

Deutsch Krisztina

Iskolai egészségfelfogás és egészségfejlesztés kvalitatív és kvantitatív kutatások tükrében

Az egészségnevelés, az alapját képező egészségfogalommal együtt, számos szemléletmód tükröként jelent meg az elmúlt évszázadok magyar iskoláiban. Így folyamatosan változott az iskolai egészségnevelés célja, tartalma és metodikája is. Jelen vizsgálat a gyakorló pedagógusok egészségfelfogásának, egészségnevelési gyakorlatának és mentálhigiénés szemléletmódjának a megismerését tűzi ki céljául. Kvantitatív kutatási eredményekre alapozva, félig strukturált interjú készült 12 pedagógussal, 4 általános iskolában. A tartalomelemzés azt mutatta, hogy azokban az iskolákban, ahol az egészségnevelés a lelki egészségre épül, koherencia mutatkozik az egészség és egészségnevelés értelmezésében, valamint a teljesítményértékelés, a szabálytudat és szankcionálás, a kohézió és az iskolai klíma értelmezésében. Ahol nem ez az iskolai egészségnevelés alapja, ott a pedagógusfüggő értelmezés és gyakorlat szerint az aktuális trendeknek megfelelően folynak az „egészséges akcióprogramok”.

AZ ISKOLAI EGÉSZSÉGNEVELÉS JELENKORI PROBLÉMÁI

Az egészségnevelés, az alapját képező egészségfogalomhoz hasonlóképpen, számos szemléletmód tükröként jelent meg az elmúlt évszázadok magyar iskoláiban. Ennek megfelelően folyamatosan változott az iskolai egészségnevelés célja, tartalma és metodikája is.

Korunk társadalmi elvárásai az iskolával szemben sokrétűek – az oktatás mellett egyre hangsúlyosabb a nevelési tevékenység, magába foglalva az egészségnevelést is. A család belső funkcióváltozásaival párhuzamosan az iskola a második legfontosabb szocializációs színtérként van jelen a gyermekek életében, és az egészségfejlesztés szempontjából is bizonyítottan költséghatékony színtérként egzisztál. Ebben szerepet játszik, hogy az iskola világa a gyermekek számára egy olyan színtér, amely az ismeretátadás mellett szabályok, rítusok, szokások, értékek, hierarchikus és azonos szintű kommunikációk és konfliktusok közege (MELEG 2005). A gyermekek személyiségfejlődésére kifejtett hatása értelemszerűen megjelenik az egészséggel kapcsolatos értékfelfogásban és az egészségmagatartásban is. Mégis számos iskola az oktatás elsődlegessége mellett az egészségfejlesztést többlet-hernek, többletfeladatnak érzi. De még azok az iskolák is, melyek nevelési funkcióik sorában fontosnak, s talán prioritásnak is tartják az egészségnevelést, a kutatási eredmények szerint elsősorban egészséges akcióprogramok sorozatának tekintik azt, s az aktuális trendeknek és társadalmi kihívásoknak megfelelően (drogprevenció, AIDS prevenció, egészséges táplál-

kozás stb.) az iskola klasszikus időkereteiben gondolkodva (tanóra, szakkör) változatlanul az ismeretátadásra és a figyelemfelkeltésre fókuszálnak (MELEG 2002; NAGY 2005).

AZ ISKOLAI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS GYAKORLATA ÉS SZEMLÉLETMÓDJÁ A 21. SZÁZAD MAGYAR ISKOLÁIBAN

