

# A mentálhigiéné és az egészségmegőrzés lehetőségei a közoktatásban

*Jelen tanulmány arra tesz kísérletet, hogy megvizsgálja a mentálhigiéné és az egészségmegőrzés fogalmi közötti összefüggéseket, az említett két fogalom érvényességi körét egyrészt az elmélet alkotás, másrészt pedig a gyakorlat, az iskolai programok szempontjából.*

*Felvet néhány vitapontot és gondolatokat fogalmaz meg a hatékonyabb gyakorlati működés szempontjait szem előtt tartva.*

## Fogalmi háttér

„A mentálhigiéné a pszichés betegségek és működészavarok megelőzésének tudománya. Mint tudomány, sajátos ismeretanyag azokról a tényezőkről és folyamatokról, amelyek a személyiségben betegséget vagy zavart okoznak, és azokról a módszerekről, lehetőségekről, amelyekkel ezeket a tényezőket és folyamatokat hatástalanítani lehet, mielőtt még kárt tennének, vagy legalábbis mielőtt az ártalom szervülne.” (1)

„Az iskolai mentálhigiéné mint diszciplína, az iskolapszichológia továbbfejlesztett, a társadalomtudományok és az egészségtudományok iskolára vonatkozó ismereteit és módszereit egységbe foglaló változata.” (2)

A mentálhigiéné megfontolások alakulása szempontjából fontos esemény Gordon azon megfontolása, mely szerint az egészségről és betegségről nem mint dichotóm fogalompárokról kell beszélni, hanem a valósághoz jobban illeszkedik egy ún. egészséggrádiens koncepciója, melynek értelmében az egészség nem a betegség hiányaként, hanem új minőségként jelenik meg. Ezzel a felfogással harmonikus viszonyban van M. Jahoda (3) pozitív mentálhigiéné fogalma, melynek értelmében a mentálhigiéné az elsődleges megelőzés problémakörét fedi le, s nem foglalkozik a terápiás beavatkozásokkal, illetőleg a betegek utógondozásával.

Az elsődleges megelőzés egyrészt azokat a tevékenységformákat jelenti, amelyek a „pozitív egészség” kialakításával hozhatók kapcsolatba, másrészt a célzott beavatkozásoknak azt a körét, amelyek az időszerű morbiditási-mortalitási adatokból kiindulva szerveződnek.

Akár a fogalomalkotás és -tisztázás, akár pedig az empirikus tapasztalatok oldaláról indulunk, jól látható, hogy párhuzamosság – vagy még helyesebben fogalmazva: átfedések tapasztalhatók a mentálhigiéné és az elsődleges megelőzés vonatkozásában.

Az átfedések nem látszólagosak, hanem lényegiek, különösen akkor, ha az ismert vagy ismertnek vélt oki magyarázatokat is igyekszünk számba venni. Ez esetben ugyanis az alábbiak válnak láthatóvá:

- az egészségi állapot alakulása szempontjából a társas-társadalmi tényezők kitüntetett helyet foglalnak el (ld. a halálzási mutatók alakulása az ország különböző régióiban és az eltérő foglalkozási csoportokban);

- az egészségi állapot és a halandósági viszonyok befolyásolása szempontjából leginkább kritikus magatartásformák (káros szenvedélyek, stressztűrő és -kezelő képesség

stb.) nem ragadhatók ki az életmód egészéből (ld. egészségkárosító magatartásformák halmozott jelentkezése);

– a személyközi kapcsolatok alakulása, alakítása fontos és együtt járó tényező az egészségi állapot-mutatókkal (ld. az egészségi állapot-mutatók és a családi állapot, kapcsolati elégedettség összefüggései);

– a beteg és a betegség közötti viszony nem véletlenszerű (egyész szerzők szerint a betegség éppolyan jellemzőnk, mint bármely más személyiség vonásunk);

– az egészségkárosító életmódelemek (pl. káros szenvedélyek) nem befolyásolhatók kizárólag ismeretek átadása folytán;

– az akut megbetegedések kialakulása, fellépése szempontjából is a szervezet általános teherbíró képességének, az immunrendszer hatékonyságának van kitüntetett szerepe.

A megkezdett sort szinte a végtelenségig lehetne folytatni; ami a rendszeres adatgyűjtésből, illetőleg az elszórt tapasztalatokból kiderül, az az, hogy a hagyományos értelemben vett egészségnevelési, betegségmegelőzési koncepció egyre inkább oka-fogyottá válik. Igaz, hogy egyértelmű oki magyarázatokkal nem rendelkezünk arra vonatkozólag, hogy az immár vezető halálökká vált krónikus, nem fertőző megbetegedések kialakulásában és makacs fennmaradásában mely tényezők milyen súllyal játszanak közre, az azonban egyre inkább láthatóvá válik, hogy a lelki és az ún. testi, biológiai tényezők nem választhatók szét egymástól.

A személyközi kapcsolatok alakulása, a támogató társas közeg megléte vagy hiánya, az egyéni helyzetértelmezések, az élményvilág sajátosságai, a megküzdési technikák adaptív vagy máladaptív volta közvetítő mechanizmusok révén, de lényegi pontokon befolyásolják az egészségmagatartást és következményesen az egészségi állapotot, az életesélyeket.

Az egészségmagatartás és az egészségi állapot közötti összefüggések már lényegesen kevésbé tűnnek homályosnak. Érdekes módon e téren nem csak a szakemberek ítéletei mondhatók megbízhatóknak, hiszen a laikus, sőt a megkérdezett 8–10 éves gyerek is meg tudja mondani, hogy az egészség szempontjából mit lenne hasznos enni, mennyit kellene mozogni; a lakosság egésze tudja, hogy a „Dohányzás káros az egészségre”, s a drogélvezők/függők is igen jól tudják, hogy az általuk alkalmazott „anyagok” mi a hatásmechanizmusa.

A morbiditási és mortalitási adatok mintázódása egyértelműen arra mutat rá, hogy a vezető halálokok életmódbeli tényezőkkel hozhatók összefüggésbe. (4)

A szociológiai elemzésekből kitűnik, hogy még további, egymással ölelkező tényezőkkel kell számot vetnünk, amennyiben magyarázatot kívánunk adni az egészségi állapot-mutatók alakulására. „A betegség, az egészségromlás vagy a korai elhalálozás akkor következhet be, ha nagyobb a terhelés, mint a teherbírás, ha a társadalmi terhekkel szemben nincs, vagy kialakulatlan a társadalmi védelmi mechanizmus. A megoldhatatlan feladatok és a gyenge fizikum vagy pszichikum, továbbá a társadalmi támasz hiánya miatt kialakul egyfajta sérülékenység, és a felborult egyensúly helyreállításához nem mindig elegendő az emberi individuumbiopszichológiai ereje. Különösen az viseli meg az egészséget, ha a belső egyensúlykereső megoldások olyan kompenzációkhoz vezetnek, amelyek az egyszerűnek látszó örömszerzés útjain az ártalmakat fokozzák.” (5)

### **Szemléleti pozíciók – történeti áttekintés az egészségmegőrzésben**

Közel harminc éve világossá vált és deklarációk szintjén is megfogalmazódott, hogy az egészség nem egyenlő a betegség hiányával, nem elégedhetünk meg és alkalmazhatunk e tekintetben negatív definíciót. „Az egészség nem csupán a betegség hiánya, hanem a testi, szellemi és szociális jól-lét állapota” – alapította meg az Egészségügyi Világszervezet az Ottawai Kartában (1986) –, amikor útjára indította új, egészségvédelmi stratégiáját.

