	11
Szülő, szülői munkaközösség, iskolaszék	8
Minden pedagógus	8
Iskola vezetősége	7
Osztályfőnök	7
Szakpedagógus	6
Diákönkormányzat vagy segítője	6
Külső szakember	6
Mentálhigiénés szakember	5
Ifjúságvédelmi felelős	3
Drogkoordinátor	3
Fejlesztőpedagógus	3
Egészségnevelő team	2
Kortárssegítők	2
Iskolapszichológus	1
Munkaközösség-vezetők	1
Egykori diák	1
Civil szervezetek	1

Az előadások népszerűségét mutatja az 1. táblázatba foglalt vizsgálati eredmény is. Az egészségnevelésre megjelölt felelősök körében a legtöbb említést a védőnők és az iskolaorvosok kapták. Egy komoly ellentmondásra hívja fel a figyelmünket az 1. táblázat eredménye. Annak ellenére, hogy a szülők és a szülői munkaközösség egészségnevelési felelősségét kiemelik az intézmények, a szülőértekezleteket mégsem tartják az egészségnevelés fontos színterének.

Az egészségnevelési tevékenységet az iskolák kétharmadában jelölik meg valamennyi pedagógus és osztályfőnök feladatául (1. táblázat). Ennél kevesebb intézményben emelik ki e célból a diákönkormányzatot segítő pedagógust, vagy magát a diákönkormányzatot. Mentálhigiénés szakembert az intézmények kevesebb, mint fele jelölt meg e feladatra, ami kettős folyamatról tanúskodik. Egyrészt megállapítható, hogy a továbbképzési lehetőségek kihasználásával megkezdődött a mentálhigiénés ismeretek beáramlása az intézményekbe, másrészt pedig jelzi, hogy e területre a továbbiakban is hangsúlyt kell fektetni, hiszen az egészségfejlesztés sikerességében, valamint az iskolákban tanuló sajátos nevelési igényű gyermekek eredményes integrációjában fontos szerepet játszó szakemberek hiánya igen nagy.



4. ábra

Az iskola által megjelölt kapcsolatok az egészségnevelés szolgálatában a vizsgált programokban (a kapcsolatot jelző nyíl mellett az említések száma)

A programok elemzése révén megállapítható, hogy bár a drogkoordinátorok képzése megtörtént, s a szakemberek jelen vannak a tantestületekben, mégsem építenek kellően e szakmai tapasztalatokra az intézmények. Mindössze az iskolák negyede kezeli kellő komplexitással az egészségfejlesztés folyamatát ahhoz, hogy az ifjúságvédelmi felelősök és drogkoordinátorok felelősségét is megfogalmazza. A fejlesztőpedagógusok említésére főleg azokban az intézményekben került sor, ahol igen magas a sajátos nevelési igényű

gyermek aránya, s a tantestületben a továbbképzési keretet használva újabb diploma megszerzése révén hangsúlyt fektetnek e szakemberek biztosítására.

Mindössze két egészségnevelési program említ egészségnevelő teameket, annak ellenére, hogy az egészségnevelő munka csak minden érintett szereplő, folyamatos, minden tevékenységre kiterjedő részvételével, összehangolt team-munkában válhat eredményessé (Meleg, 2001). Ez arra kell, hogy ösztönözzön minden oktatási intézményt, hogy átgondolja lehetőségeit, körülményeit, s a tantestületekben a különféle ismeretekkel és hatáskörökkel rendelkezők közötti belső együttműködésre nagyobb hangsúlyt fektessen. Hasonló feladat a kortárssegítők szerepének erősítése is. A belső munkamegosztás és közös feladatvállalás mellett a külső partnerek segítségnyújtása is kiemelkedő fontosságú.

A 4. ábra bemutatja, hogy az egészségnevelési feladatok ellátásához kikkel létesítenek kapcsolatot az iskolák, s az említett szervezetre hány pedagógiai program épít. A legmagasabb értékeket a tradicionális, egészségnevelésben régóta szerepet vállaló intézmények kapták, mint az iskola-egészségügyi szolgálat, valamint a nevelési tanácsadó és gyermekjóléti szolgálat. Az egészségnevelésnél komplexebb tevékenység felvállalását jelzi az alapítványokkal és egyházakkal történő kapcsolatfelvétel, igaz, hogy e nexus egészségfejlesztésben hasznosítható aspektusát az intézmények mintegy harmada ismeri fel. Az iskolák negyede a drog- és bűnmegelőzésben már jól működő kapcsolatát az egészségnevelés perspektívájából is kamatoztatni kívánja, s ugyanennyien utaltak az egészségügyi intézményekkel történő együttműködés lehetőségére, illetve a média szerepének figyelembevételére is. Mindössze két intézmény jelölte meg kapcsolati hálójában a családot, amely szintén azt a megállapításunkat/hipotézisünket erősíti meg, hogy az iskolák az egészségnevelés területén nem fektetnek elég hangsúlyt arra, hogy a gyermekek családi háttérét is megmozgassák, információkkal, programjaikkal a szülőket elérjék, megszólítsák.