E fejezetben olyan hazai, kvantitatív kutatások eredményeit mutatom be, amelyek az iskolai egészségnevelés tartalmára, módszereire, időtartamára és szereplőire fókuszálnak. A Fodor József Iskola – Egészségügyi Társaság hazai reprezentatív vizsgálata szerint (KAPOSVÁRI 2007) az iskolák 91,5 százaléka rendelkezik olyan egészségnevelési és környezeti nevelési programmal, amely 88,7 százalékban a helyi sajátosságoknak megfelelően készül. Az egészségnevelés szintereként az iskolák 30,1 százalékban az egészségtant mint önálló tantárgyat, 93,4 százalékban az osztályfőnöki órákat, 57 százalékban az egészségnapokat, valamint 37,3 százalékban a szakköröket jelölték meg. Az iskolák majdnem felében a pedagógusok és az egészségügyi team közösen állította össze a programot. A programok tartalmi elemzése azt mutatta, hogy azokban a fizikai aktivitás 84,1 százalék, az egészséges környezet 79,8 százalék, a táplálkozás 77,4 százalék, a személyi higiéné 70,2 százalék, míg a lelki egészség és a kapcsolati kultúra 62,9 százalékos gyakorisággal fordul elő. A párhuzamosan futó tanulói kérdőíves kutatás eredményei azt mutatták, hogy a diákok számára a mindennapos testmozgás 95 százalékban biztosított, ugyanakkor a lelki egészségvédelem megvalósulása az iskolai életben csupán 5 százalékot ér el. A tanulók főként az osztályfőnököt és a biológia tanárt emelték ki a diákok egészsége érdekében leginkább aktív iskolai személyek közül (KAPOSVÁRI 2007).

Az Oktatási Minisztérium által kezdeményezett és ezer pedagógus bevonásával megvalósult 2004-es kutatás, amely a közoktatásban történő egészségfejlesztés mértékét és tartalmát tárja fel, szintén a holisztikus (az egészséget testi-lelki-szociális tényezők eredőjeként tekintő) egészségfelfogás hiányáról árulkodik (PAKSI – FELVINCZI – SCHMIDT 2004). A kutatás tanulsága szerint a 2003/2004-es tanévben az iskolák 89 százalékban már megvalósult egészségfejlesztési tevékenység, de az egészségfejlesztési programok az iskolák 40 százalékban a vizsgált tanév folyamán 5 óránál rövidebb időtartamot, az iskolák másik 40 százalékánál 10 óránál hosszabb időtartamot vettek igénybe. A vizsgálatot megelőző három tanévben a programok megvalósítói 60 százalék körüli arányban külső szakemberek és szervezetek voltak, ellenben az iskolák pedagógusai önállóan 30 százaléknál kisebb arányban végeztek ilyen tevékenységet, és külső szervezetekkel együttműködve is csupán 15 százalékuk. Figyelmet érdemelnek a három vizsgált tanév vonatkozásában azok a tendenciák is, amelyek a pedagógusok által végzett önálló és együttműködésben végzett tevékenységeket is csökkenő gyakorisággal prezentálják. A kutatásból az is kiderült, hogy az iskolai egészségfejlesztésben aktív szerepet vállaló pedagógusok társtalannak érzik magukat e szerepükben, annak ellenére, hogy iskola-egészségügyi szolgálat 70 százalék feletti arányban, míg iskolapszichológus, egészségfejlesztő és drogügyi koordinátor 10 és 70 százalék közötti arányban működik az oktatási intézményekben.

E vizsgálat számunkra releváns következtetése, hogy az iskolák – akár az egészségfejlesztési programok időtartamát, akár a programok megvalósítóit tekintjük – az egészségfejlesztést egy feladatnak, elsősorban szakemberek kompetenciájaként értelmezett feladatnak tekintik, amely akár néhány óra alatt is lebonyolítható. Ebből pedig az következik, hogy e programok elsősorban ismereteket adnak, és a 10 óránál hosszabbak is esetleg jártasságok és készségek kialakításának lehetőségét hordozzák.

Ugyanakkor nem képesek a lelki egészség dimenziójának olyan folyamatos támogatására, melyek az egészség többi dimenziójában is pozitív irányú változásokat indukálnának, s egyben az egyének koherenciaérzetét növelnék. A kutatás további tanulsága, hogy az iskolák vezetői és pedagógusai nincsenek tudatában a mintaadás, az iskolai atmoszféra (klíma) és az egészségnevelési tartalmak tananyagokba integrálásának szintéziséből származó haszonnal, amely a tanulók életmódját a jelenben és életminőségét a jövőben mozdíthatja pozitív irányba (PAKSI – FELVINCZI – SCHMIDT 2004).

