

Lippai László¹ – Vitrai József²

¹ Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet, MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

² Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület, MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

Merre tovább a magyar iskolai egészségfejlesztésben?

Az iskolai egészségfejlesztés kérdése számunkra, szerzők számára, elsősorban arról szól, hogy a pedagógiatudományok és az egészségtudományok kölcsönösen pozitív hozadékokkal kecsegtető együttműködése miként valósítható meg hatékonyan a köznevelés mindennapi gyakorlatában.

Bevezetés

A neveléstudományok és az egészségtudományok együttműködésére való társadalmi igény nem újkeletű. Rendre változó prioritásokkal, de az egészséggel kapcsolatos ismeretek, kompetenciák és teendők mindig is részét képezték az intézményesített közoktatásnak és köznevelésnek (Járomi és Vitrai, 2017).

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerteágazó tevékenysége a népegészségügyre vonatkozó kutatási eredmények és szakmai tapasztalatok nemzetközi megosztásának támogatására is kiterjed. A népegészségügyi kutatások és a gyakorlati tapasztalatok is azt mutatják, hogy a lakosság egészségi állapotának javítására vonatkozó célkitűzések megvalósításában a köznevelésnek kiemelt szerepe és jelentősége van. A bölcsődék, óvodák és iskolák rendszerének jelenleg 1,9 milliárd gyermek és serdülő oktatását és nevelését kell ellátnia a Földön. Döntő fontosságú, hogy az egészség és a jóllét kapcsán milyen szemléletmóddal és kompetenciákkal válnak majd felnőtté (WHO, 2021a, 2021b, 2021c).

Mindeközben a köznevelés szempontjából is egyre hangsúlyosabb az egészség és a jóllét témaköre. Egyre több pedagógiai tapasztalat és kutatási eredmény mutat abba az irányba, hogy a köznevelés rendszere akkor tud hatékonyan működni, ha az ott folyó oktató-nevelő tevékenységbe *integráltan* a tanulók, az iskolai dolgozók és a környező közösségek egészségének és jóllétének fejlesztése is megjelenik (WHO, 2021a, 2021b, 2021c; Vilaça és mtsai, 2020; Clarke és mtsai, 2021; Lippai, 2022). Ha a köznevelésben lépéseket teszünk az egészséges életmódhoz, a szociális beilleszkedéshez és az érzelmi egyensúly fenntartásához szükséges tudás és készségek kialakításának és fejlesztésének irányába, az az óvodákat és iskolákat is élhetőbbé és vonzóbbá teszi a gyermekek, a köznevelésben dolgozók és a szülők számára is (WHO, 2021a, 2021b, 2021c). Ez jelentős segítséget jelent a köznevelés rendszerének működtetésében és a köznevelési célkitűzések megvalósításában is.

Nagy társadalmi jelentőségű népegészségügyi vészhelyzetek esetében újra és újra megjelenik a köznevelés szerepének, jelentőségének és felelősségének kérdése. Napjainkban, a koronavírus-járványok idején is kimutatható volt, hogy az iskolázottság mértéke döntő jelentőségű volt abban, hogy a lakosság ismeri-e a népegészségügyi vészhelyzetek kezeléséhez szükséges teendőket, érti-e azok jelentőségét és fontosságát, és

hajlandó-e megvalósítani azokat a mindennapos tevékenységei során, mely tényezők nagymértékben befolyásolták a járványügyi beavatkozások hatékonyságát és sikerességét (Siddiquea és mtsai, 2021).

Másfelől, a fenti vészhelyzeteken túl azzal a problémával is folyamatosan szembesülünk, hogy a korszerű egészségtudományi és egészségfejlesztési ismeretek és készségek nem szervesülnek kellő mértékben a lakosság mindennapi életvitelébe. Bár elmondható, hogy ez nemzetközi szinten is kimutatható probléma (WHO, 2021a), Magyarország esetében ez a kérdéskör kiemelt figyelmet érdemel (Vitrai, 2022). A magyar lakosság várható élettartama jelentősen elmarad az Európai Unió átlagától. A magyar egészségügyi országprofil alapján 2020-ban megállapítható volt, hogy a magyar lakosok átlagosan öt évvel éltek rövidebb ideig az uniós átlaghoz képest (Vitrai, 2022). Ebben az évben a megelőzhető okokból bekövetkező halálozások aránya is duplája volt az uniós átlagnak (Vitrai, 2022). Ezek a kedvezőtlen mutatók nagyrészt annak köszönhetőek, hogy a 16 évesnél idősebbek esetében a lakosság negyztizedének van krónikus betegsége vagy más tartós egészségi problémája. Ez az EU tagállamokkal és a V4 országok arányaival összevetve is magas ráta (KSH, 2019). Ez a helyzet nem újkeletű, mint ahogy az a felismerés sem, hogy a lakosság életmódjának egészségesebbé válásával ez a helyzet jelentősen javítható lenne (vö. Somhegyi, 2016).

A magyar lakosság egészségét érintő aktuális teendőkkal, és a hosszútávú, tehát az egészségmagatartásból következő krónikus betegségek megelőzésével tehát kiemelten kell foglalkozni, mégpedig másként, mint ahogy az eddig történt (Vitrai és mtsai, 2021). E feladat hatékony, társadalmi szintű kezeléséhez a népegészségügyi és a köznevelési szervezetek és szakemberek más alapokra helyezett, rendszerszintű együttműködése is szükséges.

Magyarországon jelenleg ez a törekvés a teljeskörű intézményi egészségfejlesztés (TIE) égisze alatt, rendeletekben és jogszabályokban rögzített módon jelenik meg. Az egyik meghatározó köznevelési rendelkezés a 20/2012. (VIII. 31.) EMMI-rendelet, melynek X. fejezete részletesen előírja, hogy a tanulók egészsége, biztonsága kapcsán a köznevelési intézményeknek a helyi pedagógiai program részét képező egészségfejlesztési programmal kell rendelkezniük, melyben az egészségfejlesztéssel kapcsolatos feladatokat koordinált, nyomon követhető és mérhető módon kell megtervezni (Somhegyi, 2018).

A magyar lakosság várható élettartama jelentősen elmarad az Európai Unió átlagától. A magyar egészségügyi országprofil alapján 2020-ban megállapítható volt, hogy a magyar lakosok átlagosan öt évvel éltek rövidebb ideig az uniós átlaghoz képest (Vitrai, 2022). Ebben az évben a megelőzhető okokból bekövetkező halálozások aránya is duplája volt az uniós átlagnak (Vitrai, 2022). Ezek a kedvezőtlen mutatók nagyrészt annak köszönhetőek, hogy a 16 évesnél idősebbek esetében a lakosság negyztizedének van krónikus betegsége vagy más tartós egészségi problémája. Ez az EU tagállamokkal és a V4 országok arányaival összevetve is magas ráta (KSH, 2019). Ez a helyzet nem újkeletű, mint ahogy az a felismerés sem, hogy a lakosság életmódjának egészségesebbé válásával ez a helyzet jelentősen javítható lenne (vö. Somhegyi, 2016).

Ez több szempontból is korszerű intézkedés. Összhangban van azokkal a – tanulmányunkban is bemutatott – nemzetközi trendekkel, melyek szerint minden iskolának egészségfejlesztő iskolává kellene válni (WHO, 2021a), amit az egészségfejlesztés intézményesülését segítő jogi szabályozással is érdemes támogatni. Fontos kiemelni, hogy e jogszabály alkalmazásának megkönnyítése érdekében a köznevelési intézmények vezetői és pedagógusai számára módszertani ajánlásokat küldtek ki, módszertani tudásbázisok kidolgozására került sor, és nagy volumenű pedagógus-továbbképzések zajlottak e témában (vö. Somhegyi, 2016; EMMI, 2016; Somhegyi, 2022). Egészségfejlesztési szempontból viszont nagyon fontos, hogy a köznevelési intézmények ne csak a „törvény betűjének” betartására törekedjenek, hanem abban a *szellemiségben* tudjanak működni, melyben ez a jogszabály íródott. És e téren szakmai szempontból van még bőven tennivaló. Ebben segítségünkre lehet, ha megismerkedünk a közelmúltban készült nemzetközi anyagokkal, melyek az iskolai egészségfejlesztés közös módszertani alapjaira tesznek javaslatokat. Úgy gondoljuk, hogy e nemzetközi szakmai anyagok Magyarországon is jó alapot jelentenek a köznevelésben megvalósuló egészségfejlesztés ügyében a „következő lépések” megfogalmazására.

Tanulmányunkkal elsősorban az e téma iránt érdeklődő pedagógusok, iskolaegészségügyi szakemberek, iskolai vezetők és döntéshozók számára szeretnénk szakmai kontextusba helyezni a köznevelésben megvalósuló egészségfejlesztés aktuális kérdéseit.

Az egészségfejlesztés célja, szemléletmódja és társadalmi jelentősége

Az 1970-es évek elején, az akkori kanadai egészségügyi miniszter, Marc Lalonde megbízásából nagyhatású interdiszciplináris vizsgálatsorozat indult. Ez a kutatás mutatott rá először arra a jelenségre, hogy a lakosság jelentős része az egészségről *dichotóm* módon, tehát az „egészség” és a „betegség” éles megkülönböztetésével gondolkodik. A Lalonde-jelentés kimutatta, hogy ez a gondolkodásmód jelentősen beszűkíti a lakosság felelősségvállalását a saját életmódjának egészségére gyakorolt hatásaival kapcsolatban. Hiszen, ha valaki önmagát az „egészséges” kategóriába tartozónak tekinti, akkor úgy véli, hogy vele „minden rendben”, tehát semmi teendője sincs az egészségével kapcsolatban. Ha viszont „betegnek” tekinti magát, akkor elvárja, hogy „mentsék meg” az egészségügyi szakemberek, és úgy véli, hogy neki személy szerint semmit sem kell tennie egészségének helyreállítása érdekében (Lalonde, 1974). Következésképpen az emberek egyik esetben sem érzik szükségesnek azt, hogy bármit is tegyenek saját egészségük érdekében.