A tradicionális értelemben vett egészségneveléshez szervesen nem kapcsolódó városi könyvtár, helyi művészek és a társiskolákkal közös programok jelentek meg egy pedagógiai programban, ami jelzi, hogy az adott intézmény ismeri a művészeti nevelés és az egészségnevelés összekapcsolásában rejlő lehetőségeket és eredményeket. Ez irányban azonban nagyobb aktivitással kellene valamennyi iskolának elmozdulnia.

Az egészségnevelési programok mellett, hogy helyzetértékelésre sarkallták az intézményeket, komoly feladattervekként is funkcionálnak. Dokumentumelemzésünk során külön figyelmet szenteltünk annak, hogy megválaszolhassuk, mely feladatokat vállalták fel az intézmények az egészségnevelésben. A közel 40 feladatmeghatározást 9 főbb kategóriába soroltuk. A továbbiakban e kategóriák áttekintésével képet nyerhetünk arról, hogy milyen sokrétű tervek készültek az egészségfejlesztés szolgálatában.

1) Az első lépcsőfokot és feladatrendszerként az *egészségi állapot felmérése, megőrzése* kategória-névvel illettük. Ez a tanulók egészségi állapotának felmérését, a gyermekek családi háttérének elemzését, esetlegesen feltárt betegségekben a szükséges kezelések támogatását jelenti. A megjelölt vizsgálatok elvégzéséhez különösen az iskola-egészségügyi szolgálat szakembereire, a testnevelés órai mérésekre, a kiszűrt gyermekek gyógytestnevelési ellátására, a sajátos nevelési igényű gyermekek számára megfelelő szakember biztosítására (pl. fejlesztőpedagógus, logopédus), illetve a minőségbiztosításban megismert kérdőíves vizsgálati módszerekre koncentráltak a programok.

2) *A személyes és környezeti higiénia iránti igény kialakítása* kategóriában a tisztálkodási, öltözködési szokások megtanítása mellett az iskolában egészséges, tiszta környezet megteremtése, továbbá az iskola tágabb környezetének tisztántartása, valamint a biztonságos környezet fogalmazódott meg, különös tekintettel a baleset-megelőzés és elsősegélynyújtás megtanítására.

3. a) Kiemelt terület továbbá *az egészségügyi alapismeretek átadása és beépítése a magatartásba* kategória, amely az egészségnevelésből megszokott ismeretközlés mellett sokkal komplexebben közelíti meg a kérdést, és a prevenció jelentőségét, a rendszeres orvosi vizsgálatokon, szűréseken való részvétel fontosságát és lényegét, valamint a gyógyulásba vetett bizalomra nevelést is magában foglalja. E jegyek mutatják, hogy az egészségfejlesztés modern szemlélete megjelent az iskolákban, a primér prevenció ismeretterjesztését meghaladják a tervek, de e területen még komoly odafigyelés szükséges ahhoz, hogy az egészségmegőrzés napi gyakorlattá váljon. Annak ellenére, hogy megfogalmazódik az elvárás, hogy minden tantárgynak legyen ez feladata és ki kell használni az egészségfejlesztési lehetőségét, sem a helyi tantervekben, sem az egészségnevelési programokban nem jelenik meg ennek gyakorlati kritériumrendszere, módszertani szintű kidolgozottsága.

3. b) A modern szemlélet megjelenését mutatja az *egészségtudatos életmód kialakítása* kategória is, amely nem csupán ismeretek közlésére, hanem az élményszerűsége, életmód-változtatásra helyezi a hangsúlyt. Különösen az egészséges és kulturált táplálkozás, életvezetési megújulás jelenik meg célkitűzésként, amelyhez az egészséges táplálkozást támogató büfé és menza mellett főzési gyakorlatok, táplálkozási fórumok szervezése révén kívánnak eljutni. Ide soroltuk az egészségnevelési táborok, illetve az erdei iskola programjait is, ahol szintén kiemelt feladatként kezelik a teljes őrlésű pékáruk, gyümölcsök, zöldségek, tejtermékek megismertetését, megszerettetését a gyermekekkel.