A MENTÁLHIGIÉNÉRE ALAPOZOTT ISKOLAI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS SZÜKSÉGLETE

Ha az egészség értékrendszerünkben elfoglalt helyét vizsgáljuk meg elsőként, akkor a hazai és nemzetközi értékutatási eredmények egyaránt kecsegtetőek, hiszen az egészség minden esetben az alapértékek között található (LOSONCZI 1989).

Ugyanakkor a hazai és nemzetközi morbiditási és mortalitási adatok már évtizedek óta arról árulkodnak, hogy a halálozásért és az idő előtti halálozásért egyaránt olyan betegcsoportok a felelősek, amelyek az egyének egészségmagatartásával, azon belül a mentálhigiéniával is szoros összefüggésben állnak.

A mentálhigiénié pedig nem más, mint a lelki egészség védelme. *Buda* ezt pontosabban így definiálja: „A mentálhigiénié 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 legalább is mielőtt az ártalom szervülne.” (Budát idézi FELVINCZI 1998:17).

Ezek után adódik a kérdés: az iskola miként támogassa a tanulók testi-lelki egészségét? A megoldás csakis a szintézisben gondolkodás lehet: az iskolában az egészségfejlesztés szemléletének mindenekelőtt a pedagógusok fejében kell átformálódnia, azért, hogy személyes magatartásukkal hiteles mintát nyújtsanak a tanulóknak kommunikációjukkal, interperszonális kapcsolataik és konfliktusaik kezelésével is. E mellett szükség van az egészségnevelési tartalmak integrált és koherens megjelenésére a tananyagokban és az extrakurrikuláris tevékenységekben egyaránt. Ez például azt is jelenti, hogy az egészséges táplálkozás kérdésének az iskolai étkeztetés minőségében és annak kultúrájában ugyanúgy meg kell jelennie, mint a tanári mintaközvetítésben, az iskolai büfé kínálatában és a tananyagokban.

Az Egészségesebb Iskolák Európai Hálózata konkrétan arra hívja fel a figyelmet, hogy az iskolai atmoszféra a legfőbb erőforrás az iskolai egészségfejlesztésben. Ugyanis az egészségfejlesztő iskola fundamentumát három tényező együttese alkotja: az egészségfejlesztő tanterv, az iskola atmoszférája, valamint a kapcsolata a helyi közösségekkel (FELVINCZI 2007).

A KUTATÁS CÉLJA, MINTÁJA ÉS MÓDSZEREI

A kutatás célja

Jelen kutatás során az általános iskolák pedagógusainak egészségfelfogását, a mentálhigiénés szemléletmódját és aktivitását, valamint az egészségnevelésben tulajdonított szerepét kívánjuk megismerni.

A mintavétel módjának és a kutatási mintának a bemutatása

Kvalitatív vizsgálat keretében 4 pécsi általános iskola 12 pedagógusát vontuk be a vizsgálatba. A minta kiválasztása a rétegzett kényelmi mintavétel stratégiájával történt (SÁNTHA 2006). Rétegzéző elvünk szerint olyan iskolákat választottunk ki, melyekben a tanulók szociokulturális helyzete a szülők iskolai végzettsége alapján jelentős mértékben eltérő volt. Az egyes iskolák tanulói összetételét a szülők iskolai végzettsége alapján az 1. táblázat mutatja.