Ez az attitűd népegészségügyi és társadalmi szempontból hátrányos. Már a Lalonde-jelentésben is megfogalmazódott, különösen a krónikus betegségek és az egészségkárosító magatartásformák esetében, hogy mire egy egészségi probléma az egészségügy látókörébe kerül, addigra az évek, évtizedek óta fennálló káros szokások, viselkedéselemek, környezeti hatások következtében kialakuló egészségromlás már jelentős mértékű, és a legjobb esetben is csak részben fordítható vissza (Lalonde, 1974). Ez hazánkban aktuálisan is probléma, amit egyértelműen jelez az az adat, hogy a magyar lakosság közel felének van olyan krónikus betegsége, amely egészségesebb életmóddal javarészt megelőzhető vagy kordában tartható lenne (KSH, 2019).

A Lalonde-jelentés arra is rámutat, hogy ez a helyzet népegészségügyi paradoxont rejt magában: *egyfelől* a lakosság életmódjának döntő hatása van az egészségügyi ellátórendszer leterheltségére és hatékonyságára, *másfelől* az emberek jelentős része nem törődik életvitelének egészségére gyakorolt hosszútávú következményeivel, és erre viszont az egészségügyi ellátórendszernek csak minimális ráhatása van. E paradoxon feloldására született javaslatként az *egészségfejlesztés*, melynek célja, hogy az „egészségesek”

körében is legyen társadalmi szintű ráhatásunk arra, hogy egészségesebb életmódot folytassanak (Lalonde, 1974; Tarkó, 2019).

Hamar világossá vált, hogy az egészségfejlesztés megvalósítása a politika, a tudomány és az egészségügyi ellátórendszer szemléletváltását is igényli (Benkő, 2005). E szemléletváltás központi eleme, hogy az egészséget kezdjük el olyan önálló jelenségnek tekinteni, mely nem vezethető le közvetlenül a kóros folyamatok megértéséből. Bár az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1949-es alapdokumentuma is kifejti, hogy „az egészség nem a betegség hiánya, hanem a testi, lelki és szociális jóllét állapota” (idézi Benkő, 2005. 15.), mégis több évtizednek kellett eltelnie ahhoz, hogy a patológiás folyamatok megértésére fókuszáló biomedicinális szemléletmód mellett az egészség jelenségének közvetlen, integratív, multidiszciplináris vizsgálata is megkezdődjön (Benkő, 2005).

Egy rövid példán keresztül szeretnénk szemléltetni e szemléletmódváltás jelentőségét. Martin Seligman és Csíkszentmihályi Mihály a pozitív pszichológia tudományterületének kezdeményezőiként nagyon szemléletesen mutatják be, hogy a tudományos pszichológia megközelítőleg száz év alatt ugyan közelebb került az emberi szenvedés pszichológiai aspektusainak megértéséhez és enyhítéséhez, ez a tudás azonban egyáltalán nem visz közelebb bennünket ahhoz, hogy az értelmes és boldog emberi életre vonatkozó tudományos ismereteink gyarapodjanak. Ebből vonták le azt a következtetést, hogy szükség van egy olyan tudományterületre a pszichológián belül, amely dedikáltan a pozitív érzelmek, az emberi erények és a boldog élet pszichológiai aspektusaival foglalkozik (Seligman és Csíkszentmihályi, 2000).

A pszichológián belüli kezdeményezés jól beleillik az egészségtudományokban megjelenő szalutogenetikus szemléletváltás folyamatába. A szalutogenetikus megközelítés meghatározó alakja Aaron Antonovsky, aki a patológiás folyamatok megismerése mellett az egészség eredete megértésének fontosságát hangsúlyozza. Szalutogenetikus modellje az egészséget önálló jelenségnek kezeli, annak biológiai, pszichés, társas, társadalmi, gazdasági, ökológiai és spirituális összetettségét rendszerszemléleti keretben ragadja meg. Az egészség legfőbb sajátosságának azt tekinti, hogy az ember helyén érzi magát ebben az összetett környezetben, amit a harmónia, az összhang – Antonovsky kifejezésével a „koherencia-érzet” – szubjektív élményén keresztül él meg (Antonovsky, 1985; Skrabski, Kopp, Rózsa és Réthelyi, 2004; Benkő, 2019).

A pszichológián belüli kezdeményezés jól beleillik az egészségtudományokban megjelenő szalutogenetikus szemléletváltás folyamatába. A szalutogenetikus megközelítés meghatározó alakja Aaron Antonovsky, aki a patológiás folyamatok megismerése mellett az egészség eredete megértésének fontosságát hangsúlyozza. Szalutogenetikus modellje az egészséget önálló jelenségnek kezeli, annak biológiai, pszichés, társas, társadalmi, gazdasági, ökológiai és spirituális összetettségét rendszerszemléleti keretben ragadja meg. Az egészség legfőbb sajátosságának azt tekinti, hogy az ember helyén érzi magát ebben az összetett környezetben, amit a harmónia, az összhang – Antonovsky kifejezésével a „koherencia-érzet” – szubjektív élményén keresztül él meg (Antonovsky, 1985; Skrabski, Kopp, Rózsa és Réthelyi, 2004; Benkő, 2019).

Az egészségfejlesztő szemléletmód központi eleme a szalutogenetikus megközelítés, ezért az egészség mint erőforrás mindennapi életünkben történő felismerése és fejlesztése központi kérdés (Eriksson és Lindström, 2008). Ezért mondhatjuk, hogy az egészségfejlesztés az összes „nem terápiás” egészségjavító tartalom, tevékenység és módszer gyűjtőfogalma (Benkő, 2019).

A WHO 1986-ban megrendezte az első nemzetközi egészségfejlesztési konferenciát, melynek résztvevői az Ottawai Chartában összegezték a konferencia tanulságait (WHO, 1986). Ebben meghatározták, hogy az „egészségfejlesztés [*health promotion*] az a folyamat, amely képessé teszi az embereket egészségi állapotuk fokozottabb ellenőrzésére és javítására. A teljes fizikai, szellemi és szociális jóllét állapotának elérése érdekében az egyéneknek és közösségeiknek képesnek kell lenniük vágyaik felismerésére és megvalósítására, szükségleteik kielégítésére, környezetük megváltoztatására, illetve az ahhoz való alkalmazkodásra. Az egészségre tehát a mindennapi élet erőforrásaként, nem pedig életcélként kell tekinteni. Az egészség a társadalom és az egyén erőforrásait, valamint a fizikai képességeket hangsúlyozó pozitív fogalom. Vagyis az egészségfejlesztés nem kizárólag egészségügyi kérdés, hanem az egészséges életmódon túlmenően a jól-létet is magában foglalja” (WHO, 1986; magyar fordítását ld. Benkő és Tarkó, 2005. 163.).

Az egészségfejlesztés tehát az egész társadalomra irányul, nem csupán elkülönítetten a veszélyeztetett csoportokra, noha ők sem marad(hat)nak ki az egészségfejlesztő törekvésekből (Benkő, 2005).

Az egészségfejlesztés képviseli és alkalmazza azt az elvet, miszerint az egészség nem csupán az egészségügyi ellátórendszer felelőssége. Az egészségfejlesztő szakemberek, kutatók arra törekcsenek, hogy feltárják az egészséget befolyásoló okok és feltételek igen széles körét és azok kölcsönhatásait. Egyetlen szak- vagy tudományterület sem képes önmagában leképezni az egészségesélyeket alakító ökológiai, társadalmi, gazdasági, társas, pszichés, élettani és genetikai tényezők sokféleségét és összetett rendszerét (vö. Grossmann és Scala, 2004; Benkő, 2005).

Az egészségfejlesztés végső célja a lakosság egészségesélyeinek javítása. Ezért nemcsak az fontos, hogy *mi történik* a lakossággal, hanem az is ugyanolyan lényeges, hogy a lakosság *mennyire teszi magáévá az egészségfejlesztési törekvéseket*, mennyire sikerül azokat az egyének, családok, közösségek és végső soron a lakosság mindennapi életének szerves részévé tenni (Benkő, 2005).

Grossmann és Scala (2004) arra is rámutatnak, hogy ha az egészségfejlesztést valóban ki akarjuk terjeszteni a társadalmi élet minden területére, akkor a társadalom összes szektorára kell hatást gyakorolnunk, mégpedig az adott szektor szervezeteiben megvalósuló egészségfejlesztésen keresztül.

A társadalmi élet összetettsége miatt azonban figyelembe kell vennünk az egyes szektorok működési sajátosságait is, és gyakran olyan szektorközi kooperáció kiépítése is indokolt, amelyre más társadalmi feladatok esetében nincs szükség (Grossmann és Scala, 2004).

Az egészségfejlesztő iskolákra vonatkozó nemzetközi, globális standardok

Egészségfejlesztésre tehát nemcsak a köznevelésben van szükség, hanem a gazdaságban, a családokban, a politikában, a tudományban és az egészségügyben is (WHO, 1986). Ebben a szalutogenetikus egészségfejlesztő szemléletmód jelenti a közös nevezőt, a célkitűzések és módszerek kidolgozásakor azonban nagyon is szükséges az adott társadalmi alrendszer sajátosságaira építeni.