3. c) Az életmód-formálást szolgálja a *testedzés iránti igény kialakítása* kategória is, amely a mindennapos egészségfejlesztő mozgást, az örömteli testnevelésórák követelményét, a diáksport és egyesületi sport erősítését, a sport megszerettetését, a mozgáskultúra bővítését tűzte ki. E célok eléréséhez a módszertani megújulás és sokszínűség mellett a szabadidős programok szervezését is kiemelték az intézmények.

4) *Az egészségkárosító magatartásformák elutasítása* kategóriában a káros szenvedélyek megelőzése mellett fő célként az egészségkárosító magatartásformák felismerése és elkerülési mechanizmusainak megtanítása a cél, amely területén a társintézményekkel, városi összefogással, a szülők bevonásával kívánnak eredményeket elérni.

5) Az egészségfogalom lelki dimenzióinak figyelembe vételéről tanúskodnak azok a tevékenységek, amelyeket a *harmonikus személyiség, lelki egyensúly megteremtése* kategóriába soroltunk. Itt fő célként az egészséges önbizalom, a problémamegoldás, dönteni tudás készségének kialakítása, stresszkezelési mechanizmusok megtanítása, stabil iskolai légkör biztosítása kerül előtérbe. Különösen a csoportba tartozás örömeinek megtanítása, a versenyhelyzetben stabilitás megőrzése, és a tantestület mentálhigiénéjének javítása jelenik meg, mely komoly szükséglet a XXI. század iskoláiban, azonban a feltételek hiánya (pl. nincs mentálhigiénés szakember a tantestületben, s finanszírozási nehézségek miatt, meghívni sem tudnak) még komoly gondot jelent.

6) A tervek között azokat az elemeket is megtaláljuk, amelyeket a *stabil értékrend kialakítása a diákok körében* kategóriába sorolhattunk. Itt a nevelő iskola, türelmes légkör, igényes szabadidős programok, s a pedagógus modell-szerepe is említést kapott. Cél, hogy a diákok az egészséget értéként, a felmerülő nehézségeket ne problémaként, hanem megoldandó feladatként kezeljék.

7) A stabil értékrend kialakítása mellett a *stabil kapcsolati háló működtetésére képes diákok nevelése* is komoly feladat az intézmények számára, amely kiterjed a kortársakkal, felnőttekkel való kapcsolattartás képességének erősítésére, a fogyatékosokkal szembeni tolerancia növelésére, a párkapcsolati és családi életre nevelés feladatára, az agresszió kezelésére.

A felvállalt feladatok igen sokszínűek és összetettek, ennek ellenére megvalósíthatóság feltételeit két program kivételével nem vizsgálták. Az egészségfejlesztés módszereit tekintve kevés információ található az egészségfejlesztési programok nagy többségében, mindössze két intézmény foglalkozik e kérdéssel részletesebben. E területen is megállapítható, hogy az iskolák elsősorban „egészség-akciókban” gondolkodnak, ilyenkor külső előadók meghívását, filmvetítést, plakátkészítést, referátumok tartását, versenyek szervezését, drámapedagógiai módszerek alkalmazását, élménybeszámolót terveznek, mely általában egy egészségnap/hét kereteit tölti ki. Egy program említi a személyes példamutatás, a kortársképzés és a kooperatív tanulás lehetőségének alkalmazását. Valamennyi iskola az osztályfőnöki órák, illetve a biológia tantárgy tematikáira koncentrálna kíván eleget tenni az egészségnevelés órarendbe iktatott követelményének.

Az eredmények elemzése

A pedagógiai programok összességében megfelelnek a törvényi előírásoknak, tartalmazzák az Egészségnevelési programot, s annak minden elemét azonban az egészségnevelés keretében felvállalt feladatok megvalósítására elsősorban az osztályfőnöki órákhoz kapcsolódva határoznak meg konkrét tevékenységeket. Általános cél, hogy az egészségügyi alapismeretek beépüljenek a tanulói magatartásba, s megjelenik az a szemlélet is, hogy az egészségtudatos életmód kialakítása a prevenció mellett a személyes példamutatással valósítható meg.

