

Lippai László¹ – Vitrai József² – Tarkó Klára³

¹ Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar
Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet;
MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport
ORCID: 0000-0002-0898-9648

² Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar,
Pszichológia és Egészségügyi Menedzsment Tanszék, Győr;
MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

³ Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar
Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet;
MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport
ORCID: 0000-0002-0812-6631

Egészségfejlesztő iskola – pedagógusszemmel

Egy magyarországi részvételi akciókutatás eredményei és tanulságai

Az egészségfejlesztést a köznevelésben képviselő egészségfejlesztő iskola koncepció nemcsak a felnőtt életvitelt (is) megalapozó egészségnevelési feladatkört foglalja magába, hanem az adott óvodai vagy iskolai közösség aktuális egészségét és jóllétét alakító szokások, normák, szabályok és körülmények fejlesztését is (Lippai és Vitrai, 2023; WHO és UNESCO, 2021). Tanulmányunk célja, hogy a részvételi akciókutatás kvalitatív módszertanával képet alkossunk arról, hogy az egészségfejlesztésben is képzett, és a köznevelésben is napi szinten dolgozó pedagógusok hogyan látják az egészségfejlesztő iskola koncepció érvényesülését a mai magyarországi iskolarendszerben.

Bevezetés

A 20. század második felétől az egészség-betegség fogalmának egészségtudományi felfogása átalakulóban van. A korábbi betegségfókuszú, egészségügyi szemléletmód mellett megjelent egy egészségfókuszú, egészségfejlesztő szemléletmód is, amelyben az egészségesélyek javításának legfontosabb terepe a mindennapi élet körülményeinek és szokásainak fejlesztésén van (Benkő és mtsai, 2019; WHO, 1986).

A köznevelés a kezdetektől fogva kitüntetett figyelmet kapott az egészségfejlesztésben (Benkő és Vetró, 1995). Népegészségtani szempontból főként azért, mert az iskolázottság és az egészségesélyek javulása közti együtt járást számtalan kutatási eredmény igazolja (WHO és UNESCO, 2021; Járomi és Vitrai, 2017; Lalonde, 1974).

A köznevelés nemcsak egy-egy generáció jövőbeni, hanem jelenlegi egészsége szempontjából is fontos színtér (Benkő, 2005). A gyermekek és serdülők a felnőttkori munkaidőnek is megféleltethető mennyiségű időt töltenek a köznevelési intézmények falai

közt (Jagodics és mtsai, 2021), ami mindenképpen hatással van aktuális egészségükre és jóllétükre is (Lippai és mtsai, 2025). Ezért az egészségfejlesztő iskola koncepció nemcsak a felnőtt életvitelt megalapozó egészségnevelési feladatkört foglalja magába, hanem az adott óvodai vagy iskolai közösség *aktuális egészségét és jóllétét* alakító szokások, normák, szabályok és körülmények fejlesztését is (Lippai és Vitrai, 2023; WHO és UNESCO, 2021).

Mégis, e szemléletmód gyakorlati megvalósítása kapcsán csak részsikerekről lehet beszámolni, hazai és nemzetközi viszonylatban egyaránt (Somhegyi, 2023; WHO és UNESCO, 2021). Tanulmányunkban ezt a problémakört a pedagógusok nézőpontjából közelítettük meg, a részvételi akciókutatás módszertanát alkalmazva. Vizsgálatunkban olyan pedagógusokkal dolgoztunk együtt, akik köznevelési tapasztalattal és egészségfejlesztési képzettséggel egyaránt rendelkeztek. Arra a kutatási kérdésre kerestük a választ, hogy a résztvevőknek milyen reflexiói vannak az egészségfejlesztő iskola gyakorlatával kapcsolatban. A feltárt reflexiók tematikus elemzése során pedig olyan témák azonosítására helyeztük a hangsúlyt, melyek hozzájárulhatnak ahhoz, hogy az egészségfejlesztő iskola a népegészségügy és a köznevelés közti hatékonyabb együttműködés terepévé válhasson.