Nincs ez másként a köznevelésben megvalósuló egészségfejlesztés esetében sem, melynek fő célkitűzése az, hogy a köznevelés társadalmi alrendszerébe beépüljön az

egészségfejlesztő szemléletmód. Ezt fejezi ki a WHO (2021a, 2021b, 2021c) szakmai anyagának címe is: *Tegyünk minden iskolát egészségfejlesztő iskolává*. Ez is mutatja, hogy az egészségfejlesztő iskola nem egy specializált iskola, ahogy azt pl. a művészeti oktatásra vagy sportra specializált iskolák esetében már megszokhattuk.

Ez a folyamat több mint három évtizede zajlik a világban (WHO, 2021a) és Magyarországon is (Benkő, 1993; Benkő és Erdei, 2003; Benkő, 2011; Tarkó, 2013; Benkő és Tarkó, 2020). Messze vagyunk azonban attól, hogy ezt a folyamatot befejezettnek tekinthessük. Az elmúlt három évtized tudományos eredményei és szakmai tapasztalatai azonban lehetővé tették, hogy egy lépéssel közelebb kerüljünk ahhoz, hogy valóban minden iskola egészségfejlesztő iskolává válhasson. Ezt a *társadalmi* folyamatot a WHO (2021a) az *egészségfejlesztő iskolákra*¹ vonatkozó globális standardok rendszerében összegezte.

Az iskolai egészségfejlesztésre vonatkozó korszerű szakmai standardok kidolgozását egyrészt az tette lehetővé, hogy egyre több és egyre megbízhatóbb kutatás zajlik a gyermek- és serdülőkori jóllét meghatározó területeinek meghatározására (Ross és mtsai, 2020; Clarke és mtsai, 2021; Lippai, 2022). Azzal, hogy tudományos alapon is kimondhatjuk, hogy a gyermekek és serdülők jólléte leginkább a jó fizikális egészség és az optimális táplálkozás, a szociális beilleszkedettség-érzés, a biztonságos és támogató családi, iskolai és közösségi környezet, a kompetenciafejlődés, valamint a reziliencia függvényében alakul, az iskolai egészségfejlesztés célkitűzései is világosabbá tehetők. A gyermekek és serdülők jóllétének szalutogenetikus megközelítése, vagyis amikor azt helyezzük előtérbe, hogy mikor fejlődnek az egészség és jóllét irányába a fiatalok, támpontokat ad ahhoz, hogy a prevenció *mellett* milyen kompetenciaalapú egészségfejlesztési törekvésekre van szükség és lehetőség a köznevelésben.² És ebből az is megállapítható, hogy bár a következmények jórészt az egészségügyi ellátórendszert terhelik majd, ezeknek a jólléti aspektusoknak a fejlesztéséhez nemcsak egészségügyi kompetenciák szükségesek. Ha a köznevelés foglalkozik a tanulók egészségével és jóllétével, akkor azok tanulmányi eredménye is jobb lesz, fizikailag és érzelmileg is biztonságosabbá válik az iskolai környezet, növekszik a tanulók teherbírása, és elkötelezettebbek lesznek iskolai feladataik iránt (WHO, 2021a, 2021b, 2021c).

Népegészségügyi és egészségpszichológiai kutatásokból is tudjuk, hogy a kockázatkereső egészségmagatartás – főként serdülőkorban – életkori sajátosság (Kulcsár, 2002; Németh, Horváth és Várnai, 2019). Ebből adódóan az egészségkockázatok tudatosítására irányuló, tradicionális egészségnevelési módszereket alkalmazó prevenciónak³ meglehet az a veszélye, hogy inkább kockázatkereső magatartást hív elő a fiatalokból (Kis, 2019; Mátó, 2019). *Ezért önmagában nem elegendő az egészségkockázatokra vonatkozó egészségműveltség gyarapítása, és sokkal nagyobb prioritást kell kapnia az egészséges életmódra való szocializálásnak* (Benkő, 1995; Meleg, 1999; Buda, 2005; Eriksson és Lindström, 2008). Az egészségfejlesztő iskolák koncepciója erre irányul. Alapelvei és módszertana már több évtizede létezik, mégis, folyamatosan működő és fenntartható egészségfejlesztő iskolai rendszert még egy országban sem sikerült teljes mértékben kialakítani. Bizonyos elemei néhány országban már megvalósultak, de teljesen kiépült koherens rendszerről még sehol sem beszélhetünk. Fokozottan szükséges tehát a nemzetközi tapasztalatcsere, amit a WHO azzal kíván segíteni, hogy különböző országok „jó gyakorlatának” mozaikjából kialakított egy egységesnek tekinthető rendszert (WHO, 2021a, 2021b, 2021c).

A WHO az egészségfejlesztő iskolák globális standardjainak kidolgozásával olyan szakpolitikai és minőségfejlesztési keretet tudott biztosítani, amivel reális képet kaphatunk az iskolai egészségfejlesztés aktuális helyzetéről, továbbá valós szakmai és szakpolitikai célok megfogalmazásához is támpontot nyújt. Erre azért is szükség van, mert az iskolai egészségfejlesztés jelentős társadalmi befektetésnek tekinthető. Bármiféle beruházásról van szó, a ráfordítások megtérülése jogos igény. Nincs ez másként

az iskolai egészségfejlesztés esetében sem. A szakmai és politikai döntéshozóknak a „van-helyzet” ismeretében dönteniük kell a rendelkezésükre álló erőforrások felhasználásáról, és indikátorok használata révén monitorozzák a ráfordítások megtérülését és hasznosulását is. Egyre több tudományos érvelés mellett, hogy az iskolai egészségfejlesztés *megtérülő társadalmi befektetés*, ami a megvalósítás során szerzett tapasztalatok alapján még inkább azzá tehető. Ezt a minőségbiztosítási folyamatot a WHO globális standardjai nagymértékben segítik (WHO, 2021a, 2021b, 2021c).

Az egészségfejlesztési beavatkozások kapcsán visszatérő kérdésnek tekinthető, hogy ki legyen a szükséges változás „motorja”, melyik szervezet vagy milyen szakemberek facilitálják vagy vezessék a szemléletváltási folyamatot. Nincs ez másként az iskolai egészségfejlesztés esetében sem. Kiemelten lényegesnek tartjuk, hogy a WHO szakanyaga világossá teszi: *az iskolai egészségfejlesztésnek a köznevelés rendszerébe és felelősségi körébe ágyazottan kell megvalósulnia*. Ez az ajánlás implikálja, hogy az iskolai egészségfejlesztés nem kiszervezhető köznevelési feladat, tehát az iskolák vezetőségét, a vezető pedagógusokat, pedagógusokat és nem oktató iskolai dolgozók is tájékozottabbá és kompetensebbé kell tenni az egészségfejlesztés témájában. Azonban legalább ennyire fontos, hogy ebben a feladatban a köznevelési szakemberek minden szükséges külső támogatást megkapjanak.

Másként fogalmazva, még a legelkötelezettebb óvodákat és iskolákat is „helyzetbe kell hozni”, megfelelő működési feltételeket, szabályozási háttért, „belső” szakembereket és „külső” szakmai támogatást biztosítva. Ez olyan léptékű szakmaközi és szakmapolitikai kooperációt igényel, amelyre jelenleg nincs példa. A WHO globális standardjai az ehhez szükséges szakmapolitikai és módszertani kereteket vázolják fel.

Másfelől, az egészségfejlesztő iskola lényege a szemléletmódváltás: az, hogy iskolák mint szervezetek gondolkodásmódja, értékrendje, formális és informális normái és szokásai úgy változzanak, ami az egészség értékét és értékességét támogatja. Ebben a változásban vannak és kellnek is partnerek az iskolák számára, de alapvetően a köznevelésen belül kell a változásnak bekövetkeznie. Egy mindenki számára új szervezeti tudás kialakítására van tehát szükség, de a tudás hordozója és felelőse is a köznevelési szervezet.

Ezt támasztja alá a WHO (2021a) glosszáriuma is, amely – többek közt – az egészségnevelés és iskolai egészségfejlesztés *terminus technicusait* is meghatározza. Az *egészségnevelés* a WHO (2021a) meghatározásában az egészséges életmódhoz, az egészségkockázatokhoz és az egészségműveltséghez kapcsolódó tudást közvetítő tanulási tapasztalatok rendszerét foglalja magába. *Az egészségfejlesztő iskola* alatt viszont az egész iskolára

Az egészségnevelés a WHO (2021a) meghatározásában az egészséges életmódhoz, az egészségkockázatokhoz és az egészségműveltséghez kapcsolódó tudást közvetítő tanulási tapasztalatok rendszerét foglalja magába. Az egészségfejlesztő iskola alatt viszont az egész iskolára kiterjedő, folyamatos szervezeti törekvést értünk, mely arra irányul, hogy az iskola biztonságosabb és egészségesebb színtérré váljon (WHO, 2021a). A két fogalom nyilvánvalóan összefügg egymással. Kapcsolatuk talán úgy szemléltethető, hogy az egészségnevelés elsősorban az individuális tanulásra fókuszál, főként arra, hogy az egyén tudása, képességei, készségei, attitűdje és autonóm döntései vonatkozásában milyen tanulási eredmények valósultak meg.

kiterjedő, folyamatos szervezeti törekvést értünk, mely arra irányul, hogy az iskola biztonságosabb és egészségesebb szintérré váljon (WHO, 2021a). A két fogalom nyilvánvalóan összefügg egymással. Kapcsolatuk talán úgy szemléltethető, hogy az egészségnevelés elsősorban az individuális tanulásra fókuszál, főként arra, hogy az egyén tudása, képességei, készségei, attitűdje és autonóm döntései vonatkozásában milyen tanulási eredmények valósultak meg. Az egészségfejlesztő iskola integrálja magába ezt az egészségnevelési feladatkört, de fókusza az egészségfejlesztő szemléletmódon alapuló szervezeti tanuláson van, tehát annak kitapasztalásán, hogy milyen szervezeti szokások, normák, szabályok és körülmények biztosítják vagy biztosítanak *aktuálisan* az iskolai közösség tagjainak egészségét és jóllétét.