Noha ezen optimális célállapot elérése meglehetősen keveseknek adatik osztályrészül, kétségkívül ez irányban kell lépéseket tennünk, amikor az egészségmegőrzés követendő irányelveit, stratégiáját és napi taktikáját kívánjuk kidolgozni és megvalósítani.

### **Egészségügyi megközelítéstől a társadalomtudományi szemléletig**

Az egészségvédelem gondolata is hosszú fejlődési utat járt be. A századforduló környékén a higiénés megközelítés, vagyis a megfelelő higiénés szokások megismertetése és elsajátíttatása volt az uralkodó nézet. Voltak az egészségnek szakértői (egészségügyi szakszemélyzet – orvosok), akik az e tekintetben iskolázatlan népességet próbáltak a helyes viselkedésre, eljárásmodokra megtanítani.

Ez annál is inkább indokolt volt a második ipari forradalom, a rohamos iparosodás és urbanizáció időszakában, mert az emberek olyan betegségekkel, járványokkal szembesültek, amelyekre a korábbiakban nem volt példa. A súlyos betegeket a nagy szakértelemmel rendelkező orvosok nem otthon, hanem kórházakban kezelték és a sok egymással összezárt beteg mindenféle fertőzést kapott egymástól; koncentráltan voltak együtt a megbetegítő tényezők, kórokozók. A betegellátás logisztikájából adódott egy sereg további megbetegedés, melyek ellen csak a megfelelő higiénés szokások kíméletlen alkalmazásával lehetett védekezni.

Annak jellemzéséül, hogy az egészségvédelem gondolata mennyiben különbözik a hagyományos medicinális megközelítéstől, idéznénk a megelőzés néhány korábbi meghatározását; nevezetesen: elsődleges prevenciónak nevezték a betegségek általános megelőzését, míg másodlagos megelőzésnek a gyógyítást, szűrést (korai felismerés), a harmadlagos megelőzésen pedig az utógondozást értették.

Hasonlóképpen a mindennapi életben is – az urbanizációból következően – sok ember volt együtt munka- és lakóhelyén, akik egymás számára ismeretlen és veszélyes baktériumflóra hordozói voltak. Az életmód megváltozása az egészségre veszélyes tényezők elszaporodását eredményezte, melyek ellen megfelelőképpen kellett védekezni, ismereteket és könnyen elsajátítható életviteli technikákat kellett biztosítani a népesség számára. Voltak tehát szakértők és laikusok (rászorulók). Az egészségvédelem szempontjából ez az az időszak, amely az ismeretsajátításra helyezte a hangsúlyt.

A későbbiekben az egészség védelmét szolgáló rendszabályok, higiénés szokások egyre inkább ismertté és elterjedtté váltak, különösen a nyugati típusú társadalmakban. Az orvostudományok fejlődésével párhuzamban kezelhetővé váltak a népeket tizedelő járványok, ugyanakkor a halálozások, illetve a megbetegedések másfajta mintázatot kezdtek mutatni. Leszűkült azon életmódelemek köre, amelyek különösen kritikusak voltak a fizikális egészség veszélyeztetése szempontjából.

Az ötvenes évek végétől vezető halálökká váltak például az Amerikai Egyesült Államokban a szív- és érrendszeri (krónikus nem fertőző) megbetegedések. Ezek megelőzésére jöttek létre a különböző egészségvédő kampányok, táplálkozási és testkultúrát hirdető, dohányzásleszoktató programok. Ezek a próbálkozások kivétel nélkül a

---

*A személyközi kapcsolatok alakulása, a támogató társas közeg megléte vagy hiánya, az egyéni helyzetértelmezések, az élményvilág sajátosságai, a megküzdési technikák adaptív vagy máladaptív volta közvetítő mechanizmusok révén, de lényegi pontokon befolyásolják az egészségmagatartást és következményesen az egészségi állapotot, az életesélyeket.*

---

meggyőző közlés, az attitűd–viselkedés–befolyásolás paradigmáját, illetve az ismeretközlés lehetőségeit igyekeztek hasznosítani.

Így tűnhet ismerősnek az egészségnevelés fogalma is, amelyet gyakran azonosították a nevelési folyamatba illeszthető ismeretátadással, ettől remélve az egészség hatékony védelmét és megőrzését.

A modern egészségvédelmi és -megőrző szemlélet szakít a hagyományos egészségnevelési megközelítéssel. Az elmúlt időkben – szerte a világban – bebizonyosodott, hogy az egészségre vonatkozó egyre bővülő ismeretek önmagukban nem eredményezhetik az egyes emberek szintjén az életmód tartós megváltoztatását. Ezen megállapításunkal ugyanakkor nem kívánjuk csökkenteni a korszerű egészségvédelmi ismeretek nyújtásának fontosságát.

Az időszerű, egészszleges szemléletű (az embert testi és szellemi egységében kezelő), egészségvédelmi és -megőrző programok nem a betegség oldaláról közelítenek az egyénhez, hanem rávilágítanak azokra az életmódbeli elemekre, amelyek elősegítik, és azokra is, amelyek gátolhatják fejlesztését. Kiemelendő és fontos szempont, hogy a modern szemléletű egészségvédelem alapvetően nem arra épít, hogy a betegségek bekövetkeztével riogassa az embereket, hanem olyan életmódbeli alternatívákat kínál, amelyekkel azonosulva az egyéneknek lehetőségük nyílik az egészségebb életforma (alternatíva) választására.

Az egészségvédelmet és -megőrzést folyamatként, nem pedig különböző kampányok összességeként meghatározó modern elmélet szerint az egyén egyre növekvő kontrollt szerez saját egészsége felett. Az egészség megőrzése és védelme tehát a mindennapi élet része, alapvetően pozitív megközelítés, amely messzemenően figyelembe veszi az egyén szociális és gazdasági helyzetét, éppúgy, mint fizikai és mentális kapacitását.