Elméleti háttér

Egészségügyi és egészségfejlesztési szemléletmód a köznevelésben

A 20. század második felében az egészség-betegség témaköréhez kapcsolódó társadalmi feladatok kérdésében szemléletváltás vette kezdetét (Lalonde, 1974; WHO, 1986). Ennek lényege az egészségügyi és az egészségfejlesztő szemléletmód közti különbségtételben foglalható össze (Lippai és Vitrai, 2023).

Az *egészségügyi szemléletmód* a betegségek megelőzésének és gyógyításának társadalmi szintű menedzsmentjét helyezi előtérbe (Lalonde, 1974; WHO, 1986). E szemléletmód hangsúlya a betegségekhez vezető rizikótényezők feltárásán, a már kialakult betegségek mielőbbi felismerésén, diagnosztizálásán és gyógyításán van. Elsősorban betegségcentrikus, és azokra a fizikális, pszichés és társadalmi rizikótényezőkre fókuszál, melyek valamilyen testi vagy pszichés betegség szempontjából jelentőséggel bírnak (Acolin és Fishman, 2023; Lalonde, 1974).

Az *egészségügyi szemléletmód reaktív orientáltságú*. Olyan problémafókusz jellemzi, amely a megrendült egészségi állapothoz kapcsolódó kockázatokat, tüneteket helyezi előtérbe. A problémafókusz nemcsak a problémák kezelését, vagyis a terápiás folyamatot hatja át, hanem az ebből adódó megelőzési stratégia – tehát a *prevenció* – céljaiban és módszertanában is tükröződik (Benkő és mtsai, 2019). A *prevenció* primer szintje az adott rizikócsoporthoz ismerteinek bővítését jelenti bizonyos betegségek rizikótényezőiről. A *szekunder prevenció* a testi és pszichés problémák korai felismerésére szolgál, gyakran szűrővizsgálatok alkalmazásával. A szekunder prevenció során felismert egészségproblémák kezelése viszont már nem prevenció feladatkör. A kezelés, ami a feltárt problémák diagnosztizálását és a terápiás beavatkozást jelenti, szakmailag és jogilag is (szak)orvosi irányítás mellett történhet meg. A kezeléssel párhuzamosan sok esetben megkezdődik a rehabilitáció is. Ez a *tercier prevenció szakasza*, ami jellemzően nem ér véget a terápia lezárulásával (Benkő és mtsai, 2019). Ha terápiás kezeléssel a megrendült egészségi állapot teljesen helyreállítható, akkor a rehabilitáció a teljes funkcionáláshoz szükséges terápiás és „nem terápiás” fejlesztés biztosítását egyaránt magába foglalja, a problémák újbóli megjelenésének megakadályozása érdekében. De a rehabilitációnak akkor is szerepe van, ha a terápiában nem sikerült a korábbi egészségi állapot teljes helyreállítása.

Ekkor a megváltozott funkcionalitáshoz való adaptáció támogatása a cél (Dénes és Kullmann, 2023; Kullmann és mtsai, 2023).

A fentiekből látható, hogy a prevencióban nagy súlyt kapnak az egészségügyi szakvégtzettséget és kompetenciákat igénylő feladatok. Köznevelési szempontból ezért szükséges az iskolaegészségügyi rendszer. A köznevelést érintő, de egészségügyi szemléletmódot és kompetenciát igénylő szakfeladatokat arra felkészült iskolaorvosokkal, iskolapszichológusokkal és iskolai védőnőkkel lehet ellátni.

Miben más az *egészségfejlesztő szemléletmód*? Az Ottawai Charta (WHO, 1986) legfontosabb újdonsága az volt, hogy felhívta a figyelmet a proaktív, egészségfejlesztő megközelítés jelentőségére. E szemléletmód az egészséget holisztikusán közelíti meg, annak fizikális, mentális, érzelmi, társas, társadalmi és spirituális dimenzióját is figyelembe veszi (Benkő és mtsai, 2019). Szalutogenetikus orientáltaságú (Antonovsky, 1980), az egészségre hajlamosító tényezőkre fókuszál, még az egészséghez kapcsolódó problémák, gondok megjelenése előtt (!). Ebben az időszakban törekszik olyan *általános rezisztencia-erőforrások* (Antonovsky, 1980; Benkő, 2019) fejlesztésére, melyek nemcsak az egészségkockázatok csökkentésére alkalmasak, hanem az életkilátások javítására is. Fő módszertani alapelve, hogy az egészségesebb választás egyben a „könnyebb választás” is legyen (Grossman és Scala, 1993). Olyan egyéni, családi és közösségi szokások és körülmények kialakítása a cél, ahol az egészséges életmód a mindennapi életvitel megszokott és természetes része (Tarkó, 2024). Ott, ahol az ember „tanul, munkát végez, játszik és szeret” (WHO, 1986. 4.).