1. TÁBLÁZAT: A vizsgált iskolák összetétele a tanulók szüleinek iskolai végzettsége alapján (százalékban)				
Szülők iskolai végzettsége	Kategorikus iskola	Holisztikus iskola	Stigmatizált iskola	Kontroll iskola
Főiskola, egyetem	85	52	0,7	29
Középfokú	15	43	30	64
8 általános	0	5	69,3	7
Összes	100	100	100	100

Ezt követően az iskolák beválasztása már kényelmi szempontokat követett. Az iskolákat szervezeti jellemzőik alapján neveztük meg és különítettük el a vizsgálatban, ügyelve az iskolát képviselő interjúalanyok anonimitására.

A vizsgálatban részt vevő iskolák megnevezése, a tanulók és a pedagógusok létszáma a következő oldalon látható:

- Stigmatizált iskola – 461 tanuló, 53 pedagógus.
- Kategorikus iskola – 710 tanuló, 55 pedagógus.
- Holisztikus iskola – 411 tanuló, 41 pedagógus.
- Szervezetfejlesztő iskola – 526 tanuló, 43 pedagógus.

A szervezetfejlesztő iskola kontrolliskolaként került a mintába, mivel az mentálhigiénére alapozott Egészség programot valósít meg az 1993/94-es tanévtől. A vizsgálatban részt vett a választott iskolák igazgatója és további két pedagógus, akik az iskolai egészségfejlesztésben aktív szerepet vállalnak. Az interjúba bevont pedagógusok az elemzésben iskolánként „tanár 1” és „tanár 2” jelzéssel szerepelnek.

A KUTATÁS MÓDSZEREI

Az adatfelvétel félig strukturált interjú módszerrel történt. A kérdések a pedagógusok saját egészségfelfogására és mintaadására, az iskola egészséggel, egészségfejlesztéssel és mentálhigiéniével kapcsolatos szemléletmódjára fókuszáltak. Az igazgatóknak szóló kérdések kibővültek az iskola nevelési céljainak és koncepciójának, valamint a beiskolázási körzet szociokulturális sajátosságainak a bemutatásával.

Az interjú során nyert adatokat tartalomelemzés módszerével értelmeztük. A tartalomelemzés során a kategorizálás, kódolás és értelmezés lépéseit alkalmaztuk. Az elemzés kategóriáit a szakirodalmak alapján előre meghatároztuk, és az elemzés során alkottunk alkategóriákat. Kódolási egységek az interjúból vett szövegtörzsek voltak.

A KUTATÁS EREDMÉNYEI

A tartalomelemzés előre meghatározott kategóriái a következők voltak: egészségfelfogás, egészségnevelés, személyes minta szerepe, továbbá az iskolai konfliktushordozók, konfliktuskezelési gyakorlat, teljesítményértékelés, szabálytudat, szankcionálás, kohézió és iskolai klíma értelmezései voltak.

A tanulmány terjedelmének kerete a tartalomelemzés két kategóriájában tesz lehetővé interjúrészletekkel alátámasztott elemzést. A két választott kategória: az egészségfelfogás és a konfliktuskezelési gyakorlat.

Az egészségfelfogás alatt a pedagógusok egészség értelmezését értjük. Az egészség értelmezése során a szakirodalomra alapozott és általunk alkotott két alkategória: a fizikai és a lelki- szociális egészség kategóriái. Hozzátevé azt, hogy az egészség az irodalmi források szerint leggyakrabban a testi-fizikai, lelki-mentális és társas-szociális dimenziók hármasszögére épül (bio-pszicho-szociális modell), miközben az egészség szociális és lelki dimenziója olyan szorosan kapcsolódik egymáshoz, hogy a köznapi gondolkodásban szinte teljes szimbiózisban jelenik meg (ENGEL 1977). Ezért az alkategóriák kialakításakor – a praktikai szempontokat is figyelembe véve – összevontuk ez utóbbiakat. Az alkategóriákra történő utalásokat kerestük az interjúk szövegében, és kódolási egységként az ezekkel kapcsolatos szövegtörzseket emeljük ki.

A fizikai egészség alkategóriái a következők voltak:

- Anatómiai integritás;
- Táplálkozás;
- Testmozgás;
- Higiéné;
- Napirend;
- Alvás, pihenés, bioritmus.