Az iskola az egészségnevelést továbbra is elsősorban az iskola-egészségügyi szolgálat szakembereire bizza, a pedagógusok gyakorlatába az „egészséges akcióprogramok” épültek be a mindennapi, folyamatos és interdiszciplináris tevékenységek helyett. Ezt bizonyítja az is, hogy egészségkárosító magatartásformák elutasítására sarkalló programokat külső szakemberekkel, szervekkel rendszeresen szerveznek az intézmények, amelyek fontos szereppel bírnak, azonban e tevékenységgel a korszerű, komplex egészségfejlesztés folyamatának csak egy szűk metszetét fedik le.

Kiemelendő, hogy a mentálhigiéné iránti szükséglet valamennyi egészségnevelési programban megjelenik, de csak általános alapelvek megfogalmazása szintjén, így az intézmények nem rendelkeznek egész tanéven átívelő mentálhigiéné fejlesztési tervvel.²

A pedagógiai programok hangsúlyozzák, hogy a diákok szociokulturális hátterére építve, a szülővel együttműködve lehetséges a hatékony egészségnevelés, ennek ellenére nincsenek kidolgozva e kapcsolattartás formái, s az egészségnevelési munka terveiben, szinterein sem jelennek meg a szülők sem célcsoportként, sem együttműködő partnerként.

Egyedülálló lehetőség, hogy Hódmezővásárhelyen valamennyi önkormányzati fenntartású iskolában működik a mindennapos testedzés programja, így a diákok alsó tagozaton heti öt, felsőbb évfolyamokon heti négy órában vesznek részt órarendbe illesztett testnevelés-, illetve úszásórán. Minden iskolába működik az erdei iskola- és a D.A.D.A program továbbá néhány iskolában, az Egészségesebb Iskolákért Hálózat is. Az intézmények tudatában vannak az egészségfejlesztés fontosságának. A további fontos feladat, hogy az egészségnevelési programokban kifejtett célok elérése érdekében az egészségfejlesztés interszektoralis és interdiszciplináris folyamatát egész tanévben a gyermekek aktív részvételével, valamennyi pedagógus közreműködésével és a szülők bevonásával végezzék.

Kutatásunk további szakaszában e munka eredményességét, hatékonyságát kell megvizsgálnunk, amihez kérdőíves adatfelvétel, és mérési eredmények elemzése nyújt széleskörű lehetőséget. Jelen eredményeink oktatáspolitikai jelentősége abban foglalható össze, hogy átfogó képet nyerhettünk az iskolai egészség-fogalom tartalmi komponensrendszeréről, az iskolai egészségnevelési prioritásokról és gyakorlatról, a pedagógusok egészségnevelésben felvállalt szerepéről.

Az egészségnevelési programokat összevetve az egészségfejlesztési modellekkel megállapítható, hogy az iskolák többsége a *Caplan-Holland* modell szabályozott társadalom – objektív tudás dimenziójában az orvosok prioritására építenek, a *Beattie*-modellben az egyéni célok és szakirányítás dimenzióban gondolkodnak, holott a párbeszéd és kollektív célok dimenzió közösségépítésére is meg lehetnének az adottságaik, a *French – Adams* modell értelmében pedig jelenleg még csak viselkedésváltozási fázisban vannak.

Irodalom

- Ádány Róza (2003, szerk.): *A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón*. Medicina Kiadó, Budapest.
- Ádány Róza (2006): A magyar populáció demográfiai helyzete és egészségi állapota. In: Barabás Katalin (szerk): *Egészségfejlesztés. Alapismertetek pedagógusok számára*. Medicina Kiadó, Budapest. 18–31.
- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health*. Jossey-Bass, San Francisco.

² Ennek hátterében az is feltételezhető, hogy kevés megfelelő felkészültségű szakember dolgozik az intézményekben, annak ellenére, hogy a pedagógus-továbbképzésben egyre komolyabb programok érhetőek el a felsőoktatási intézmények kínálatának bővülése révén.