Az egészségügyi és az egészségfejlesztő szemléletmód áttekintő összehasonlítását az 1. táblázat tartalmazza.

1. táblázat. Az egészségügyi és az egészségfejlesztő szemléletmód sajátosságainak összehasonlítása

Összehasonlítási szempont	Egészségügyi szemléletmód	Egészségfejlesztő szemléletmód
Társadalmi cél	A betegségek megelőzéséhez és gyógyításához kapcsolódó tevékenységek társadalmi szintű menedzsmentje.	Az egészségesélyek javítása az egyének, családok, szervezetek, lokális közösségek és a társadalom életmódjának és életkörülményeinek változása révén.
Orientáció	Problémaorientált („mikor van baj, annak mi az oka, és mit tegyünk akkor?”). Reaktív – a megrendült egészségi állapot korai felismerésére és gyógyítására irányul (akár biomedicinális, akár bio-pszichoszociális alapon).	Változásorientált („mikor lenne jó/jobb, és mit tegyünk ennek érdekében?”). Proaktív : a mindennapi szokások és körülmények alakítására irányul, ott, ahol az ember „tanul, munkát végez, játszik és szeret”.
Tevékenységének jellege	Az egészségügyi szemléletmódra épülő prevenció, szűrési, diagnosztikai, terápiás és rehabilitációs protokollok kidolgozására és zökkenőmentes megvalósítására irányul.	A szalutogenetikus, egészségesélyeket javító lépések egymásra épülő folyamatára helyezi a hangsúlyt, melyek egy konkrét közösség mindennapi életébe hoznak változást.

(Forrás: saját szerkesztés)

Az egészségügyi és az egészségfejlesztő szemléletmód megkülönböztetésének a köznevelésben sem csak elméleti jelentősége van. *Egészségügyi szemléletmóddal* a potenciális egészségkockázatok kerülnek előtérbe. Ekkor a pedagógusok számára is valamilyen rizikótényezőnek van prioritása, és valamilyen prevenciós módszert alkalmaznak, pl. pedagógusok számára kifejlesztett tájékoztató előadásokat, szűrővizsgálati eljárásokat stb. (vö. Prievara, 2022; Szabó-Prievara és Tarkó, 2023). Ezek kétségkívül hasznos módszerek, de sok iskolában külső szakemberek bevonását is igénylik, és megvan a veszélye, hogy *ad hoc*, költséges intervenciók formájában valósulnak csak meg. Ráadásul a primer prevenciós programok elsődleges egészségüzenete jellemzően az, hogy hogy „mit ne” csináljon a célcsoport. Különösen serdülőkorban a tiltásnak már önmagában is figyelemfelkeltő hatása lehet, ami akár a rizikómagatartás irányába is hathat (Benkő, 2005). *Egészségfejlesztő szemléletmóddal* a hangsúly a célcsoport életmódján, a „jógyakorlat”-ra való szocializáción van (Tarkó, 2024). Ez egy egészségtudatos pedagógiai program részeként bármely pedagógus kompetenciakörébe beilleszthető lehet, és az iskola napi működésének részét képezheti.

Az iskolai egészségfejlesztés szempontjából az az előre vivő, ha a kétféle szemléletmódban végzett intervenciók egymást erősítik. Módszertanilag azonban indokolt elkülönítésük, különösen azért, mert az egészségfejlesztő szemléletmód gyakran háttérbe szorul a gyakorlatban (Low és Theriault, 2008; Lippai és Vitrai, 2023).