### **A rizikócsoportos megközelítés**

A rizikócsoport-megközelítés már a modern egészségvédelem, egészségmegőrzés gondolatkörében fogalmazódik meg. E megközelítés felismeri, hogy a célcsoport jellemzőinek függvényében kell kialakítani a megfelelő egészségvédelmi stratégiát és megfogalmazni a konkrét programokat. Ennek értelmében az egyes, illetve az azonos vagy hasonló életmódot gyakorló emberek csoportjai veszélyeztetettek bizonyos típusú megbetegedések szempontjából.

Mára már közzismert az a tény, hogy a mozgásszegény életmód, a kalóriadús táplálkozás szív- és keringési megbetegedéshez vezethet, vagy a dohányzó nagyobb valószínűséggel szenved krónikus légúti megbetegedésben. A táplálkozási anomáliák igen gyakran cukorbetegséghez vezetnek, míg a rendszeres alkoholfogyasztás esetében kialakulhat az „alkohol-betegség”.

Az egészségvédelmi programok egyik jelentős része tehát azon emberek csoportjának kínál alternatív életmódokat és életviteli mintákat, akik azonos problémákkal küzdenek. Ez a megközelítés – amely természetesen nincs alapvető ellentétben a később ismertetésre kerülő közösségi megközelítéssel – azt az előnyt használja ki, hogy az egymás problémáit ismerő emberek csoportja együtt eredményesebben tehet életmódjának megváltoztatásáért.

### **Közösségi megközelítés**

Az eddigiekben ismertetett rizikócsoportos megközelítés során az azonos problémákkal küzdő emberek képezik a programok célcsoportját, s ennek megfelelő módszerek, akciók, kampányok alkotják az egészségvédelmi és -megőrző program gerincét.

A közösségi alapú megközelítés azokat az életközösségeket kívánja az egészségmegőrzés szolgálatába állítani, amelyek természetes megtartó erővel bírnak. Erre a megközelítésre jó példa az a Kalocsán folyó átfogó program, mely az *Együtt egészségesen* címet viseli, és amely egy lakóhely számára kínál több támadáspontú lehetőségeket a helyi egészségmegőrző, -fejlesztő akciók, de főként folyamatok számára.

### Szintér-megközelítés

A szintér-megközelítés arra alapoz, hogy ez emberek az életük bizonyos szakaszában (óvoda, iskola, kórház, katonaság, börtön stb.), vagy a napjuk azonos részében (munkahely, iskola, orvosi rendelő stb.), vagy éppen szabadidejükben (sport közösségek, helyi kezdeményezések stb.) folyamatosan és visszatérően együtt vannak.

Ez esetben tehát nem az azonos eredetű problémák kovácsolják össze a közösséget, hanem a közös cél, az azonos érdeklődés vagy lakóhely, a hasonló sors vagy a közös munkahely, vagy éppen a szervezeten belüli azonos szintű elhelyezkedés.

A szintér alapú programok szervezési és szakmai elvei is ennek megfelelően alakulnak, figyelembe veszik a szervezet felépítését, az ott végzett tevékenység jellegét és természetesen az ott dolgozók egészségi állapotát, életmódbeli és életviteli szokásait.

A hazai és nemzetközi tapasztalatok egyaránt azt mutatják, hogy az iskola – mint szintér – kitüntetett szerepet játszik az egészségmegőrzés folyamatában.

### Az iskoláról általában

Mint ahogy azt már sokszor és sokan elmondtuk: az iskola a személyiségfejlődés, az intézményes szocializáció kitüntetett színtere. Nemcsak az iskolában eltöltött idő mennyisége teszi indokolttá ezt a kijelentést, hanem sokkal inkább az iskolai élet történései. Egyre inkább nyilvánvalóvá válik, hogy az iskola nem a „nagybetűs életre” készít fel, hanem az élet maga. Hiszen az iskolában tapasztalhatja meg mind a felnőtt, mind pedig a gyerek a személyközi kapcsolatok sodrását, valamint az intézményi lét sajátos szabályrendszerét és kísérli meg az ehhez való hatékony alkalmazkodást elsajátítani. Az iskola saját céljait megfogalmazva elsősorban ismeretátadó funkcióját hangsúlyozza, ugyanakkor jól tudjuk, hogy a mindennapok gyakorlatában főként – akarva-akaratlan – alapvető szociális technikák elsajátíttatása folyik. E szociális technikák a személyközi kapcsolatok alakulásának-alakításának a megfelelői. Ezek soha, semmilyen tankönyvben nem szerepelnek leírva, s nem részei semmilyen tantárgynak. Nem részei tanterv- és tantárgyszerkesztési szempontból, de mégis azok a gyakorlati megvalósulás és a jelennél messze tovább mutató hatások szempontjából. Az igazi tanterv, amit a gyerekek iskolázásuk 8–12 éve alatt elsajátítanak, a mindennapos tapasztalat, a maga teljességében, felfejtélenségében, kiszámíthatatlanságában, akart-akaratlan voltában – ahogy ezt a „rejtett tanterv” szakértői megfogalmazzák. (6)

Az iskolában a személyközi kapcsolatok legkülönbözőbb formáival és minőségével találkozunk. Az alaphangot, vagy hangulatot a formális-szervezeti viszonyok adják, s ezt színezik, teszik sajátossá az informális-személyes jellegű kötődések. Ahogy *Mérei Ferenc* fogalmazott: a személyes jellegű emberi viszonylatok akaratlanul is az intézményesülés irányába mozdulnak el, s a formális szerveződések sem kerülnek el a személyessé válás folyamatát. Ily módon az iskolán belüli viszonyok egyrészt leképezik a társadalom fennálló rendjét, másrészt személyes jellegükből adódóan modellértékűek az iskola falain kívüli világ szempontjából is. A gyerekek számára tapintható módon leképeződnek az iskolai személyzet tagjai közötti interperszonális viszonyok, a hatalom, a döntéshozatal sajátosságai. A mindennapi tapasztalatnak részévé válik a pedagógusok aktuális személyiségállapota, elégedettségük, elégedetlenségük,

személyes örömeik és bizonytalanságaik. Ez természetes, és akár még kívánatos is lehet. Problematikussá és a testi-lelki egészség szempontjából iatrogénné akkor válik a helyzet, ha a történések burkoltan, öntudatlanul és ellenőrizhetetlenül mennek végbe.

Az iskola – mint általában a társadalmi intézmények, szervezetek – egyidejűleg két különböző tendencia metszéspontjában helyezkedik el. Egyrészt az őt körülvevő társadalmi-társas változások hordozója, másrészt viszont az állandóság őrzője. Minden rendszerről-szervezetről elmondhatjuk, hogy önmagát – lehetőleg változatlan formában – igyekszik fenntartani (homeosztatisz szabályozás).