A lelki-szociális egészség alkategóriái alatt a következőket értettük:

- Önismeret, önértékelés;
- Kiegyensúlyozottság, harmónia, szintézisben való gondolkodás;
- Érzelmek kifejezésének a képessége;
- Megküzdési képességek;
- Autonómia;
- Változási, fejlődési képesség;
- Társadalmi szerepek összehangolása;
- Családi, társas- és közösségi kapcsolatok ápolása;
- Kommunikációs és konfliktuskezelési készségek.

Az alábbiakban bemutatott interjúrészletek az egyes iskolákat megtestesítő pedagógusok és intézményvezetők egészségfelfogásáról vallanak. A fizikai egészség dominanciáját mutatják a következő idézetek:

„Ugye az egészségnevelés mint fogalom, nagyon sokrétű... De erre nem terjedhet ki a figyelmünk. Én három nagyon fontos momentumát, szegmensét választottam: a mozgás, a táplálkozás és a higiénia.” – Kategorikus iskola, tanár 1.

„Nekem az jut róla eszembe, ahogy élni próbálok, és amit a gyerekeknek is közvetítek. Az életmódunk, beleértve a tisztaságon, az egészséges táplálkozáson, a testmozgáson keresztül sok mindent.” – Stigmatizált iskola, tanár 1.

A lelki egészség dominanciáját a további interjúrészletek szemléltetik:

„Érdekes dolog ez, mert nekem ez mindig egészét jelentett. Nagyon régóta. Nem azért, mert ez lett a divatos, kötőjellel írni, hogy egész-ség, hanem valahol én mindig egybe néztem a gyereket, a világot, más embereket, próbáltam magamat is. Hol sikerült, hol nem. És soha nem tudtam elfogadni azt, hogy az az egész-ség, ami a nem betegség.” – Holisztikus iskola, tanár 1.

„Ugyanis mi lelki egészségben gondolkodunk, mert a tapasztalat az, hogy nem az a probléma, hogy a gyerek nem tudja, hogy a dohányzás káros az egészségre, nem az a probléma, hogy nem ismeri a drognak a veszélyeit, nem az a probléma, hogy nem tudja, hogy a chips az egészségtelen, nem az a probléma, hogy nem tudja, hogy mozogni kéne. Tudja, az értékrendjében ez jó helyen van, az ismeretei megvannak. Valami más probléma van, mégpedig az, hogy a lelki egészsége nincs rendben. Azért nyúl a droghoz, mert nem tudja kezelni a problémáit, nem tudja feldolgozni. Azért dohányzik, mert nem megfelelő az

önértékelése. Azt hiszi, hogy ettől lesz »nagyobb«. Meg akar felelni a kortárscsoportnak.” – Szervezetfejlesztő iskola, igazgató.

„Az egészséghez való viszonyom a mindennapi életben választásaimat, döntéseimet, életvezetésemet, cselekedeteimet befolyásolja. Vallom, hogy az életminőséget az emberi kapcsolatok, az élet céljáról, hasznosságáról való meggyőződések, az önmegvalósításba adott hitek adják.” – Szervezetfejlesztő iskola, tanár 1.

A kódolási egységnek tekintett szövegtörzsek az egészség dimenzióinak vonatkozásában arról árulkodtak, hogy a lelki-szociális egészség a „szervezetfejlesztő” és „holisztikus” iskolában a meghatározó az egészség értelmezésében, míg a „kategorikus”, illetve a stigmatizált iskolában a fizikai egészség a domináns elem. Ez utóbbiakban is megjelenik a lelki egészség, de inkább a pedagógusok egyéni habitusának függvényében és nem rendszerszerű elemként.