Egészségfejlesztő iskola – célok, elvek és módszertani háttér

Az egészségfejlesztő iskola koncepciójának fontos eleme az egészségnevelés, de nem fedi le minden aspektusát. Az egészségnevelés az egészséges életmódhoz, az egészségkockázatokhoz és az egészségműveltséghez kapcsolódó tudást közvetítő tanulási tapasztalatok rendszerét foglalja magába (WHO, 2021). Az egészségnevelés fókusza jellemzően az individuális tanuláson van, vagyis azon, hogy az egyén tudása, készségei, attitűdje és autonóm döntései vonatkozásában milyen tanulási eredmények valósultak meg (Kis, 2018).

Az egészségfejlesztő iskola magában foglalja az egészségnevelési feladatkört, de túl is lép azon, mert hangsúlya a szervezeti tanuláson van, az iskolai közösség tagjainak biztonságát, egészségét és jóllétét alakító szervezeti szokások, normák, szabályok és körülmények tudatosításával és fejlesztésével (WHO, 2021; Lippai és Vitrai, 2023).

Az egészségfejlesztő iskola maradéktalan megvalósulásáról akkor beszélhetünk, ha egy iskola közössége tudatosan arra törekszik, hogy mindennapi élete az alábbi öt módszertani irányelvnek és nyolc globális iskolai egészségfejlesztési standardnak megfelelően változzon, fejlődjön (WHO, 2021a).

Az egészségfejlesztő iskola koncepció módszertani irányelvei közé tartozik, hogy (1) a teljes iskolai közösségre kiterjed, így a tanulók éppúgy részesei, mint a pedagógusok, iskolai dolgozók, iskolaegészségügyi dolgozók, szülők és az iskolával együttműködő további partnerek. (2) Megvalósítása a köznevelési szektorba ágyazottan történik, kiterjedhet akár az erőforrások allokációjára, a pedagógusképzésre, a pedagógusok szakmai továbbképzésére, az információs hálózatra és a teljesítményértékelésre is, a köznevelési szektor minden szintjén. (3) Áthatja az egész iskolára kiterjedő megközelítés (*whole-school approach*), vagyis nemcsak a tantermi tanulást és tanítást foglalja magába, hanem az iskolai élet minden más aspektusát is. És (4) folyamata az összes érintett (értsd: *stakeholder*) aktív részvételével történik, különös tekintettel a tanulókra, a szülőkre és gondviselőkre. Végso soron (5) az iskolai közösségek szokásaira irányul,

így megvalósulása ismétlődő és folyamatos (WHO és UNESCO, 2021; Lippai és Vitrai, 2023).

A módszertani irányelveken túl a WHO és az UNESCO az egészségfejlesztő iskolák működésére vonatkozóan az alábbi globális standardokat határozta meg (WHO és UNESCO, 2021).

Az 1. standard az egészségfejlesztő iskolát támogató intézményi háttér, társadalmi és politikai környezet kialakításának fontosságát hangsúlyozza. A többi standard viszont már egy-egy konkrét iskolára értelmezendő. Így a 2. standard az iskolai közösség formális szervezeti felépítésének és működésének; a 3. standard az iskola vezetőségének; a 4. standard az iskola lokális kapcsolatrendszerének, az 5. standard pedig az iskola pedagógiai programjának jelentőségét emeli ki az egészségfejlesztő iskola megvalósulásának szempontjából (WHO és UNESCO, 2021; Lippai és Vitrai, 2023). A 6. standard az iskola mint szociális környezet társas-társadalmi normáit; a 7. standard pedig az iskola mint fizikai környezet biztonságosabbá és egészségesebbé alakítását helyezi előtérbe. Végül, a 8. standard annak elősegítésére irányul, hogy az iskolai közösség minden tagjának hozzáférése legyen az életkorának megfelelő egészségfejlesztő és egészségügyi szolgáltatásokhoz. A WHO és az UNESCO (2021) globális standardjai az egészségfejlesztő iskolák ágazati szintű feltételeit és sajátosságait fogalmazzák meg a köznevelési szektort működtető politikusok, szakpolitikusok és döntéshozók számára készült anyagról van szó.

Ha a köznevelés gyakorlatát nézzük, akkor Az Iskolák az Egészségért Európában Hálózat (*Schools for Health in Europe Network Foundation*, a továbbiakban SHE) módszertani kézikönyve íródott azzal a céllal, hogy az iskolák egészségfejlesztési koordinátorait, igazgatóit, pedagógusait és nem oktató dolgozóit, magukat a diákokat és az iskolák közösségi partnereit támogassa az iskolai egészségfejlesztés megvalósításában (Vilaça és mtsai, 2020).