Az egészségfejlesztő iskola lényegét jelentő szervezeti tanulás sajátos módszertani irányelvek révén valósulhat meg maradéktalanul. Ezek az alábbiakban foglalhatóak össze (WHO, 2021a).

Egyrészt, az egészségfejlesztő iskolai koncepció *megvalósítása inkluzív és pártatlan*. Tehát a teljes iskolai közösségre kiterjed, és az iskolai élet összes szereplőjét szem előtt tartja. A tanulók éppúgy szerves részét képezik, mint a pedagógusok, iskolai dolgozók, iskolaegészségügyi dolgozók, szülők és az iskolával együttműködő további partnerek. De a teljes iskolai közösségbe számítjuk az – állami, egyházi vagy civil – fenntartó és szabályozó szervezeteket is.

Másrészt, az egészségfejlesztő iskolai koncepció szakpolitikai megvalósítása *a köznevelési szektorba ágyazottan* történik. Ez olyan társadalmi és politikai döntések, jogszabályok, előírások és egyéb kormányzati eszközök révén valósul meg, amelyek lehetővé teszik az egészségfejlesztő iskolai tevékenységek jogszerű megvalósítását, menedzselését, monitorozását és fenntartását. Ez kiterjed pl. az erőforrásallokációjára, a pedagógusképzésre, a pedagógusok szakmai továbbképzésére, az információs hálózat és a teljesítményértékelés rendszerének működésére is. E feladatban a köznevelési szektor minden szintjén vannak teendők, melyben a helyi önkormányzatnak, a járási, megyei és regionális köznevelési és kormányzati szervezeteknek éppúgy vannak teendői, mint az országos hatókörű szereplőknek.

Harmadrészt, az egészségfejlesztő iskola *az egész iskolára kiterjedő megközelítés* alapján működik. Az egész iskolára kiterjedő megközelítés (*whole-school approach*) lényege az, hogy a tantermi tanulást és tanítást *kibővítvé* az iskolai élet minden aspektusát áthatja. Nemcsak a tananyagokat és oktatási módszereket foglalja magába, hanem az iskola vezetésével, a tágabb közösséggel és partnerekkel való együttműködéssel és az iskola mint létesítmény üzemeltetésével kapcsolatos kérdéseket is, beleértve ebbe az infrastruktúrát, eszközöket, de akár az iskolai élet időbeosztását is.

Negyedrész, az egészségfejlesztő iskola megvalósítása az összes érintett bevonásával történik, különös tekintettel a tanulókra, a szülőkre és gondviselőkre. Az egészségfejlesztő iskolai koncepció fontos eleme, hogy az iskolai élet szereplői *ne passzív elszenvedők, hanem inkább aktív alakítók* legyenek a szervezeti tanulásban. Ez nem a szervezeti hierarchiával járó jogok, kötelezettségek és felelősség feladását jelenti, hanem a szervezeti döntéshozatali és megvalósítási folyamatok újragondolását foglalja magába.

Ötödész, az egészségfejlesztő iskola megvalósulása ismétlődő és folyamatos. Szókratész parafrázisával élve, az iskolában az egészség nem egyetlen tetten, hanem az iskolai szokások összességén múlik. Ettől még megmarad az egyszerű iskolai akciók, projektek haszna és módszertani jelentősége, de az egészségfejlesztő iskoláknak fontos szem előtt tartaniuk, hogy a végső cél az, hogy az iskolák napi működésébe az egészségfejlesztő szemléletmód progresszíven beágyazódjon (WHO, 2021a).

A WHO (2021a) az egészségfejlesztő iskolák működésére vonatkozóan az alábbi globális standardokat határozta meg.

1. standard: Az országos, a regionális és a helyi (ön)kormányzati politika is elkötelezett az egészségfejlesztő iskolák ügye iránt, konkrét lépéseket tesz és erőforrásokat fordít arra, hogy minden iskola egészségfejlesztő iskola legyen (WHO, 2021a). Ha egy konkrét iskoláról gondolkozunk, akkor ez a standard vonatkozik az iskola intézményi sajátosságaira, vagyis arra a társadalmi és politikai környezetre, amelyben az iskola működik. A többi standard már az egy-egy adott iskolára értelmezendő.
2. standard: Az iskola szervezeti felépítése és működése tükrözi az egészségfejlesztés *egész iskolára kiterjedő megközelítése* iránti elköteleződést, tehát az egészségfejlesztő iskolaként való működésre vonatkozóan konkrét irányelvek, szabályok és erőforrások vannak, melyek alkalmazását és felhasználását az iskola rendszeresen értékeli és felülvizsgálja. Ez a folyamat a tanulók, az iskola oktatói és nem oktatói munkatársai, valamint a helyi közösség számára is átlátható és nyomon követhető (WHO, 2021a).
3. standard: Az iskola vezetése elkötelezett az egészségfejlesztés *egész iskolára kiterjedő megközelítése* iránt. Az egészségfejlesztő iskolai feladatokhoz kapcsolódó felelősségi körök meghatározása egyértelmű. Az iskola vezetősége vezetési kompetenciák és egészségfejlesztési tudás szempontjából is felkészült a feladat ellátására. Az egészségfejlesztő iskola működéséhez kapcsolódó döntéshozatali folyamatokban a tanulók, a szülők és más érintett partnerek (*stakeholder*) részvétele is biztosított (WHO, 2021a).
4. standard: Az egészségfejlesztő iskola aktív tagja annak a helyi közösségnek, ahol működik. A vezetősége elkötelezett és nyitott a helyi közösségben azonosítható partnerekkel való együttműködésre (WHO, 2021a).
5. standard: Az iskola pedagógiai programja támogatja a tanulók egészségének és jóllétének fizikális, szocio-emocionális és pszichológiai aspektusait. Az iskola oktatói és nem oktatói dolgozói szakmailag felkészültek a tanterv megvalósítására (WHO, 2021a).
6. standard: Az iskolának világosan megfogalmazott és az iskolai közösség minden tagja felé egyértelműen kommunikált elvárásai vannak arra, hogy az iskolában megjelenő társas kapcsolatok (pl. tanuló-tanuló, tanár-tanuló, tanár-szülő, tanár-tanár, stb.) mikor tekinthetők biztonságosnak és támogatóknak. Az ilyen jellegű kapcsolatok kialakulását tudatosan segíti, erőforrásokat biztosít a társas kapcsolatok fejlesztésére. Ugyanakkor rendelkezik arra vonatkozó eljárásrendekkel is, ha bizonyos emberi kapcsolatok nem ebbe az irányba alakulnak (WHO, 2021a).
7. standard: Az iskolai irányelvek biztosítják, hogy az iskolai közösség minden tagja számára biztonságos és egészséges fizikai környezetet nyújt az iskola épülete. Ebbe az épületek akadálymentesítése éppúgy beletartozik, mint a higiénés körülmények, vagy a tűz- és balesetvédelmi előírások szükséges mértékű kidolgozottsága és alkalmazása (WHO, 2021a).
8. standard: Minden tanulóknak hozzáférése van az iskoláskorúakat érintő vagy az iskolában található egészségfejlesztő és egészségügyi szolgáltatásokhoz, melyek felszereltsége kellő mértékű, és képzett szakemberek működtetik. A WHO megközelítése alapján a tanulókat érintő egészségfejlesztő és egészségügyi szolgáltatások széleskörűek, ide tartozik az egészségfejlesztés, egészségnevelés, szűrővizsgálatok, preventív beavatkozások, de a lelki egészséghez, a szexuális és reprodukív egészséghez vagy a balesetvédelemhez kapcsolódó orvosi diagnosztika és ellátás is (WHO, 2021a).

A WHO (2021a, 2021b) az egészségfejlesztő iskola globális standardjait részletesen is kifejti, indikátorokra és megvalósítási szempontokra bontva. Ezek részletes bemutatására most nem kerítünk sort, mert az már meghaladná jelen tanulmányunk formai és tartalmi kereteit.

A WHO (2021a, 2021b) globális standardjai az egészségfejlesztő iskolák ágazati szintű feltételeit és sajátosságait fogalmazzák meg a köznevelés rendszerében. Maga a dokumentum is jelzi, hogy a köznevelési szektort működtető politikusok, szakpolitikusok és

döntéshozók számára készült anyagról van szó. (Az iskolák vezetősége és a pedagógusok számára szükséges módszertani támpontokért a WHO [2021] is például a következő fejezetben bemutatásra kerülő Iskolák az Egészségért Európában Hálózat keretében készült útmutatókat ajánlja.)

Miért tartottuk mégis fontosnak a WHO egészségfejlesztő iskolákra vonatkozó globális standardjainak bemutatását?