- Barabás Katalin (2006): *Egészségfejlesztés. Alapismeretek pedagógusok számára*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Beattie, A. (1991): Knowledge and control in health promotion: A test case for social policy and social theory. In: Gabe, J. és mtsai (szerk.): *The Sociology of the Health Service*. Routledge, London. 162–202.
- Benkő Zsuzsanna és Tarkó Klára (2005): *Iskolai egészségfejlesztés. Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez*. JGYTF Kiadó, Szeged.
- Bunton, R. és Macdonald, G. (1992): *Health Promotion: Disciplines and Diversity*. Routledge, London.
- Caplan, R. és Holland R. (1990): Rethinking health education theory. *Health Education Journal*, **49**, 10–12.
- Csíkszentmihályi Mihály (1997): *Flow. Az áramlat. A tökéletes élmény pszichológiája*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Doyle, E. és Ward, S. (2001): *The Process of Community Health Education and Promotion*. Mountaint View, California, London, Toronto.
- Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja. 46/2003. (IV.16.) számú országgyűlési határozat. 2005.08.18-i megtekintés web:<http://www.eszcsm.hu>
- Forgács Iván (2004): A változások hatása az egészségre. In: Bácsy Ernő és Mikola István (szerk.): *Civilizáció és egészség*. MTA Társadalomkutató Központ, Budapest. 85–97.
- French, J. (1990): Boundaries and Horizons: The Role of Health Education with Health Promotion. *Health Education Journal*, **49**, 7–10.
- French, J. és Adams, L. (1986): From analysis to synthesis. *Health Education Journal*, **45**, 2–9.
- Füzesi Zsuzsanna (2004): Egészségmagatartás. In: Bakacs Márta és Vitrai József (szerk.): *Népegészségügyi jelentés 2004 – szakértői változat*. Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, Budapest. 2005.09.07-i megtekintés web:www.oek.hu/oek.web?to=8&nid=1688&pid=1
- Helman, G. C. (2003): *Kultúra, egészség és betegség*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest.
- Kamarás Ferenc (2004): Demográfiai helyzetkép. In: Bakacs Márta és Vitrai József (szerk.): *Népegészségügyi jelentés 2004 – szakértői változat*. Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, Budapest. www.oek.hu/oek.web?to=8&nid=1688&pid=1
- Kopp Mária (1999): A mentálhigiénés megelőzés alapelvei. *Népegészségügy*, **80**, 4–18.
- Kopp Mária (2003): A magatartástudományi kutatások lehetőségei az orvoslás területén. *Magyar Tudomány*, **11**, 1352–1363.
- Kopp Mária (2001): Az egészségi állapot társadalmi, magatartási, életmódbeli meghatározói. *Ezredforduló*, **4**, 14–18.
- Kopp Mária és Skrabski Árpád (2000): Pszichoszociális tényezők és egészségi állapot. *Demográfia*, **63**, 2–3. sz. 252–278.
- Kopp Mária és Skrabski Árpád (2001): Pszichoszociális tényezők és egészségi állapot. In: Cseh-Szombathy László és Tóth Pál Péter (szerk.): *Népesedés és népesedéspolitiká*. Századvég, Budapest. 192–220.
- Kopp Mária, Réthelyi János, Tauder Adrienne, Csoboth Csilla és Purebl György (2003): Nem hagyományos kockázati tényezők és protektív tényezők szerepe a primér prevencióban. *Magyar Onkológia*, **47**, 2. sz. 214.
- Kopp Mária és Pikó Bettina (2004): A kultúra és az életminőség kapcsolata In: Bácsy Ernő és Mikola István (szerk.): *Civilizáció és egészség*. MTA Társadalomkutató Központ, Budapest 139–158.
- Lalonde, M. (1974): A New Perspective on the Health of Canadians. In: Naidoo, J. és Wills, J. (1999): *Egészségmegőrzés*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 27–49.
- Métényi János (2001): Az egészségügyi felvilágosítástól az egészségfejlesztésig. Történeti visszatekintés. *Egészségnevelés*, **42**, 242–248.
- Meleg Csilla (2001): „Egész-ség” (*Leleki egészségvédelem és iskolafejlesztés*). Pécsi Tudományegyetem, Pécs