A SHE hangsúlya az iskolai élet gyakorlatán van. Az Ottawa Charta (WHO, 1986) egészségfejlesztő szemléletmódjára építve az egészséget és a jóllétet rendszerszemléletű és integratív módon közelíti meg. Az SHE-ben felvázolt ötlépcsés munkamódszer arra szolgál, hogy felismerje és kezdeményezze, felmérje, fenntartsa és inspirálja az

Az egészségfejlesztő iskola koncepció módszertani irányelvei közé tartozik, hogy (1) a teljes iskolai közösségre kiterjed, így a tanulók éppúgy részesei, mint a pedagógusok, iskolai dolgozók, iskolaegészségügyi dolgozók, szülők és az iskolával együttműködő további partnerek. (2) Megvalósítása a köznevelési szektorba ágyazottan történik, kiterjedhet akár az erőforrások allokációjára, a pedagógusképzésre, a pedagógusok szakmai továbbképzésére, az információs hálózatra és a teljesítményértékelésre is, a köznevelési szektor minden szintjén.

(3) Áthatja az egész iskolára kiterjedő megközelítés (whole-school approach), vagyis nemcsak a tantermi tanulást és tanítást foglalja magába, hanem az iskolai élet minden más aspektusát is. És (4) folyamata az összes érintett (értsd: stakeholder) aktív részvételével történik, különös tekintettel a tanulóakra, a szülőkre és gondviselőkre. Végső soron (5) az iskolai közösségek szokásaira irányul, így megvalósulása ismétlődő és folyamatos.

egészségfejlesztő iskolává válást és a folyamat fenntartását. Az SHE is elsősorban a szervezeti tanulás iskolai menedzsmentjéhez nyújt inkább támogatást.

Magyarországon az iskolai egészségfejlesztés kérdésköre napjainkban a *teljeskörű intézményi egészségfejlesztés* (TIE) kontextusában, rendeletekben és jogszabályokban rögzített módon jelenik meg. A 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet X. fejezete 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.

A TIE célja a köznevelési intézmény egészének, valamennyi szereplőjének és a környezetének egészségfejlesztése, mely négy egészségfejlesztési alapfeladat rendszeres végzetését foglalja magába, melyek fókuszba az egészséges táplálkozás, a mindennapos testnevelés, a lelki egészséget támogató pedagógiai módszerek és művészetek alkalmazása, és az egészségműveltség elősegítése (Somhegyi, 2023).

Ez összhangban van a korábban bemutatott nemzetközi trendekkel, melyek alapján minden iskolának egészségfejlesztő iskolává kellene válnia (WHO, 2021a), amit jogi szabályozással is érdemes támogatni. E jogszabály alkalmazásának megkönnyítése érdekében módszertani ajánlások és módszertani tudásbázisok kidolgozására került sor a köznevelési intézmények vezetői és pedagógusai számára, és több hullámban pedagógus továbbképzések zajlottak e témában (Somhegyi, 2022; Somhegyi, 2023). Magyarország 2018 júliusa óta ismét tagja a SHE hálózatnak (Somhegyi, 2023). Az egészséges iskolák módszertani kézikönyve (Vilaça és mtsai, 2020) magyarul is elérhető a köznevelés számára (Somhegyi, 2022).

Egészségfejlesztő iskola – implementációs nehézségek

Az előző részekben bemutatott szakanyagok áttekintése után az a benyomás alakulhat ki, hogy az egészségfejlesztő iskolák kérdése tisztázottnak tekinthető. A koncepció módszertani alapjai lényegében évtizedek óta ismertek, nemzetközileg is, és Magyarországon is (vö. Benkő és Vetró, 1995). Olyan jelentős világszervezetek karolják fel az egészségfejlesztő iskolák kérdését, mint a WHO és az UNESCO (WHO és UNESCO, 2021). Hazai viszonylatban, a teljeskörű intézményi egészségfejlesztés (TIE) kapcsán is kijelenthető, hogy a „köznevelés irányítói 2010 óta kitűnően értik a TIE-t, amit jól félmjelez az, hogy nem elégedtek meg csupán TIE-projektek létrehozásával, hanem minden köznevelési intézmény részére előírásá tették: hiszen számukra is egyértelmű, hogy abban minden tanulóknak részesülnie kell, nemcsak azon szerencséseknak, akiknek az iskolája egészségfejlesztővé válik” (Somhegyi, 2023. 17.).