Az iskolának e tekintetben igen nehéz a dolga, hiszen az utóbbi ötven év során igen jelentős változások mentek végbe társadalmunkban és társas viszonyainkban. Ezek a változások az utóbbi tíz évben még tovább gyorsultak, s mára az iskola egyre inkább szolgáltatásokat nyújt, nem pedig hatósági funkciókat tölt be. Ez a tendencia még inkább fokozódik annak következtében, hogy csökken a gyerekek száma, így verseny folyik a gyerekekért, a szülőért a megbízható és kiegyensúlyozott finanszírozás érdekében.

A manapság iskolába lépő gyerek számára a pedagógus már nem megkérdőjelezhetlen tekintély. Ez többek között abból is adódik, hogy a családi nevelésben háttérbe szorulni látszanak a tisztán tekintélyvel nyugvó technikák és megoldási módok, egyrészt a pszichológiai kultúráltság növekedése, másrészt pedig a szülők mértéktelen elfoglaltsága, életvitelének egésze következtében.

Ez a helyzet nem állítja könnyű feladat elé a pedagógusokat, akik saját iskoláztatásuk során javarészt tekintélyelvű megoldásokat tapasztalhattak meg, és a tanárképzés éveit során sem ismerhették meg a pedagógia és módszertan teljes eszköztárát.

Tehát elmondhatjuk, hogy az iskolába kerülő gyermek nem igazán tekintélytisztelő, de van még egy nagyon fontos sajátossága: „gyárilag érdeklődő”. A fentiekből már egész világosan kirajzolódik, hogy milyen helyzetben van az iskola, az iskolában tanító pedagógus, s hogy milyen kihívásokkal kell szembenéznie.

### **Egészségmegőrző programok a közoktatásban – realitások és lehetőségek**

A lakosság egészségi állapota miatti fokozódó aggodalom, az ifjúság egészségmagartásával (nem egészségi állapotával!) kapcsolatos nyugtalanító jelek, valamint a külföldi tapasztalatok egyre inkább felhívják a figyelmet a hatékony beavatkozás szükségességére. A beavatkozások színterévé egyre fokozódó mértékben válik a közoktatás: az iskola és az óvoda.

Manapság igen nagy számú és különböző minőségű iskolai programmal találkozunk. Ezek azonban nem képviselnek egységes szemléletet, a beavatkozások, kezdeményezések színvonala, hatásköre igen változatos.

Egy közelmúltban megjelent tanulmány (7) áttekinti az 1990-es évekre jellemző helyzetet. A szerzők megfigyelései szerint az egészségnevelés többnyire tüneti kezelésként jelenik meg, vagyis a legtipikusabb függőségi ártalmakat, illetőleg az éppen veszélyesnek ítélt rizikófaktorokat, magatartásformákat taglaló anyagokkal lehet találkozni. Mint-hogy az esetek túlnyomó többségében a félelem keltés eszközeivel élnek, ezért mind a tanároknak, mind pedig a tanulóknak negatív érzések keletkeznek, amelyek utóbb még inkább elvezetnek az egészségnevelési témák kerüléséhez.

Sokkal kisebb a korszerű egészségmegőrzési-mentálhigiénés szemléletet valló és módszertanukban is azt megvalósító holisztikus programok száma.

A helyzet ismeretében ez egyébként egyáltalán nem meglepő. Az ilyen szemléletű és módszertanú programok kidolgozása többnyire rendkívül költség- és időigényes. Ahhoz,

hogy minimális mértékben hatékonyak tekinthessük őket, szükség van a program folyamatos alkalmazására; jó megoldásnak a heti rendszerességgel jelentkező, tehát tantárgyi keretbe iktatott tananyagok látszanak, ami viszont felveti az iskolán belüli osztozkodás, rivalizáció kérdését. További nem megkerülhető probléma a tanár személye, vagyis hogy ki tanítsa ezeket az anyagokat. Nem elsősorban az egészség-specifikus ismeretek megléte az, ami kérdéssé avatja ezt a szempontot. Sokkal inkább a tanár mesterségbeli tudása, vagyis módszertani felkészültsége.

Egy másik a témakörben végzett kutatás áttekintette a területen (a közoktatás intézményrendszerében) kipróbálás alatt álló különböző fajta egészségmegőrző programokat. (8) Az alábbiakban röviden áttekintjük, hogy mik a kezdeményezések jellemzői. Nem lenne helyes szakmai-minőségi értékelést is csatolni ehhez az áttekintéshez, már csak azért sem, mert a minősítés, az „elbírálás” kritériumai nem tekinthetők konszenzuálisnak, még a szigorú értelemben vett szakmai berkeken belül se.

*„Egészséges élet” komplex egészségmegőrzési tananyag*

*Programgazda: Nemzeti Egészségvédelmi Intézet*

*A program eredete:* brit tantárgyfejlesztőkkel együttműködve kifejlesztett tananyag, amely a magyar gyerekek sajátosságaira, témával összefüggő ismereteire, azok struktúrájára és nyelvi megfogalmazásaira támaszkodik.

A program filozófiájának négy fő eleme:

- a pozitív, egészséges életfelfogás hangsúlyozása;
- a gyerekek meglévő ismereteire alapoz;
- egészségvédő iskola – a tanterv az iskola pozitív szellemiségével, valamint az iskola és a közösség között fennálló erős kétoldali kapcsolattal párosul;
- spirális tantervhasználat – ahogy nőnek a gyerekek, az egyes témákat úgy dolgozzák fel újra és újra;

*A program témakörei vázlatosan:* egészséges életmódok; a biztonság megőrzése; egészséges táplálkozás; kábítószer-fogyasztás és a kábítószerrel való visszaélés; növekedés, változás és az emberi szexualitás; családi élet és kapcsolatok; mozgás és személyes higiéné; egészséges környezet.

*A program által használt oktatási módszerek:* részvételen alapuló oktatási technika; csoportmódszerek; vita, megbeszélés; szemléltetés; rendezvények szervezése; szituációs játékok; szerepgyakorlatok.

*A program taneszközei:* tanári kézikönyv; tanulói munkafüzet.

*„Egészséged testben, lélekedben” személyiségfejlesztő, drog- és alkohol-megelőző program*

*Programgazda: CHEF Hungary Alapítvány*

*Cél:* személyiségfejlesztő, drog- és alkoholmegelőző program.

*A program eredete:* speciális, egészségmagatartást fejlesztő amerikai program, melynek magyar változatát használja az Alapítvány (az Általános Egészségnevelés Alapítványa, Comprehensive Health Education Foundation). A program magyarországi elterjesztését amerikai és magyar szakemberek kezdeményezték.