A pedagógusok konfliktuskezelési stratégiájáról úgy tudtunk képet alkotni, hogy az interjúban kértük őket iskolai konfliktushelyzetek és kezelésük elbeszélésére. Olyan tipikus iskolai konfliktushelyzetek felidézését kértük, amelyből tanár-diák, tanár-szülő, tanár-tanár és pedagógus-intézményvezető konfliktushelyzetét ismerhettük meg, különös tekintettel annak okára és kezelési módjára. A konfliktushelyzetek okairól alkotott – konfliktushordozók elnevezésű – kategória tárgyalása nem része e tanulmánynak. Ugyanakkor a pedagógusok által felidézett konfliktushelyzetek kezelésének stratégiái, az adott szituáció ismeretében a konfliktuskezelés hatékonyságáról is informálnak, továbbá lehetővé teszik a pedagógusok különböző státuszú személyekkel történő konfliktuskezelésének összehasonlítását.

A konfliktuskezelés alkategóriái a következők voltak:

- Versengő stratégia;
- Elkerülő stratégia;
- Alkalmazkodó stratégia;
- Kompromisszumkereső stratégia;
- Problémamegoldó stratégia.

Az interjúk arról tanúskodnak, hogy a pedagógusok a problémaalapú konfliktuskezelési módszereket részesítik előnyben. Nagyrészt kompromisszumkereső és problémamegoldó stratégiákkal éltek a konfliktushelyzetekben, miképp azt az alábbi szövegrészek is mutatják:

„Minél többször találkoztunk, annál inkább tudta ő is, hogy mik az én elvárásaim. És nemcsak szakmai szinten, hanem emberi szinten is. És én is egyre jobban próbáltam közeledni hozzá, meg-megkeresni azokat a pontokat, ahol az ő kis zárt világába bele lehet nyúlni. Most azt észrevettem, mivel nagyon magas intelligenciával rendelkezett, ezért számtalanszor előfordult az, hogy neki olyan jó kérdései merültek fel és olyan szuper jó kérdések, amelyek a többieknek eszükbe sem jutott. És a többi gyerek, mivel hordozták már alsó tagozattól elkezdve ezt a kisfiút, és nehéz volt nekik dolgozni vele, ezért gyakran lehurrogták. Hogy »Hú, na most aztán már megint mondtál valamit!«

Ilyen esetekben én mindig próbáltam kiemelni és mondani, hogy »Nem gyerekek! Ez egy nagyon fontos és nagyon jó kérdés volt. És figyeljete csak ide, hogy mit mondott!« – Kategorikus iskola, tanár 2.

Versengő stratégiára egyetlen példát sem találtunk, és alkalmazkodó, valamint elkerülő stratégiára is csupán egyedi példák merültek fel, melyeket a további szövegrészek prezentálnak. Elsőként az alkalmazkodó stratégiára láthatunk példát a pedagógus és szülő konfliktushelyzetén keresztül:

„...Hát volt, olyan is volt. Hát azért megpróbáljuk (meggyőzni), de sajnos van olyan is, hogy az lett, amit ő akart. Most már eddig ugye volt olyan, itt a kutatásra a példa, hogy a szülő tiltakozhatott, hogy hát a gyerek ne ismétlje meg az első osztályt, de most majd a törvény ilyen szempontból mellettünk áll, hogy akkor, most már mi dönthetjük el igazán, mert hát ez idáig, ha a szülő nem írta alá, hogy beleegyezik az osztályismétlésbe, nem sokat tehattünk.” – Stigmatizált iskola, tanár 1.

A következő interjúrészlet az elkerülő stratégiát példázza pedagógusok között kialakult konfliktushelyzetben:

„...Talán a nézeteltérések abból adódnak, hogyha jön egy új kolléga, ő nem ismeri a szokásokat, hagyományokat, talán nem tájékoztatta őt senki, másképp csinálja, lehet, hogy az idősebb kollegáknak meg ez nem tetszik, hanem le kéne ülni és megbeszélni. De tudod, ebben a rohanó világban nincs időnk egymásra. Nincs idő picit leülni és megbeszélni, mert jó, munkaközösségi foglalkozáson persze, mert annyi minden szakmai és más dologról kell beszélni, talán kicsit egymásra is több időt kellene fordítani.” – Kategorikus iskola, tanár 1.