Egyfelől, mert jól tükrözi az évtizedek óta fennálló – korábban már említett – népegészségügyi paradoxont. Az egészségügyi ellátórendszerben kompetens Egészségügyi Világszervezet próbál lendületbe hozni egy olyan társadalmi alrendszert, melyre közvetlen ráhatása nincs, viszont óriási a népegészségügyi jelentősége. Fontos, hogy a köznevelésben is megismerjük ezt a nézőpontot. Fontos, hogy a pedagógusok felismerjék, hogy az egészségfejlesztő iskolákban nem orvosra, nővérré vagy gyógyszerészre kell válniuk, „csupán” fel kell ismerniük azt, hogy pedagógusi tevékenységük és az iskolai milió milyen kiemelkedő mértékben képes alakítani az egyes nemzedékek egészségmagatartását és egészségeséyleit, hogy tudatosabban lehessen élni azokkal a lehetőségekkel, amit a köznevelés biztosítani tud.

Másfelől a WHO (2021a) a köznevelésben dolgozó igazgatók, vezető pedagógusok számára fontos iránymutatást tartalmaz annak vonatkozásában, hogy milyen társadalmi környezet kedvező igazán az egészségfejlesztő iskola megvalósításához. Erre az egyes iskoláknak jellemzően kevés ráhatásuk van, de fontos felmérniük és számításba venniük az adott társadalmi környezetet, hogy ahhoz alkalmazkodva tudják terveiket valóra váltani.

A WHO (2021a) globális standardjai tehát az iskolai egészségfejlesztés társadalmi környezetére kívánnak elsősorban hatni. A dokumentum is jelzi, hogy az iskolák vezetősége és a pedagógusok számára szükséges módszertani támpontok nem ebben az anyagban, hanem például az Iskolák az Egészségért Európában Hálózat útmutatóiban találhatóak.

Az is megállapítható, hogy a WHO (2021a) globális standardjai az ideális feltételeket fogalmazzák meg. Hangsúlyozandó azonban, hogy a globális standardok felé tett minden egyes társadalmi vagy szervezeti lépéssel közelebb kerülünk a fenntartható iskolai egészségfejlesztés rendszerének kialakításához.

Egészségfejlesztő hálózat iskolák számára

Az Iskolák az Egészségért Európában Hálózat⁴ (Schools for Health in Europe Network Foundation, a továbbiakban SHE) szintén arra a kiindulópontokra épít, hogy a köznevelés és az egészségfejlesztés kérdése összefonódik egymással. A SHE módszertani kézikönyve már a köznevelésben dolgozók számára íródott, azzal a céllal, hogy az iskolák egészségfejlesztési koordinátorait, igazgatóit, pedagógusait és nem oktató dolgozóit, magukat a diákokat és az iskolák közösségi partnereit bátorítsa az iskolai egészségfejlesztésre (Vilaça és mtsai, 2020).

A két dokumentum – a WHO (2021a) és a SHE (Vilaça és mtsai, 2020) –, bár függetlenül készült, nagyon is jól kiegészítik egymást. A WHO (2021a) fókuszja az egészségfejlesztő iskolák társadalmi, politikai és szakmapolitikai környezetének rendszerszemléletű alakításán van, tehát elsősorban politikai és elméleti szempontokat képvisel az egészségfejlesztő iskolák fenntartható rendszerének kialakítása érdekében. A SHE kiindulópontja más, hangsúlya az iskolai élet gyakorlatán van, azon, amit az adott közösség az adott körülmények között aktuálisan megtehet azért, hogy az iskola egy fokkal egészségesebb szintérré váljon. Véleményünk szerint mindkét megközelítés szükséges az egészségfejlesztő iskolák kérdésének rendszerszintű megközelítésében, ezért a két szakmai dokumentumot egymást nagyon jól kiegészítő szakmai és módszertani bázisnak tekintjük, nem pedig konkuráló koncepcióknak.

A SHE is hangsúlyozza, elsősorban a korábban már ismertetett Ottawai Chartára, a szalutogenetikus egészségfogalomra és a rendszerszemléletre építve, hogy az egészségfejlesztő iskola az egészséget és jóllétet rendszerszemléletű és integratív módon közelíti meg, ami pedagógiai programjában és szervezeti irányelveiben is szerepel. Jellemzően cselekvésorientált és participatív, ami annyit jelent, hogy az egész iskolai közösség aktív szerepet vállal a döntéshozatali folyamatokban és a megvalósításhoz szükséges feladatokban is. Az egészségfejlesztő iskola kompetenciák fejlesztésére fókuszál, beleértve ebbe az iskola minden tagjának tudását, kompetenciáit és elkötelezettségét az egészség és a jóllét fejlesztése érdekében (Vilaça és mtsai, 2020a).

A SHE-ben felvázolt ötlépéses munkamódszer arra szolgál, hogy kezdeményezze, felmérje, fenntartsa és inspirálja az egészségfejlesztő iskolává válást és a folyamat fenntartását. Dióhéjban a munkamódszer lényege az alábbiakban összegezhető. A nagyobb lépések az alábbi kisebb lépésekre tagolhatóak.

1. Kezdő lépés

Ez a szakasz magában foglal egy kötelezettségvállalási döntést, ami arra vonatkozik, hogy egészségfejlesztő iskolává akar válni az adott iskola. E döntés az iskola vezetőségének és fenntartóinak elhatározását éppúgy magában foglalja, mint az iskolai munkaközösség támogatását és a tanulók, szülők és más érintettek beleegyezését. Módszertanilag ebben a szakaszban egy ütőképes szakmai munkacsoport kialakítása, az elérhető erőforrások azonosítása, valamint a célokra, a kommunikációra és a helyzetértékelésre vonatkozó együttgondolkodás megkezdése fontos (Vilaça és mtsai, 2020a).

2. A kiinduló helyzet kiértékelése

Az iskola aktuális helyzetének felmérése, ami az egészségre és a jóllétre vonatkozó irányelvek és gyakorlatok feltárását és elemzését éppúgy magában foglalja, mint az iskolai közösség prioritásainak és szükségleteinek feltérképezését. Ebben jelentős segítséget jelent a magyarul is elérhető gyorsértékelő kérdőív (Vilaça és mtsai, 2020b).

3. Cselekvési terv készítése

A kiinduló helyzet értékelése alapján az aktuális tanévre vonatkozó prioritás kijelölése, melyhez írásban kidolgozott cselekvési terv szükséges. A cselekvési terv magában foglalja a célok, eredmények megfogalmazását, a hatékonyság és az eredményesség mérésére szolgáló indikátorok kijelölését. Kitér az iskolai közösség számára szükséges kommunikációs célok meghatározására, világos és egyszerű egészségüzeneteket használva, az iskolai közösség szempontjából megfelelő kommunikációs eszközök használatával (Vilaça és mtsai, 2020a).

4. Megvalósítás

Ebben a szakaszban a legfontosabb teendő az, hogy a cselekvési tervben megfogalmazott célkitűzések az iskola napi gyakorlatának részévé váljanak. Nem egy egyszeri tettről, akcióról van tehát elsősorban szó, hanem egy *újítás* kitapasztalásáról és meghonosításáról. Sokat elárul e szakasz jellegéről, hogy milyen ellenőrző kérdések segíthetik a megvalósítás finomhangolását. Például: Magukénak érzik-e a résztvevők a programot? Megjelenünk-e a helyi közösségben mint egészségfejlesztők? Biztosak-e a megvalósítók a kompetenciáikban? Van-e elég idő, ember és pénz a megvalósításra? Folyamatos támogatást és motiválást tudunk-e biztosítani? A feladatok, célok, határidők kommunikálása

megfelelő-e? Az újonnan érkező tanulók, kollégák bevonása megfelelő-e? Hosszú távon fenntartható-e, amit most csinálunk? (Vilaça és mtsai, 2020a)

5. Monitorozás és értékelés

A monitorozás és értékelés szakasza a megvalósítási fázis lezárását és a kitapasztalt újítás fenntartását szolgálja. Az iskolai közösség életében megjelenő újítás kapcsán eddigre összegyűlik már annyi tapasztalat, amely alapján eldönthető, hogy az megéri-e az adott közösség számára, megfelelő módszereket alkalmazására kerül-e sor, eléri-e a kívánt hatást, és hosszú távon beépíthető-e az iskola mindennapi életébe. Ebben a szakaszban az újításként induló kezdeményezésnek már nem kísérletként kell tovább folytatódnia, hanem az iskolai élet szerves részévé kell válnia (vö. Grossmann és Scala, 2004). Ettől még szükséges nyomon követni az így kialakított „megvalósítási egység” működtetését, és a SHE ajánlása alapján 3-4 évente szükséges az újraértékelés is (Vilaça és mtsai, 2020a).

A fentiekből is látható, hogy a SHE a szervezeti tanulás iskolai menedzsmentjéhez nyújt inkább támogatást. A tartalmi kérdések továbbra is az egészségfejlesztő szemléletmódot funkcionálisan ismerő szervezeti tagokon múlnak. Ebben két további módszer jelenthet segítséget.

Egyrészt a csapatmunka. Nagyon sok múlik a munkacsoport működésén, ezért érdemes megfontolni, hogy kik legyenek a tagjai. A SHE alapján érdemes gondolni az iskolaigazgatóra, az igazgatóhelyettesekre, a szaktanárookra, az egykori és jelenlegi tanulóokra, egészség-tanóra, egészségfejlesztés-tanóra, egészségfejlesztő mentálhigiénikus végzettségű pedagógusra, az iskolaorvosra, iskolapszichológusra, az iskolai védőnőre, az iskolai szociális munkásra, a testnevelőtanóra és az iskola fenntartójának képviselőire.