Mégis, az egészségfejlesztő iskolák *megvalósulásával* kapcsolatban jelentős elégedetlenség tapasztalható. A WHO és az UNESCO főigazgatói nem alaptalanul fogalmaztak úgy, hogy az egészségfejlesztő iskolák koncepciója kapcsán 1995 óta nem sikerül elérni azt, hogy az oktatási rendszer intézményesült, integrált és fenntartható részévé váljon (WHO és UNESCO, 2021).

Bár az intézményesülés terén a TIE jelentős eredményeket mutathat fel, az iskolai egészségfejlesztés integráltságával és fenntarthatóságával magyar viszonylatban is vannak nehézségek. Ahogy Somhegyi az egészségfejlesztő iskola minimumszintjét képviselő TIE kapcsán fogalmaz:

„Nálunk más nehézségen kell úrrá lennünk: minden eszközzel és módon segítenünk kell a pedagógusokat a TIE mind a négy egészségfejlesztési alaptervekenyisége egyre jobb végzésében” (Somhegyi, 2023. 18.).

De nemcsak a szakmapolitikai döntéshozók részéről fogalmazódnak meg fenntartások. Herlitz és mtsai (2020) szisztematikus szakirodalmi elemzésükben 18 db észak-amerikai és európai iskolai egészségintervenciós program tanulságait dolgozták fel. A szerzők rámutatnak: annak ellenére, hogy az iskolai egészségintervenciók hatékonyságát évtizedek óta folyamatosan vizsgálják, kevés bizonyíték van arra, hogy a kísérleti fázis lezárulása után folytatódnak ezek a programok. Az elemzésben feltárt okokból két olyan aspektust emelünk ki, melyek részvételi akciókutatásunk szempontjából is lényegesek. (1) Az iskolai teljesítménynek adnak prioritást a tanárok, az igazgatók és a tankerületi vezetők is, így az iskolai egészségfejlesztés háttérbe szorul. (2) A pedagógusok nem tekintik szakmájukba vágónak az iskolai egészségintervenciókat, és nagymértékben bizonytalanok feladataik megvalósításában, ezért igénylik az állandó szakmai felügyeletet (Herlitz és mtsai, 2020).

Tovább árnyalja a képet Bittlingmayer és Okcu elemzése, akik a németországi tapasztalatokat dolgozták fel az egészségfejlesztő iskolák megvalósításával kapcsolatban. Arra jutottak, hogy az egészségfejlesztő iskolák és a német köznevelés értékrendje és gyakorlata közt oly mértékű strukturális ellentmondások feszülnek, melyeket még a legjobb németországi programok sem voltak képesek feloldani (Bittlingmayer és Okcu, 2022).

A részvételi akciókutatás elméleti háttere

Tanulmányunk célja, hogy az egészségfejlesztő iskola implementációs nehézségeinek mélyebb megértéséhez az egészségfejlesztésben is képzett, és a köznevelésben is napi szinten dolgozó magyar pedagógusok tapasztalatainak feltárása révén kerüljünk közelebb. E kvalitatív kutatási cél operacionalizálására a részvételi akciókutatás (RAK) módszerét alkalmaztuk.

E módszer eredetileg a társadalmi kirekesztés csökkentésére és az érintettek képessé tételére irányuló társadalomtudományi módszerként vált ismertté, ahol a kutatók a társadalom peremére szorult közösségekkel, más néven „laikusokkal” vagy érintettekkel együttműködve olyan önreflexív folyamatokat facilitálnak e közösségekben, amelyek hozzásegítik az érintetteket ahhoz, hogy életkörülményeik javítása érdekében cselekedni kezdjenek (Málovics, 2019; Park, 2019).