A konfliktuskezelési stratégiák hatékonyságát illetően azt láthatjuk, hogy a pedagógusok az idézett konfliktushelyzetekben – néhány esettől eltekintve – a helyzetet konstruktív módon, feltételezhetően mindkét fél számára elfogadhatóan oldották meg. A helyzet rigidsége esetén (például a törvényi és szakmai szempontok szembenállása esetén a törvényi előírásokhoz igazodó) alkalmazkodó, míg további egy esetben a helyzet tisztázását és megoldását nem támogató elkerülő stratégia került alkalmazásra.

A megismert vélemény és a nézeteltérések, valamint az alkalmazott konfliktuskezelési módszerek azt is igazolták, hogy az interjúba bevont pedagógusok a státuszkülönbségtől függetlenül, azaz az alacsony, az azonos és a magasabb státuszú személyek vonatkozásában is tudatosan alkalmazták a leghatékonyabb módszereket, amely azonban ellentmond a témával kapcsolatos reprezentatív országos kutatási eredményeknek. Ugyanis, a *Szöke-Milinte Enikő* és munkatársai által végzett hazai 2004-es, a pedagógusok konfliktuskezelési kultúráját feltáró vizsgálat eredményei mást mutatnak. E kutatás szerint a pedagógusok az alacsonyabb státuszú személlyel történt konfliktus esetén zömmel (94,7%) a leghatékonyabb és kis arányban (5,7%) minimális hatékonyságú konfliktuskezelő stratégiákat alkalmaznak. Azonban az azonos státuszú, s még inkább a magasabb státuszú személyek esetében megfordulnak ezek az arányok. Ugyanis az azonos és magasabb státuszú személlyel történt konfliktus esetén a pedagógusok nagyobb hányada (57,7%–62,98 %) már csak a közepes, és több mint harmada (39,7%–37,1%) a minimális hatékonyságú módszereket részesítette előnyben (SZÖKE-MILINTE 2004).

KÖVETKEZTETÉSEK ÉS ÖSSZEGZÉS

A szakirodalmak tanulása szerint megalapozott a közoktatásban a mentálhigiénére építő, az iskola minden szintjét átható egészségfejlesztés. A kutatások ugyanakkor azt mutatják, hogy bár az egészségnevelési programok elkészülnek, mégis a felkínált holisztikus egészségfelfogás helyett az esetek több mint felében főként az egészség fizikai aspektusában gondolkodnak, elhanyagolva annak szociális és lelki dimenzióit. Az iskolák az egészségfejlesztést akcióprogramok és tanítási órák keretében lebonyolítható feladatnak tekintik, melyet az esetek 60 százalékban külső szakemberek bevonásával valósítanak meg, és ebben a tevékenységben az iskolák pedagógusai akár önállóan, vagy szakemberekkel együttműködve is csupán 45 százalékban aktívak.

Saját kvalitatív kutatásunk eredményei is hasonló képet festenek. Csupán a „szervezetfejlesztő iskola” mutatott teljes koherenciát a lelki egészséget prioritásként kezelő felfogásban. A „holisztikus iskolában” is megjelent ennek domináns szerepe az egészség értelmezésében, de nem egységesen, minden interjúalany részéről. A további két vizsgált iskolában az egészség fizikai dimenziójára – tehát a táplálkozásra, testmozgásra, higiénre – alapozott felfogás volt inkább a jellemző. Pedig a pszichés és szociális egészség támogatásával kapcsolatos készségek és képességek fejleszthetők. Ezt igazolja kutatásunk azon eredménye is, mely a pedagógusok által felidézett konfliktushelyzetek jelentős többségében hatékony konfliktuskezelési módszerek választásával járt együtt, bármely státuszcsoporthoz is tartozott a más álláspontot képviselő fél. Szemben Szőke-Milinte kutatási eredményeivel, miszerint az azonos és magasabb státuszú személlyel történő konfrontálódás esetén a pedagógusok az esetek több mint háromnegyed részében közepes vagy alacsony hatékonyságú módszert választanak annak kezelésére. Kedvező saját vizsgálati eredményünkben szerepet játszhatott az a tény, hogy mind a négy vizsgált iskolában több alkalommal tréning keretében fejleszthették a tanárok a konfliktuskezelési készségüket (az interjúból szereztünk tudomást erről), amely az interjúalanyok esetében eredményesnek is bizonyult.