*A program filozófiája:* a drogok fogyasztása, illetve nem fogyasztása közti döntéshozáson alapul. A döntéshozásban az információk mellett a különböző érzelmek, értékek és attitűdök, valamint viselkedési módok is szerepet játszanak. A program az információadás mellett a döntéshozás kialakítására helyezi a hangsúlyt. A problémamegoldó és döntéshozó készség gyakorlás útján fejleszhető. A megfelelő önértékeléssel és pozitív énképpel rendelkező fiatalok jobb döntéseket hoznak, amelyekkel elkerülik a drogok fogyasztását.

Az oktatásban kiemelkedő szerepe van a tanárnak. E megállapítás érinti a pedagógus viszonyulását a drogokhoz és képességeit a tanterv oktatásával kapcsolatban. A tanárnak kell kialakítania az osztályban az előítélet-mentes légkört, amelyben a diákok tevékenyen, kezdeményezően vehetnek részt a foglalkozásokon. A diákok szabadon, a minősítéstől, értékeléstől való félelem nélkül fejezhetik ki érzéseiket a témával kapcsolatban.

A program bevonja a szülőket is az oktatásba, illetve ha lehetőség van rá, akkor a helyi közösség más tagjait is.

A „tananyag” drog alatt nemcsak az illegitim szereket érti, hanem az elfogadott szerhasználatot is (alkohol, dohányzás, pszichoaktív gyógyszerek). A program hipotézise, hogy a drogokkal kapcsolatban kialakított készségek (pl. nemet mondani a kínálásra) az élet más területein is működni fognak.

*A program témakörei vázlatosan:* Drog; drogok története; a drogok és az emberi test; farmakológia; hazai drogkörkép; függőség; veszélyek, kezelés. Alkohol, az alkoholfogyasztás története; az alkohol hatása – alkoholizmus; fiatalok italozása; hazai körkép. Önismeret, önmegismerés-önértékelés; lehetőségek; stresszkezelés; stresszhelyzetek felismerése; következmények; döntéshozás, döntéshozás képessége; érzések–érzelmekek–értékek–problémamegoldási képesség; kockázatvállalás; választás – értékelés.

*A program által használt oktatási módszerek:*

- előadás, magyarázat;
- csoportmódszerek;
- vita, megbeszélés;
- szemléltetés;
- ellenőrzés.

*A programban szükséges taneszközök:* tanári kézikönyv; tanulói munkafüzet; szóróanyagok; tanulási segédkönyv.

*Életvezetési ismeretek és készségek*

*Programgazda: Csendes Éva*

*A program filozófiája:* a program személyiségfejlesztő keretbe ágyazott megelőző tevékenység: üzenete az egészségre ártalmas anyagokkal való kísérletezés és a szenvedélykeltésre alkalmas anyagok használatának elutasítása, továbbá az értékalapú választás: az egyén felelős egészsége megőrzéséért.

*A program témakörei vázlatosan:* önismeret – én és a helyem a környezetemben; az egészséges, biztonságos életet veszélyeztető tényezők; a készségfejlesztés területei; hatékony kommunikáció; a versenyszellem és az együttműködés egyensúlya; önismeret – önbecsülés; társasági alkalmazkodás – személyes kapcsolatok építése; az érzelmelek alkotó jellegű feldolgozása; stresszkezelés – magabiztos fellépés; kritikus gondolkodás – döntéshozás – célkitűzések; ellenállási készség – kockázatcsökkentési készség; problémamegoldás.

*A program által használt oktatási módszerek:*

- csoportmódszerek;
- tréning;
- interaktív, tapasztalatokra alapozott tanítási-tanulási mód.

*A program taneszközei:* tanári kézikönyv – tartalmazza a tanulói segédanyagokat is.

*A Soros Alapítvány egészségnevelési programja „Shapiro program”*

*Programgazda: Soros Alapítvány*

*Cél:* egészségnevelő és megelőző program a táplálkozással, a szexualitással és az AIDS-szel kapcsolatban, valamint drog- és alkoholmegelőző program.

*Megcélzott korosztály:* 10–14 éves általános iskolai diákok.



*A program koncepciója:* az egészséges magatartás döntéshozáson alapul. A program koncepciója nagymértékben hasonlít a CHEF programhoz, így részletes leírásától eltekintek.

*A program filozófiája:* a tiltás, elriasztás helyett a megcélzott életkori csoport válsághelyzetre való felkészítése a választási lehetőségek közül a pozitív döntési motivációk felhasználása segítségével.

*A program témakörei vázlatosan:* szexualitás; AIDS; alkohol és más drogok; dohányzás; táplálkozás.

*A program taneszközei:* tanári kézikönyv minden témához; információ; feladatlapok, mérőeszközök; mintagyakorlatok; szemléltetés.

*Drogprogram (a kölni Egészségvédelmi Intézet programjának adaptációja)*

*Programgazda: Budai Drogambulancia*

*Cél:* drogmegelőző programcsomag

*Megcélzott korosztály:* 10–18 éves diákok, általános és középiskolák tanulói.

*A program eredete:* a kölni Nemzeti Egészségnevelési Intézet programcsomagja, melynek magyar változatát használja az Alapítvány.

*A program koncepciója:* a drog minden olyan anyagot jelöl, mely módosítja az élő szervezet funkcióit. Eben az értelmezésben drognak minősülnek az illegális drogok (kábitószer), továbbá a gyógyszerekkel való visszaélés, valamint a dohányzás és az alkoholfogyasztás. A programcsomag célja azoknak a veszélyeknek a tudatosítása, melyek drogfogyasztáshoz vezetnek. A tananyag a tanulókat olyan cselekvési alternatívákra ösztönzi, melyekkel csábítás esetén, feszült idegállapotban vagy konfliktus-helyzetben, védekezhetnek e veszélyek ellen.

A közvetlen célok a következők: kábítószereknél a megelőzés a teljes absztinenciára irányul, gyógyszerekénél az ellenőrzött és szakszerű bánásmódra, az alkoholnál az önkontrollra és az önmérsékletre, a dohányzásnál pedig ismét a teljes absztinenciára.

A programcsomag leginkább a biológia, illetve az egészségügyi, társadalmi ismeretek tárgykörébe vág, ezért elsajátítása ezeknek az óráknak a keretében képzelhető el (ahogy a programcsomag fogalmaz).

A program a szülőket is bevonja az oktatásba.

*A program témakörei vázlatosan:* dohányzás – a dohányzás eredete és a dohányzás hatásai, a dohányzás mint társadalmi jelenség, a dohányzás okai és motívumai, megelőzés és terápia. Kábítószer – drogfogyasztás és drogfüggőség, a drogok és a jog, illegális drogok, alkohol. AIDS.

*A program által használt oktatási módszerek:* ismeretátadó jellegű oktatás.