A munkacsoport működése szempontjából érdemes szem előtt tartani, hogy a kisebb munkacsoport hatékonyabb, 5-8 tag az ideális. A nagyobb csoportban nehezebb döntést hozni, és nehezebb összehozni egy megbeszélést is.

A tanulók nézőpontja és aktív szerepvállalása nagyon fontos az iskolai egészségfejlesztésben, ezért bevonásuk mindenképpen javasolt. És érdemes arra is hangsúlyt helyezni, hogy egyértelmű működési szabályokkal (rendszeres ülésezés, milyen hosszú legyen egy ülés, feladatmegosztás stb.) biztosítsuk a munkacsoport folyamatos tevékenységét (Vilaça és mtsai, 2020a).

Ha van lehetőség külső szakemberek bevonására, az jelentős segítséget jelenthet a fenti ötlépéses körfolyamat bármely szakaszának megvalósításában. Ez leghatékonyabban *ko-kreatív megközelítésben* segíti az egészségfejlesztő iskolává válást és az egészségfejlesztő iskolaként megvalósuló folyamatos fejlődést. Ebben a – más szakanyagokban partneri együttműködésként is aposztrofált – megközelítésben az adott iskolai közösség egyenrangú félként kooperál a külső szakértőkkel, érintettekkel egy problémamegoldási vagy fejlesztési folyamat kialakításában. Néhány példa külső szakemberekre: táplálkozási tanácsadó, dietetikus, védőnő, egészségfejlesztési irodában dolgozó szakember, önkormányzati képviselő, sportklub képviselője, és még folytathatnánk a sort (Vilaça és mtsai, 2020a).

Összegzés és következtetések

Ha a WHO (2021a) és a SHE (Vilaça és mtsai, 2020a) anyagának a magyar köznevelésre vonatkoztatható tanulságait elemezzük, akkor az alábbi megállapítások, javaslatok körvonalazódnak számunkra.

1. A korszerű egészségfejlesztő szemléletmód meghonosítása a köznevelésben nemzeti érdek.

A magyar lakosság egészségi állapota rossz, uniós összevetésben is jelentős az elmaradásunk. Ez legalább annyira köszönhető a magyar emberek életmódjának, mint az egészségügyi ellátórendszerben tapasztalható problémáknak. A magyar társadalom egészségi állapota rossz, melynek javításában a köznevelés szerepe kulcsfontosságú, mert a lakosság életmódjának alakítása alapján véve nem egészségügyi kompetenciakör.

Önmagában a köznevelés sem elegendő a fenti nehézségek ellensúlyozására, de lényeges és költséghatékony szereplője lehet az egészségesebb magyar társadalom felé vezető útnak. A köznevelésben megjelenő egészségfejlesztés nemcsak a gyermek- és serdülőkorban lévő fiatalok egészségére van kihatással. Az egészségesebb gyermeknek nemcsak az iskolai teljesítménye lesz jobb, hanem a társadalomban több értéket teremtő, egészségesebb felnőtté is válik majd. A köznevelésben megjelenő egészségfejlesztés tehát jelen- és jövőorientált.

2. Az egészségfejlesztő szemléletű köznevelés elméleti és gyakorlati alapvetéseit évtizedek óta ismerjük. Valamit mégis másként kell csinálnunk, mint eddig, mert a kívánatos társadalmi áttörés még nem következett be.

Kijelentésünk alátámasztása érdekében a tanulmányban bemutatott egészségfejlesztő iskola modellt röviden vessük össze azzal, ahogy negyedszázada gondolkoztunk az egészségfejlesztő iskolákról. Ehhez Benkő Zsuzsanna 1995-ben publikált elemzését használtuk kiindulópontnak, aki az alábbi tíz pontban összegezte a WHO egészségfejlesztő iskola modelljének főbb jellemzőit. Idézzük:

1. „Átfogó szemléletmódja van. Az iskolai élet minden aspektusát beleérti és a gyerekek közösséghez való viszonyát hangsúlyozza. Az iskola mint **gondoskodó** közösség jelenik meg.
2. Olyan egészségmodellen alapszik, amely a **testi, lelki, szociális és környezeti** aspektusok közötti kapcsolatot figyelembe veszi.
3. A módszerek széles skálájával a diákok **aktív közreműködését** állítja a közép-pontba.
4. Összetevők széles skáláját ismeri fel, amely a diákok egészségét befolyásolja. Megkísérli a diákok **értékeit**, beállítódását, nézetét figyelembe venni.
5. Felismeri, hogy minden egészségi kérdéshez készségekre és folyamatokra van szükség és hogy ezt mint az egyes oktatási tervek részét kell tekinteni (pl. testnevelés, biológia, földrajz).
6. Egy **pozitív énkép** és az **önállóság** kifejlesztését maga az egészségfejlesztés fontos elemnek tekinti.
7. Felismeri, hogy az iskola berendezése a diákokra és a pedagógusokra fontos hatással van.
8. Az egészségnevelés a tanárookra is érvényes. **A tanárok szerepét modellként ismeri el.**
9. A **szülők** támogatását és a velük való együttműködést **igen fontosnak** tekinti.
10. Az iskolai egészségszolgálatot átfogóan szemléli, a betegség elleni prevenciót és a vizsgálatot magába foglalja, de azt is megkísérli, hogy az **aktív egészségnevelési** programot integrálja, és segít a diákoknak, hogy a **lehetőségeket** tudatosabban használják.” (Benkő, 1995. 85–86.).

Megítélésünk szerint érdemi, lényegi különbség nem található az egészségfejlesztő iskola jelenlegi és a negyedszázada vallott modellje közt.

Joggal vetődhet fel a kérdés, hogy ez a nemzetközi és hazai szinten is elérhető tudás miért nem szervesült jobban a köznevelés rendszerébe.

Véleményünk szerint a hatékony és sikeres iskolai egészségfejlesztés kulcsfontosságú eleme az, hogy az egészségfejlesztő szemléletmódról az iskolai közösség legalább néhány meghatározó szereplőjének *funkcionális tudása* legyen. Biggs és Tang (2011) a tanulási eredmény alapú egyetemi oktatás neveléstudományi alapjainak kifejtése során fogalmazza meg, hogy míg a *deklaratív tudás* a szavakkal vagy más szimbólumokkal kifejezhető ismereteket foglalja magába, addig a *funkcionális tudás* a deklaratív tudás mély megértésére épülve a deklaratív tudás alkalmazásával kapcsolatos tudást is magában foglalja. A funkcionális tudás a „vízválasztó fogalmak” (*threshold concept*) megértését igényli a tanuló szerepben lévő fél részéről. Ezalatt olyan fogalmakat, megközelítéseket érthetünk, melyeket ha valóban megért a tanuló szerepkörben lévő fél, akkor másként fog észlelni és értelmezni helyzeteket, és ezért a viselkedése is más lesz, mint e vízválasztó fogalmak elsajátítása nélkül (Biggs és Tang, 2011).

Az egészségfejlesztésben az egészség és a jóllét szalutogenetikus, rendszerszemléletű megközelítése ilyen vízválasztó fogalmak, melyek szemléletformálódással együtt járó megértése nélkül nincs esély valódi iskolai egészségfejlesztésre. Sajnos ennek hiányára utaló magyar kutatási eredmények is vannak (ld. pl. Deutsch, 2011).

Ebből levonható az a következtetés, hogy a köznevelésben dolgozó szakemberek – a pedagógusokat és az iskolaegészségügyi szakembereket egyaránt ideértve – *szemléletformáló képzése kiemelt jelentőségű* kell, hogy legyen az egészségfejlesztő iskolává válás folyamatában, és a megvalósítás továbbfejlesztésében.

3. A köznevelési szervezetekre vonatkozó teljeskörű intézményi egészségfejlesztés lényeges előrelépést jelent a törvényi szabályozás megteremtése és a szakmai információáramlás élénkülése szempontjából, azonban további szakmai lépések szükségesek a törvények szellemiségét is tükröző megvalósuláshoz.

Amikor arról van szó, hogy a pedagógusok vagy az egészségügyi szakemberek számára *menyire hatékonyan* lehet az egészségfejlesztő szemléletmódról vonatkozó funkcionális tudást közvetíteni, akkor a Bologna-folyamat következtében átforgató egyetemi oktatás neveléstudományi dilemmáihhoz hasonló kérdéseket azonosíthatunk.

Biggs és Tang (2011) az egyetemi oktatók tanításra vonatkozó szemléletmódját vizsgálva három szintet azonosít.

Az *első szinten* az oktatás az információközvetítésre van berendezkedve. Az oktató egyirányúan kommunikál, előadást tart, és az már a hallgatót minősíti, hogy ebből mit és hogyan ért meg. A pedagógiai értékelés elsődleges célja ezen a szinten a szelekció, melyben az a cél, hogy a „jó tanuló” megkülönböztessük a „rossz tanuló”-t. Biggs és Tang (2011) modelljében ezen a szinten ez gyakran vezet „a hallgató a hibás” attribúcióhoz, elsősorban az oktatáshoz kapcsolódó problémák, nehézségek esetében. Ha a hallgatók eredményei rosszak, akkor az a hallgató hiányosságainak köszönhető, az oktató tevékenységén semmit nem kell változtatni. Ezért ezen a szinten az oktató részéről semmilyen önreflexió nem jelenik meg.