Kutatásunk arra is rámutatott, hogy azokban az iskolákban, ahol az egészségnevelés a lelki egészségre épül, ott koherencia mutatkozik az egészség, az egészségnevelés, a teljesítményértékelés, a szabálytudat és szankcionálás, a kohézió és az iskolai klíma értelmezésében, és hatékony konfliktuskezelési módszerek választásával jár együtt, továbbá áthatja az iskola minden viszonyrendszerét. Ez teljes mértékben a „szervezetfejlesztő iskolában” és nagyrészt a „holisztikus iskolában” volt megfigyelhető. Amennyiben nem ez az iskolai egészségnevelés (sőt egyáltalán a nevelés) alapja, ott a pedagógusfüggő értelmezés és gyakorlat a jellemző, amelyben inkább az aktuális trendeknek megfelelően folynak tovább az egészségneveléssel kapcsolatos akcióprogramok.

IRODALOM

- ENGEL, G. L. (1977): The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. Vol.196. Nr. 4286. 129–136.
- FELVINCZI KATALIN (1998): A mentálhigiéné és az egészségmegőrzés lehetőségei az iskolában. *Iskolakultúra*, 1998, 5. sz. 17–30.
- KAPOSVÁRI JÚLIA (2007): Az iskolai egészségnevelési és környezetnevelési programok megvalósulása a 2004-2005-ös tanévben. www.ogyei.hu/anyagok/iskolaegeszsegugyi-felmeres.pdf (Letöltés ideje: 2009. 05. 02.).
- LOSONCZI ÁGNES (1989): *Ártó-védő társadalom. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó*, Budapest.
- MELEG CSILLA (2002): Iskolai egészségnevelés: a feladat újrafogalmazása. *Magyar Pedagógia*, 102/1, 11–29.
- MELEG CSILLA (2005): Az oktatási – nevelési intézmény, mint pszichoszociális környezet. In ASZMANN ANNA (szerk.): *Iskola-egészségügy. Országos Gyermkegészségügyi Intézet*, Budapest, 40–51.
- NAGY JUDIT (2005): Egészségnevelési programok az iskolai egészségfejlesztés szolgálatában. *Magyar Pedagógia*, 105/4, 263–282.
- PAKSI BORBÁLA – FELVINCZI KATALIN – SCHMIDT ANDREA (2004): Prevenció/ Egészségfejlesztési tevékenység a Közoktatásban. *Kutatási Jelentés az Oktatási Minisztérium megbízásából*. www.nefmi.gov.hu/2005/prevencios-tevekenyseg (Letöltés ideje: 2012.01.09.).
- SÁNTHA KÁLMÁN (2006): *Mintavétel a kvalitatív pedagógiai kutatásban*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- SIMON TAMÁS – ASZMANN ANNA – KAPOSVÁRI JÚLIA (2007): Az iskolai egészségnevelési és környezetnevelési programok megvalósulása a 2004-2005-ös tanévben. www.ogyei.hu/anyagok/iskolaegeszsegugyi-felmeres.pdf (Letöltés ideje: 2009. 05. 02.)
- SZŐKE-MILINTE ENIKŐ (2004): Pedagógusok konfliktuskezelési kultúrája. *Új Pedagógiai Szemle*, 1. sz. 26–39.