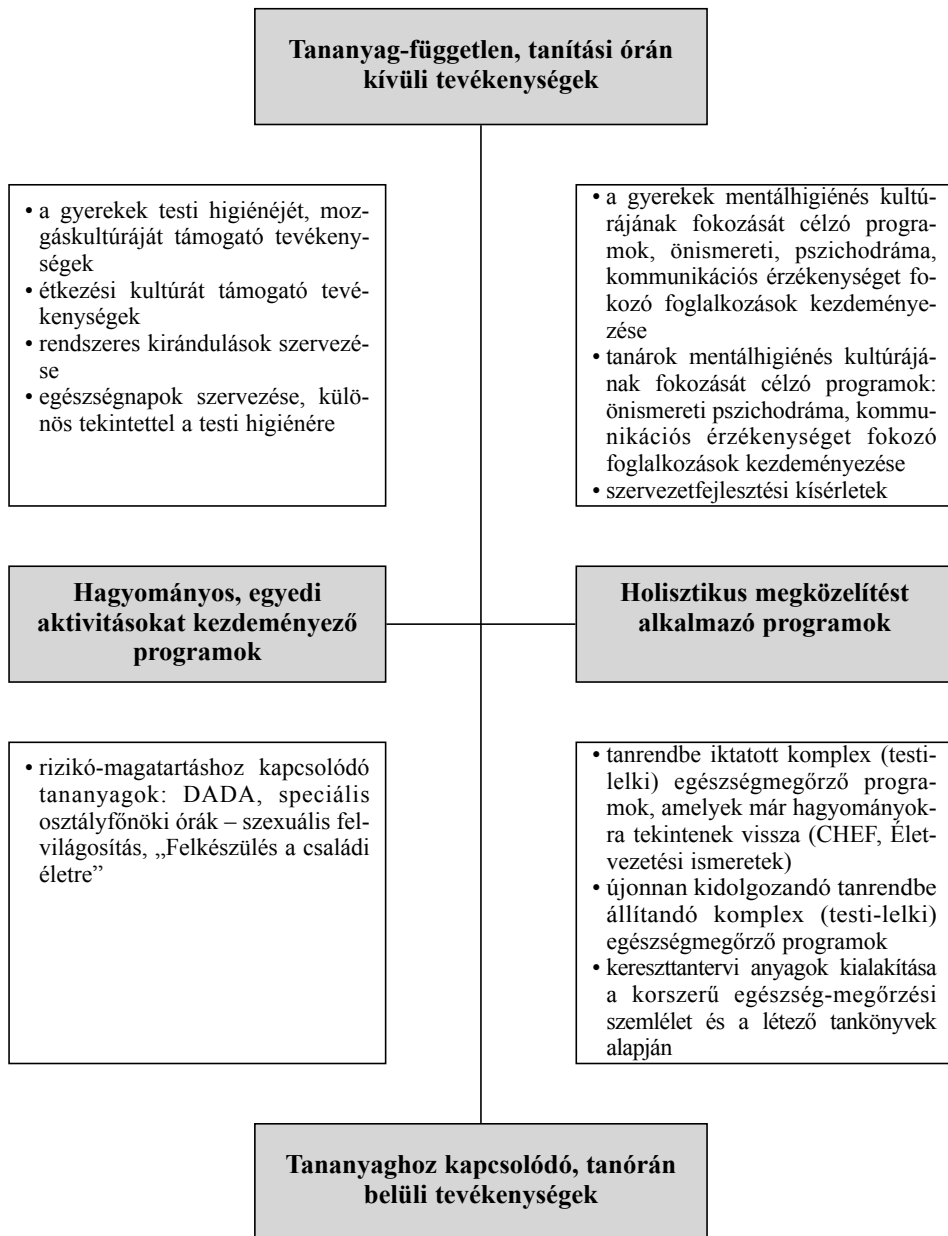
*A program taneszközei:* tanári kézikönyv, benne információ; módszertani útmutató; az egyes tanítási órák vázlata; ábrák; munkalapok.

Az előzőekben csak azoknak a viszonylag széles körben ismert, országos terjesztésű programoknak a szemlészésére került sor, amelyek célkitűzéseik szempontjából holisztikus megközelítést alkalmaznak, amelyek nem elsősorban az ismeretátadásra helyezik a hangsúlyt, amelyek életvezetési technikákat, készségeket és képességeket kívánnak fejleszteni. Az említettek azonban egy kivételtől eltekintve adaptációk, s a szó igazi értelmében vett holisztikus látásmódot is csak kettő jeleníti meg.

### **A KOMA mentálhigiéné pályázatának tapasztalatai**

A Közoktatási és Modernizációs Közalapítvány az 1997. évben meghirdetett mentálhigiéné pályázatára beérkezett több mint ötszáz pályamunka a mentálhigiéné meglehetősen tág értelmezését mutatja.

A különböző kategóriákat képviselő munkák közül a legnépesebb csoportot az iskolai mentálhigiéné és képzési programok alkották. Meglepően kevesen kívántak kutatási te-



vékenységhez támogatáshoz jutni ily módon.

Az iskolai programok szakmai színvonaluktól függetlenül jelenítették meg az e tanulmány elején elemzett fogalmi diffúziót, illetve átrendeződést. A pályamunkákból jól látszik, hogy az egészségmegőrzés korszerű felfogása és a mentálhigiéné ebben a speciális vetületben (iskolai programok) szinte teljes átfedik egymást.

Ha alaposabban szemügyre vesszük az iskolai kezdeményezéseket, akkor az alábbi koordináta-rendszerben elhelyezhető kép tárul a szemünk elé:

A fenti kategóriákban megjelenő pályázatok arányaikban eltérő súllyal láttak napvilágot. Sajnálatos módon legnagyobb kedveltségnek a „hagyományos, egyedi megközelítést alkalmazó, tanórán kívüli” kezdeményezések örvendtek, ahol a hangsúly az egészségnevelés hagyományos, manapság már kissé túlhaladottnak tekinthető, első-sorban a testi egészségre, betegségmegelőzésre hangsúlyt helyező pályázatok kerültek.

Az előbbinél valamivel ritkábban jelentkeztek a „hagyományos, egyedi megközelítést alkalmazó tanórához kötődő” kezdeményezések, ahol a hangsúlyból adódóan lehetőség nyílik az előbbinél komplexebb megközelítések alkalmazására, hiszen viselkedésformák egész osztálya kerül az érdeklődés homlokterébe, s elvi lehetőség nyílik arra, hogy mint cseppben a tenger, a megcélzott viselkedésnél szélesebb területen lehessen hatni a gyerekekre.

A tanórához kötődő kezdeményezések egy további pozitívuma lehet, hogy egy hosszabb perióduson keresztül a rendszeres ismétlődés jövöltából olyan készségek és jártasságok is kialakulnak, amelyek fenntartható módon szolgálják a viselkedés szabályozását.