Véleményünk szerint az iskolai egészségfejlesztésre vonatkozó információk közvetítése ehhez hasonló nehézségeket mutat (vö. EMMI, 2016). Az egyirányú, deklaratív tudásra kiélezett szakanyagok néhány nyitott és érdeklődő pedagógusban funkcionális tudás alapjává válhatnak, de ez közel sem elegendő ahhoz, hogy az egészségfejlesztő szemléletmódról vonatkozó funkcionális tudás minden köznevelési intézmény számára elérhető legyen. Erre a helyzetre nem jelent megoldást a pedagógusok „hibáztatása” sem azért, hogy egyelőre elmaradnak a mindenki számára kívánatos népegészségügyi fejlemények.

A második szinten az oktatók számára a pedagógiai módszerek virtuóz alkalmazásán van a hangsúly. Előrelépést jelent az előző szinthez képest, mert nemcsak *információt* közvetít, hanem az információ rendszerbe foglalására és értelmezésére is sor kerül. Hátránya viszont, hogy az alkalmazott pedagógiai módszerek kiválasztása az oktatók preferenciáin alapul, és nem a tanuló szerepben lévők tanulási sajátosságain és igényein (Biggs és Tang, 2011).

Egészségfejlesztési szempontból a rövid ciklusú szakmai továbbképzéseknek van hasonló hatása. Ezek elvégzése előírható, számon tartható, adott esetben irányszámok is megszabhatóak az iskolák számára. És ezek a képzések hasznosak is abból a szempontból, hogy bővül a pedagógusok módszertani repertoárja. Azonban megvan az a veszélyük, hogy a pedagógusok azért fogják majd alkalmazni (egy darabig) az itt elsajátított módszereket, mert éppen ezt szeretnék kipróbálni, és nem feltétlenül azért, mert az adott iskolai helyzetben *indokolt* annak használata. És ez nem róható fel a részt vevő pedagógusok „hibájaként”, ha az adott rövid ciklusú szakmai továbbképzések fragmentáltak, és nincsenek integrálva egy átfogó szakmai koncepcióba (vö. Somhegyi, 2016; Somhegyi, 2022).

Csak az oktatás harmadik szintjén szentel figyelmet az oktató annak, hogy miként zajlik a tanulási folyamat a tanulóban. Ezen a szinten a tanítás már nem csak arról szól, hogy mely tényeket, koncepciókat és törvényszerűségeket kell bemutatni és megértetni, hanem annak tisztázását is igényli az oktató részéről, hogy (a) mi az, amit a hallgatónak kell elsajátítani, és mi a kívánt vagy kívánatos eredménye a tanulásuknak; és (b) mit jelent az, ha a hallgató „megértette” azt a tartalmat, amit elvárunk tőle a kívánt tanulási eredményekben (Biggs és Tang, 2011).

Ebben jelentős visszalépéseket könyvelhettünk el az elmúlt időszakban. A több évtizedes hagyományokra visszatekintő (vö. Benkő és Erdei, 2003; Benkő, 2011; Tarkó, 2013; Benkő és Tarkó, 2020) egészségtan-, majd egészségfejlesztés-tanár képzések megszüntetése révén kritikus mértékben kevesebb, pedagógiában és egészségfejlesztésben *egyaránt* jártas szakember képződik a köznevelés számára. Bár szakirányú továbbképzések (pl. az egészségfejlesztő mentálhigiénikus pedagógus szakvizsgára felkészítő szakirányú továbbképzési szak) keretében továbbra is szerezhethők egészségfejlesztési kompetenciák, és szűkebb fókuszú iskolai modellprogramok is működnek (vö. pl. Meleg, 2021), egy valóban egészségfejlesztő szemléletű köznevelés nehezen képzelhető el egészségfejlesztésre szakosodott pedagógusok nélkül.

4. Az egészségfejlesztő szemléletmódú köznevelést a köznevelési rendszer működési elvei mentén érdemes kialakítani.

A köznevelési rendszer működése az alaptantervekben megjelenő műveltségi területek köré szerveződő oktatási-nevelési feladatok ellátására fókuszál. A köznevelésben zajló egészségfejlesztés szempontjából mindenképpen hátrány, hogy jelenleg az egészségfejlesztés nem önálló műveltségi terület, hanem a testneveléssel összevonott jelenik meg (Lipták és Tarkó, 2020). Fragmentáltan megjelennek bizonyos ismeretek, készségek és kompetenciák, és van néhány szakmai irányelv is (vö. EMMI, 2016), de egy kellő mélységben kidolgozott műveltségi terület és annak oktatására kiképzett pedagógusok hiányában nem lehet valóban hatékony az oktató-nevelő munka.

Másfelől, az egészségfejlesztés specialitása abban jelentkezik, hogy a népegészségügyi célkitűzések megvalósítására akkor van esély, ha egy adott köznevelési intézmény (óvoda, iskola vagy kollégium) esetében az adott közösség egészségfejlesztési kihívásait, lehetőségeit és veszélyeztető tényezőit is figyelembe vesszük (vö. WHO, 2021a; és Vilaça és mtsai, 2020a). *Ez nem ajánlás* (mint ahogy az EMMI, 2016; Somhegyi, 2016 és Somhegyi, 2022 anyagaiban megfogalmazódik), *hanem az eredményes köznevelési egészségfejlesztés előfeltétele* (ld. WHO, 2021a). E sajátosság nehezen illeszthető

az egységes követelmények kialakítására törekvő köznevelési gondolkodásmódba, és nagyfokú rugalmasságot igényel a köznevelési és egészségfejlesztési szakemberektől egyaránt (ld. Benkő, Lippai és Tarkó, 2019).

5. Ma Magyarországon minden lehetőség megvan arra, hogy egy-egy óvoda, iskola vagy kollégium konkrét előrelépéseket tegyen az egészségfejlesztő szemléletmód irányába.

A korábbiakban bemutatott építő szándékú észrevételek és javaslatok fenntartása mellett is szeretnénk hangsúlyozni, hogy nagyon is sok lehetőség van arra, hogy az óvodák, iskolák és kollégiumok célzott és gyakorlatias lépéseket tegyenek abba az irányba, hogy az adott óvodai, iskolai vagy kollégiumi közösség lépésről lépésre egészségesebb és biztonságosabb környezet legyen tagjai számára. *Minél nehezebb anyagi, szakmai és társadalmi helyzetben vannak a köznevelési intézmények, annál szükségesebbnek látjuk azt, hogy a lehetőségekhez igazodva történjenek önerőből is megvalósítható lépések az adott közösség egészségét veszélyeztető tényezők enyhítésének irányába.* Ehhez adott a jogszabályi támogatás (vö. EMMI, 2016), számos szakanyag és szakmai továbbképzés is segíthet az első lépések megtételében, és a pedagógus szakvizsga programok keretében olyan szakemberek is kiképeződhetnek egy-egy óvodában, iskolában vagy kollégiumban, akik kellő vezetői támogatás mellett nagyban segíthetik az adott közösség egészségesebbé válását.

Végző soron azonban a köznevelési intézmények helyzetértékelésén és vállalkozó kedvén múlik, hogy milyen mértékben jelenik meg az egészségfejlesztő szemléletmód egy adott óvoda, iskola vagy kollégium mindennapjaiban. Bízunk abban, hogy a tanulmányunkban bemutatott nemzetközi standardok és módszerek segítik az egészségfejlesztés iránt érdeklődő pedagógusok, iskolaegészségügyi szakemberek, iskolai vezetők és döntéshozók helyzetértékelését, és megerősítik őket abban, hogy mindannyiunk számára fontos lépéseket tegyenek egy egészségesebb társadalom felé, az általuk elérhető közösség inspirálásán keresztül.

Köszönetnyilvánítás, támogatás

A tanulmány elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

Irodalom

- Antonovsky, A. (1985). *Health, Stress and Coping*. Jossey-Bass.
- Benkő, Zs. (1993, szerk). *Egészségfejlesztés. Környezetvédelem és egészségnevelés*. Juhász Gyula Tanárképző Főiskola Kiadó.
- Benkő, Zs. (1995, szerk.). *„Ne üljön lelkünkön szenvedés”. Egészségfejlesztés, mentálhigiénié, hálózatépítés*. Juhász Gyula Tanárképző Főiskola Kiadó.
- Benkő, Zs. & Erdei, K. (2003). *Egészségfejlesztés felsőfokon*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó.
- Benkő, Zs. (2005). Bevezetés az egészségfejlesztésbe. In Benkő, Zs. & Tarkó, K. (2005), *Iskolai egészségfejlesztés*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. 13–28.
- Benkő, Zs. (2011). Az egészségfejlesztő szakemberek a magyar közoktatásban. A felsőoktatás válasza. *Egészségfejlesztés*, 52(3), 21–26.
- Benkő, Zs., Lippai, L. & Tarkó, K. (2019). *Az egészség az életünk tartópillére. Egészségtanácsadási kézikönyv*. Szegedi Egyetemi Kiadó Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó.
- Benkő, Zs. & Tarkó, K. (2020). Hagyomány és modernitás innovációja egy tradicionális felsőoktatási intézményben: 25 éves az Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet (2020. szeptember 1.). *Egészségfejlesztés*, 61(3), 29–38. DOI: 10.24365/ef.v61i3.616