Egészségnevelési programok az iskolai egészségfejlesztés szolgálatában

- Naidoo, J. és Wills, J. (1999): *Egészségmegőrzés*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Novák M., Stauder A. és Mucsi I. (2003): Az életminőség vizsgálatának jelentősége és gyakorlati szempontjai. *Orvosi Hetilap*, **144**. 1030–1038.
- Országos Lakossági Egészségfelmérés (2003): *Gyorsjelentés az OLEF 2003. vizsgálatról*. Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, Budapest.
- Pikó Bettina (1996): Az egészségi állapot önértékelése mint egészségindikátor. *Népegészségügy*, **77**. 11–16.
- Pikó Bettina (1999): Teaching the mental and social aspects of medicine in Eastern Europe: Role of the WHO definition of health. *Adm. Pol. Ment. Health*, **26**. 435–438. Idézi: Kopp Mária és Pikó Bettina (2004): A kultúra és az életminőség kapcsolata. In: Bácsy Ernő és Mikola István. (szerk): *Civilizáció és egészség*. MTA Társadalomkutató Központ, Budapest. 139–158.
- Pikó Bettina (2002): *Egészségszociológia*. Új Mandátum Kiadó, Budapest.
- Pikó Bettina (2003): *Kultúra, társadalom és lélektan*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pikó Bettina (2006): *Leleki egészség a modern társadalomban*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pikó Bettina és Bak Judit (2004): A laikus egészségkép orvosi jelentősége: Gyermekek véleménye egészségről és betegségről. *Orvosi Hetilap*, **145**. 1997–2002.
- Pikó Bettina, Barabás Katalin és Boda Krisztina (1997): Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population. *European Journal of Public Health*, **7**. 243–246.
- Ratalics Ágnes (2002): Az egészségfejlesztés fogalmának változása Magyarországon, egészségfejlesztési programok tervezése és megvalósítása. *Egészségnevelés*, **43**. 89–91.
- Rókusfalvi Pál (1997): Az európai integráció emberi tényezői és a nevelés. *Valóság*, **11**. sz. 36.
- Skrabski Árpád és Kopp Mária (1999): Társadalmi beállítottság, társadalmi tőke. *Századvég*, **12**. 128–146.
- Szauer Erzsébet (2005): A magyar gyermekek egészségi állapotának jellemzői. *Demográfia*, **48**. 110–125.
- Székely Lajos (1997): *Egészségnevelés: utak a mához*. Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület, Budapest.
- Tones, K., Tilford, S. és Robinson, Y. (1990): *Health Education. Effectiveness and Efficiency*. Chapman and Hall, London.
- Ulveczki Erzsébet Dr. (2004): Az iskolákban folyó egészségfejlesztés országos felmérése. *Egészségfejlesztés*, **65**. 15–21.
- World Health Assembly WHO, (2004): In: *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. 37–39.
- World Health Organisation (1946): *Constitution*. Genova.
- World Health Organisation (1984): *Health promotion: A Discussion Document on the Concept and Principles*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- World Health Organisation (1986): Az Ottawai Egészségfejlesztési Charta. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia. Ottawa, 1986. november 17–21. In: *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. 9–14.
- World Health Organisation (1991): Sundsvalli nyilatkozat az egészséget támogató környezetről. Harmadik Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia, Sundsville, 1991. június 9–15. In: *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. 23–28.
- World Health Organisation (1997): Dzsakartai nyilatkozat. Egészségmegőrzés a XXI. Században. Dzsakarta, 1997. július. In: *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. 29–34.

Nagy Judit

ABSTRACT

JUDIT NAGY: HEALTH EDUCATION PROGRAMMES FOR SCHOOL-BASED HEALTH PROMOTION

Many international comparative studies concluded that the health status of the Hungarian population is extremely bad. The discovered problems are very complex and only an interdisciplinary approach could lead to a solution. Consequently, the schools as settings for socialization play a more and more important role in health promotion. In 2004, the Hungarian Public Education Law made it compulsory for schools to include health promoting tasks in their pedagogical programmes. We analysed the health promoting programmes of eleven elementary schools in South of Hungary. Our aim was to research the embedding of the concept of health in educational activities.

Our results show the pedagogical programmes *comply with the legal requirements* and include a health promotion programme with all of its elements and schools also reviewed their pedagogical practices. Besides the promising results, schools' faculties continue to use the *help of external experts* like the members of the school health service and other professionals, rather than taking action themselves; they are running *campaigns*, and miss the concept of properly planned and coordinated interdisciplinary programme activities. The goal of health promotion is not merely the transfer of knowledge „rather, it is concerned mainly in the *shaping of the children's attitudes and behaviour*. The importance of mental health care and the necessity of considering the children's socio-cultural background was identified, but no specific action was taken and the *teacher-parent relationship is not a priority*. Schools organise programmes promoting the refusal of health damaging forms of behavior on a regular basis with the help of external experts and, in accordance with the regulations, all of the schools ensure *everyday physical activities* and open-air education.

Magyar Pedagógia, **105**. Number 4. 263–282. (2005)

Levelezési cím / Address for correspondence: Nagy Judit, Szegedi Tudományegyetem, Neveléstudományi Doktori Iskola, H–6722 Szeged, Petőfi S. sgt. 30–34.