A további két kategóriába tartozó megközelítések tartalmukat és módszertanukat illetően hívebben tükrözik a korszerű mentálhigiéné és egészség-megőrzési szemléletet. Az összes beérkezett pályázathoz képest ezek, sajnos, számarányukban messze elmaradtak a kívánatostól. Ebbe a két csoportba olyan anyagok kerültek, amelyek komplex módon szemlélik az emberi személyiséget, s az egészséget az életvitel egésze szempontjából veszik tekintetbe. Így annak alakulásában a társas és egyéni életviteli tényezőket (kapcsolatkezelés, stressz management, önismeret, önkontroll funkciók) azok tényleges súlyának megfelelően tárgyalják.

A tanórához nem kötődő kezdeményezések problematikus pontja, hogy talán a kívánatosnál nagyobb mértékben támaszkodnak külső szakértő (pszichológus) aktív, tevékenes részvételére, ezzel mintegy feltételezve és megengedve azt, hogy a tanár nem érthet a mentálhigiéné szempontok gyakorlati alkalmazásához. Ily módon – szélsőséges esetben – akár le is mondva arról a lehetőségről, hogy pedagógus bizonyos készségekkel felruházható és azokat a mindennapokban alkalmazni képes személyiséggé válhat.

A tanórához kötődő tevékenységek pedig – indokolatlanul – feltételezik a tanár meglévő mentálhigiéné szakértelmét, ami viszont jelenlegi viszonyaink ismeretében túlonúl optimistának tűnik.

Általában elmondható, hogy a benyújtott pályázatok száma jól jellemzi a területen tapasztalható helyzetet: az iskolákban dolgozók, illetőleg az iskoláskorú gyerekekkel

---

*Az előbbinél valamivel ritkábban jelentkeztek a „hagyományos, egyedi megközelítést alkalmazó tanórához kötődő” kezdeményezések, ahol a hangsúlyból adódóan lehetőség nyílik az előbbinél komplexebb megközelítések alkalmazására, hiszen viselkedésformák egész osztálya kerül az érdeklődés homlokterébe, s elvi lehetőség nyílik arra, hogy mint cseppben a tenger, a megcélzott viselkedésnél szélesebb területen lehessen hatni a gyerekekre.*

*A tanórához kötődő kezdeményezések egy további pozitívuma lehet, hogy egy hosszabb perióduson keresztül a rendszeres ismétlődés jövöltából olyan készségek és jártasságok is kialakulnak, amelyek fenntartható módon szolgálják a viselkedés szabályozását.*

---

kapcsolatban levő szakemberek felismerik annak szükségességét, hogy a jobb életminőségért, a hosszabb várható élettartamért a gyerekek körében kell hatékony lépéseket tenni. Egyre inkább egyöntetű az a felismerés is, hogy az iskola nemcsak problémák forrása, hanem lehetőségek tárháza is – éppen szocializációs potenciáljából adódóan –, amely lehetőségeket egyelőre messze nem kielégítő mértékben használjuk ki. Ugyanakkor azt is látni, hogy a szóban forgó területen rengeteg egymásról sokszor mit sem tudó kezdeményezés létezik, s hogy ezek minősége, használhatósága szintén nem ismert.

Nemcsak a pályázatokból, hanem általában a szakmai munkákból is hiányzik a projekt-szerű gondolkodás, vagyis a módszeres tervezés, mind szakmai, mind pénzügyi vonatkozásban, s hogy a tevékenységek hatás- és hatékonyságvizsgálata szinte teljesen ismeretlen szempont.

A fogalmi tisztázás, az oki magyarázatok problémájához kell visszakanyarodnunk e helyütt. Hiszen ezek ismeretében lehetne valamely pályázat, vagy a tényleges program megvalósításának szintjén elbírálási szempontokban és a siker alapfeltételeiben gondolkodni. Az itt felvetett kérdés valódi és elvi jellegű. Elvi alapállásunktól függ ugyanis, hogy milyen kezdeményezést fogunk szakmailag jónak, esetleg támogatásra érdemesnek ítélni. Számos érv szól a mellett, hogy egyedi rizikómagatartásokkal foglalkozzunk, s erőinket például a drogproblémák kezelésére összpontosítjuk. Hiszen mondhatjuk, hogy egy bizonyos terület vonatkozásában kialakult kommunikációs technikák, alku-készségek majd alkalmazhatóvá válnak más problémák vonatkozásában is. Ugyanakkor épp ily érvényesen lehet érvelni azzal összefüggésben is, hogy csak a valóban holisztikus programoknak van létjogosultságuk, hiszen mind a gyerekek, mind a felnőttek arra van szüksége, hogy megértse: a látszólag független életmód- és élményelemek egymással jól indokolható módon összekapcsolhatók. Így nem elégedhetünk meg azzal, hogy bizonyos egészségkárosító magatartásformákkal összefüggésben fejlesztjük a belátást és a kezelési készségeket, hanem általában, az életmód egészével szükséges foglalkozni. A kérdés már csak azért sem eldönthető, mert bármilyen beavatkozásról, programról is van szó, azok eredményessége csak mintegy húsz-huszonöt év múlva fog valóban beigazolódni. A hosszú távú eredményesség szempontjából az elbírálási kritériumok már nem igen vitathatók, hiszen a kedvezőbbé váló életesélyek, a hosszabb várható élettartam és az életminőség javulása ennek egyértelmű mutatói lesznek.

Kritikusabb és valódi szakmai elmélyülést igényel viszont azoknak a mutatóknak, indikátoroknak a kidolgozása, amelyek rövid- és középtávon alkalmasak lehetnek a majdani eredményesség megjóslására. E tekintetben viszont a szakterület sajátosságaiból adódóan kevés megbízható és érvényeset tudunk mondani. Ezért is sajnálatos, hogy oly kevesen jelentkeztek az említett pályázatra kutatási támogatásért.

### **A jövő lehetőségei – realitások**

A mentálhigiéné és az egészségmegőrzés közötti különbségtétel iránti igény újra és újra megfogalmazódik, kiváltképpen az elméletalkotók oldaláról. Természetesen nemcsak az elvi tisztánlátás iránti igény jelentkezik motivációként, közvetlenebb intézményes és finanszírozási érdekek is meghúzódnak a háttérben. A problémával való foglalkozás iránti igényt rendkívül akuttá teszi a NAT bevezetése, illetőleg gyakorlattá válása.

A NAT a testi-lelki egészségnevelés feladatát három szinten jeleníti meg:

- nevelési funkciójában egész intézményi szervezetet, infrastruktúrát érintő feladatként;
- oktatási lehetőségeként minden műveltségterületet kötelezően, egyaránt érintő feladatként, illetve
- önálló műveltségi területként jelentkező oktatási feladatként.