- Buda, B. (2005). A legális és illegális szerhasználat integrált szemléletű kezelésének aktualitása és indokai. *Addiktológia*, 4(1), 63–70.
- Clarke, A., Sorgenfrei, M., Mulcahy, J., Davie, P., Friedrich, C. & McBride, T. (2021). *Adolescent mental health: A systematic review on the effectiveness of school-based interventions*. Early Intervention Foundation.
- Deutsch, K. (2011). Iskolai egészségfelfogás és egészségfejlesztés kvalitatív és kvantitatív kutatások tükrében. *Új Pedagógiai Szemle*, 61(1–5), 225–234.
- EMMI (2016). „Az egészség a TIEd is!”. A teljes körű iskolai egészségfejlesztés tevékenységei. Ajánlás a pedagógusok részére. *EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága és EMMI Oktatásért Felelős Államtitkársága*. Utolsó letöltés: 2022. augusztus
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23(2), 190–199. DOI: 10.1093/heapro/dan014
- Grossmann, R. & Scala, K. (2004). *Egészségfejlesztés és szervezetejlesztés. Egészséges szinterek fejlesztése*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó.
- Járomi, É. & Vitrai, J. (2017). Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása. *Egészségfejlesztés*, 58(1), 36–48.
- Kis, B. (2019). Az óvoda és az iskola, mint egészségfejlesztő színtér: egészségfejlesztő pedagógiai módszerek. In: Benkő, Zs., Tarkó, K., & Lippai, L. (szerk.). *Az egészség az életünk tartópillére. Egészségtanácsadási kézikönyv*. Szegedi Egyetemi Kiadó Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. 121–132.
- KSH (2019). *Egészségügyi helyzetkép, 2019*. Központi Statisztikai Hivatal.
- Kulcsár, Zs. (2002). *Egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Department of National Health and Welfare.
- Lippai, L. L. (2022). Cikkismertetés: Serdülőkorúak mentális egészsége – az iskolai beavatkozások hatékonyságának szisztematikus szakirodalmi áttekintése. *Egészségfejlesztés*, 63(3), 36–38. DOI: 10.24365/ef.8759
- Lipták, M. Z. & Tarkó, K. (2020). Az egészséggel kapcsolatos naiv elméletek, tévképzetek egy próbamérés tapasztalatai alapján. *Egészségfejlesztés*, 61(2) 74–81. DOI: 10.24365/ef.v61i2.590
- Mátó, V. (2019). Pedagógiai módszerek a korszerű egészségnevelés szolgálatában. In Benkő, Zs., Tarkó, K. & Lippai, L. (szerk.), *Az egészség az életünk tartópillére. Egészségtanácsadási kézikönyv*. Szegedi Egyetemi Kiadó Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. 133–138.
- Meleg, Cs. (1999). Az iskolarendszer és az oktatás szerepe az egészséggel kapcsolatos ismeretek közvetítésében. *Új Pedagógiai Szemle*, 49(4), 64–75.
- Meleg, Cs. (2021). *A lelki egészségvédelem iskolai modellje – pedagógiai esettanulmány*. L'Harmattan Kiadó.
- Németh, Á., Horváth, Zs. & Várnai, D. (2019). Egészségmagatartás serdülőkorban – Mi történt az ezredforduló után? *Educatio*, 28(3) 473–494. DOI: 10.1556/2063.28.2019.3.3
- Ross, D. A., Hinton, R., Melles-Brewer, M., Engel, D., Zeck, W., Fagan, L. és mtsaik (2020). Adolescent well-being: a definition and conceptual framework. *Journal of Adolescent Health*, 67(4), 472–476. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2020.06.042
- Seligman, M. & Csikszentmihályi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. DOI: 10.1037/0003-066x.55.1.5
- Siddiquea, B. N., Shetty, A., Bhattacharya, O. és mtsaik (2021). Global epidemiology of COVID-19 knowledge, attitude and practice: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2021;11:e051447. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-051447
- Somhegyi, A. (2016). Teljeskörű iskolai egészségfejlesztés (TIE): jelen helyzet. *Különleges Bánásmód*, 2(4), 61–80. DOI: 10.18458/kb.2016.4.61
- Somhegyi, A. (2018). A népegészségügyi szakemberek és intézmények feladatai a teljeskörű iskolai egészségfejlesztés szakmai segítségével. *Népegészségügy*, 96(1). 69–76.
- Somhegyi, A. (2022). Szakdokumentum: Az egészségfejlesztő iskolák kézikönyve. *Egészségfejlesztés*, 63(3), 24–27. DOI: 10.24365/ef.8926
- Tarkó, K. (2013). Egészségfejlesztés továbbra is felsőfokon. In Tarkó, K. & Lippai, L. (szerk.), „Gyümölcs? A fa beváltja azt, amit virágával ígért.” *Tanulmányok Benkő Zsuzsanna 60. születésnapjára*. SZTE JGYPK Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet.
- Tarkó, K. (2019). Életmódról tudományosan a mindennapokban. In Benkő, Zs., Lippai, L. & Tarkó, K. (szerk.), *Az egészség az életünk tartópillére. Egészségtanácsadási kézikönyv*. Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. 79–90.
- Vilaça, T., Darlington, E., Miranda, M. J., Martinis, O. & Masson, J. (2020a). *SHE SCHOOL MANUAL 2.0. A Methodological Guidebook to become a health promoting school*. Schools for Health in Europe Network Foundation (SHE).
- Vilaça, T., Darlington, E., Miranda, M. J., Martinis, O. & Masson, J. (2020b). *EIE ISKOLAI KÉZIKÖNYV 2.0. Módszertani útmutató az egészségfejlesztő iskolává váláshoz*. Schools for Health in Europe Network Foundation (SHE).

Vitrai, J., Bíró, É., Girán, J., Kollányi, Zs., Pipicz, M., Somhegyi, A. & Várfalvi, M. (2021). Milyen legyen a népegészségügy legújabb iránya? Vitaindító az új népegészségügyi szemlélet sajátosságairól. *Egészségfejlesztés*, 62(1), 81–94. DOI: 10.24365/ef.v62i1.716

Vitrai, J. (2022). Egészség az EU-ban: Magyar egészségügyi országprofil 2021. *Egészségfejlesztés*, 63(1), 52–55. DOI: 10.24365/ef.v63i1.7964

WHO (2021a). *Making every school a health-promoting school: global standards and indicators for health-promoting schools and systems*. World Health

Organization and the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

WHO (2021b). *Making every school a health-promoting school: implementation guidance*. World Health Organization and the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

WHO (2021c). *Making every school a health-promoting school: country case studies*. World Health Organization and the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

Jegyzet

¹ Mielőtt továbblépnénk, szeretnénk hangsúlyozni, hogy az „iskolai” egészségfejlesztés kifejezést nemcsak az iskolákra, hanem a köznevelés egészére – tehát az óvodák, kollégiumok, általános és középiskolák rendszerére – vonatkoztatva használja ez a dokumentum is. Sajnos a hazai és a nemzetközi szakirodalom sem következetes e téren, és az iskolai egészségfejlesztésnél szélesebb jelentéstartamú *terminus technicus* e köznevelésben zajló tevékenységre még nem honosodott meg.

² Egy közelmúltban megjelent metaelemzés (Clarke és mtsai, 2021) kiválóan példázza, hogy a szociális és érzelmi kompetenciák szalutogenetikus megközelítésű óvodai és iskolai fejlesztése empirikusan is kimutatható módon hatékony a gyermekek és serdülők lelki egészségének fejlesztésében. A szerzők ugyanakkor arra is rámutatnak, hogy a már kialakult pszichés és magatartási problémák felismerése és javítása nem terhelhető rá csak a pedagógusokra (Lippai, 2022).

³ Jellegzetesen például az alkohol-, drog-, dohányzásprevenció vagy a döntően rizikóorientált szemléletű szexuális felvilágosítás esetében.

⁴ Megfontolásra ajánljuk a szervezet angol nevére született „Egészséges Iskolák Európában” fordítás újragondolását. Ez könnyen azt sugallhatja, hogy itt egy speciális iskolatípusról van szó, hasonlóan a sport- vagy a művészeti iskolákhoz. A későbbiekben bemutatjuk, hogy a SHE végső soron minden iskoláig el kíván jutni, még akkor is, ha ebben dönthetnek az egyes iskolák. A SHE esetében is az a deklarált cél, hogy *minden* iskola egészségfejlesztő iskola legyen.

Absztrakt

A teljesszkörű intézményi egészségfejlesztés a köznevelési intézmények egy évtizede kötelezővé tett feladata. Azonban a közelmúltban olyan fontos nemzetközi szakdokumentumok láttak napvilágot, melyek indokoltá teszik a hazai helyzet átgondolását, és bizonyos mértékű újraértékelését. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2021-ben megjelent *Tegyük minden iskolát egészségfejlesztő iskolává* című szakanyaga, valamint az *EIE Iskolai kézikönyv 2.0* módszertani kiadvány 2020-ban aktualizált verziója alapján tanulmányunkban felvázoljuk a köznevelésben megvalósuló egészségfejlesztés jelenlegi célkitűzéseit, a hatékony egészségfejlesztésre vonatkozó elméleti kereteket és globális standardokat, valamint a gyakorlati megvalósításra vonatkozó szakmai ajánlásokat is. Megítélésünk szerint minél nehezebb anyagi, szakmai és társadalmi helyzetben vannak a köznevelési intézmények, annál szükségesebb, hogy a lehetőségekhez igazodva önerőből is történjenek lépések az adott közösség egészségét veszélyeztető tényezők enyhítésének irányába. Tanulmányunkban, a fenti szakanyagok elemzésével ebben szeretnénk támpontokat nyújtani az egészségfejlesztés iránt érdeklődő pedagógusok, iskolaegészségügyi szakemberek, iskolai vezetők és döntéshozók számára.

Kulcsszavak: egészségfejlesztés, iskolai egészségfejlesztés