Ugyanakkor a mentálhigiéné mint az egészségkultúra–egészségnevelés–betegség-megelőzés NAT által is felvállalt „kompetencia” elvű felfogása a korábbi egészségneveléstől eltérő jellegű tartalmakat céloz meg. A mentálhigiéné szemlélet értelmében az ember felelős önmagáért és ezért kontrollt, tudatosságot kell nyernie saját viselkedése alakítása felett. Képessé kell válnia saját egyénisége, lelki egyensúlya és alkalmazkodó képessége megővására.

Küzdőképességének eszközeit egyéni világában, közösségi kapcsolataiban (család, munkahely) és társadalmi viszonylataiban (megfelelő értékorientáció, célrendszer és társadalmi identitás) egyaránt ki kell alakítania. E célokat tekintve a mentálhigiéné képzés tartalma: olyan emberkép bemutatása, melyben a biológiai-társadalmi egészség–betegség (egyensúlyvesztés) áthatásai megérthetők, felismerhetők.

Az egészségnevelést ezen tartalmak mentén képviselő pedagógusoktól a feladat egy sajátos – a pszichológia, szociológia, szociálpszichológia, szociálpolitika, egészségügy tartalmaiból ötvöződő – interdiszciplináris háttér tudást és készséget feltételez. Kutatási és tanárképzési tapasztalatok alapján az egészségneveléssel kapcsolatban még az egészségnevelés iránt legelkötelezettebb pedagógusok többsége is a feladatokat a betegségmegelőzés alapján véli megvalósítani. Ennek kapcsán félé, hogy akár az intézményi nevelés, akár a szaktárgyi oktatás keretein belül történik az egészségnevelés, akkor a mai általános nevelői felfogás alapján, optimális esetben is, csak az akut egészség probléma, betegségmegelőzés felfogás mentén teljesül. Feltételezhető, hogy a korábbi pedagógus alapképzés mindenképpen kiegészítésre szorul ezen a téren. Ez a hiány következtépp szükségessé teszi, hogy az egészségnevelés feladatának megvalósításával jelenleg felhatalmazott nevelők mindenképpen speciális, a vázolt szellemiséget tartalmazó át/továbbképzési programban vegyenek részt.

Különösképpen az indokolja e speciális képzések szükségességét, hogy a pedagógusok csak elméleti ismeretekkel rendelkeznek azokról a módszerekről, amelyeket a gyakorlatban kellene alkalmazniuk annak érdekében, hogy hitelesen képviseljék a fentiekben kifejtett elveket és azokból fakadó alkalmazkodási, életvezetési készségeket.

A felsorolt technikák azonban nemcsak az egészségmegőrzéssel kapcsolatos témakörök tekintetében javítanák a pedagógusok kompetenciaélményét, hanem bármely más, általuk oktatott diszciplína, tananyag esetében is. Amennyiben a jövő tanárai, illetve a már pályán lévő kollégák e készségekről nemcsak elvi tudással rendelkeznek, akkor általában hatékonyabban tudnának megbirkózni a iskolába járó gyerekek

---

*A képzésnek egyrészt a pedagógusokat az alábbi készségek napi használatára kellene alkalmassá tennie:*

- a tevékenység- és kompetenciaorientált oktatás technikái;
  - a csoportvezetés technikái a csoportdinamika figyelembevételével;
  - a kooperáció, együttműködés technikái;
  - a kérdéses kultúrája, a moderációs kérdéstechnika;
  - a párbeszéd-moderálás technikái;
  - a dokumentumelemzés technikái;
  - a projektmunka előnyei és irányításai;
  - a médiaelemzés technikái ;
  - a beszélgetésirányítás technikái;
  - az aktív figyelem verbális és non-verbális eszközei;
  - a vitavezetés technikái;
  - a konfliktuskezelés technikái;
  - az interjú, felmérés, közvélemény-kutatás technikái.
-

társaslélektani, társadalmi jellemzőivel. E készségek birtokában a pedagógusok több szinten lennének képesek a személyes hatékonyság-növekedés átélésére, ami saját egészségmegőrzésük, közérzetük szempontjából is kulcsfontosságú elemnek tekinthető.

Mind a tanárképzés, mind pedig a tanártovábbképzés rendszere átalakulóban van; a szabályozási keretek lehetőséget biztosítanak arra, hogy a tanár mesterségbeli tudása megfelelő mértékben gyarapodjon.

Ugyanakkor arról sem szabad megfeledkezni, hogy a kialakított készségek alkalmazásához megfelelő tananyagokra is szükség van, hiszen az imént említett kompetenciák csak akkor hasznosulnak megfelelő módon, ha tekintetbe vesszük és alkalmazkodunk az iskola rendszerű sajátosságaihoz, vagyis tudomásul vesszük, hogy (1.) az állandóságot fenntartani igyekszik, (2.) a ma iskolájába az egyik leg-hatékonyabb „bejárat” a tananyagot át vezet. Ezért különösen fontos, hogy – szűkebben értelmezett témánknál maradva! – olyan holisztikus szemléletű egészségmegőrző tananyagok kerüljenek be az iskolai oktatásba, amelyek valóban korszerű szemléletet hordoznak, s lehetővé teszik, sőt megkövetelik a már említett készségek állandó alkalmazását.

### Jegyzet

- (1) BUDA BÉLA: *Munkahely és mentálhigiéné.* = *Közösségi mentálhigiéné.* Szerk.: Gerevich József. Gondolat Kiadó, Bp. 1989.
- (2) GEREVICH JÓZSEF: *Iskolai mentálhigiéné.* = *Közösségi mentálhigiéné.* Szerk.: Gerevich József. Gondolat Kiadó, Bp. 1989.
- (3) JAHODA, M.: *Toward a Social Psychology of Mental Health.* = Szerk.: Rose, A.M.: *Mental Health and Mental Disorder. A Sociological Approach.* W.W. Norton and Company, Inc. New York 1955.
- (4) JÓZAN PÉTER: *A magyar népesség egészségi állapota és halálzási viszonyai.* INFO-Társadalomtudomány, 1997. október
- (5) LOSONCZI ÁGNES: *A magyar népesség romlásának társadalmi okairól.* INFO-Társadalomtudomány, 1997. október
- (6) SZABÓ LÁSZLÓ TAMÁS: *A rejtett tanterv.* Gyorsuló Idő, Bp. 1987.
- (7) FÁBIÁN RÓBERT: *Az általános iskolai tanterven kívüli egészségnevelési programok az 1994/95-ös tanévben.* NEVI, 1996.
- (8) *Egészségmegőrzési programok a magyar közoktatás rendszerében.* (A kiadvány a Népjóléti Minisztérium pályázati támogatásával jött létre.) Mediconsult Kft., 1997.
- (9) SZÖLLÖSI ZSUZSA: *Az egészségnevelés követelményeihez illeszkedő nevelési-oktatási módszerek.* Kézirat. Készült az Egészségesebb Iskoláért Hálózat Magyarországi Egyesületének felkérésére, 1998.