Azonban más kutatási célkitűzések vonatkozásában is felmerült a részvételi akciókutatás módszertanában rejlő lehetőségek felhasználásának igénye (Jacobs, 2016). Neveléstudományi kontextusban a RAK elsősorban olyan kutatási módszerként került a figyelem középpontjába, amely *konkrét közösségi problémák kezelésében értékes gyakorlati tudás* jellemzőinek feltárására alkalmas, az érintett közösség tagjainak aktív bevonásával (Jacobs, 2016; Kaluzeviciute és mtsai, 2021). Az iskolai egészségfejlesztés témájában is egyre gyakrabban alkalmazzák a részvételi akciókutatást, mert alkalmas az iskolai kontextus mélyebb megértésére, miközben akár egészségfejlesztést szolgáló pedagógiai módszerként is funkcionálhat (Jacobs, 2016; Kaluzeviciute és mtsai, 2021; Kollányi és Várfi, 2023).

A RAK neveléstudományi kontextusban sem követi a hagyományos, pozitivistá kutatási megközelítéseket, mert a tudás társadalmi konstruáltságát hangsúlyozza, ahol a kutatás a résztvevők bevonásával együtt történik (Jacobs, 2016; Kaluzeviciute és mtsai, 2021).

A részvételi akciókutatás egy folyamatos tanulási és fejlődési folyamat, amelynek során a kutatók és a résztvevők közösen alakítják a kutatást és a társadalmi változást (Jacobs, 2016). Ebben kiemelt szerepe van a reflexiónak, ezért a kutatás során keletkező tudás a kutatók és a résztvevők közötti együttműködésből származik. Ez a megközelítés

elismeri, hogy a valóság többrétegű, és a tudás nem egyetlen objektív valóságon alapul. Ez szemben áll a hagyományos pozitivisták megközelítéssel, amely a kutatót tekinti az egyetlen tudásforrásnak.

A kutatók a résztvevőkkel együttműködve határozzák meg a kutatási kérdéseket, gyűjtik és elemzik az adatokat, és értelmezik az eredményeket. A RAK célja az is, hogy a kutatás eredményei konkrét változásokhoz vezessenek a gyakorlatban. A kutatás nem öncélú, hanem a felmerülő problémák megoldására, a résztvevők életminőségének javítására irányul. A RAK nemcsak a tudás bővítését, hanem a közösségi és társadalmi változásokat is elősegíti (Jacobs, 2016).

A részvételi akciókutatás ciklikus. *Egy ciklus cselekvési, megfigyelési, reflexiós és tervezési szakaszokra bontható.* A részvételi akciókutatás a résztvevők cselekvésével kezdődik, akik megfigyelik a bekövetkező változásokat, majd reflektálnak a tapasztalataikra, és a reflexiók alapján új terveket készítenek (Kaluzeviciute és mtsai, 2021).

A részvételi akciókutatás megvalósításának folyamata

Egészségfejlesztő iskola koncepció a pedagógusok szemszögéből – a részvételi akciókutatás kutatási kérdésének kifejtése

Részvételi akciókutatásunk központi kérdése, hogy az egészségfejlesztésben is képzett, és a köznevelésben is napi szinten dolgozó magyar pedagógusoknak milyen tapasztalatai vannak az egészségfejlesztő iskola koncepció megvalósításával kapcsolatban. Kutatásunk keretében nem arra vállalkoztunk, hogy a magyar köznevelési rendszer egészére kiterjedő, reprezentatív, kvantitatív felmérést végezzünk. Erre vannak más felmérésekből származó reprezentatív eredmények, például az Oktatási Hivatal részéről, a TIE megvalósulásának nyomon követésére (Somhegyi, 2023).

Arra viszont vállalkoztunk, hogy az egészségfejlesztő iskola koncepció köznevelési fogadtatásának mélyebb megértése érdekében olyan kvalitatív kutatást végezzünk, amely a pedagógusok nézőpontjából közelít e kérdéshez. Szakirodalmi áttekintésünkben is kitérünk, hogy eddig elsősorban a népegészségtani szempontok voltak meghatározók. Ez a WHO évtizedes múltra visszatekintő szerepvállalására is visszavezethető, amiben így óhatatlanul is előtérbe kerültek a népegészségtani szempontok.

Magyar viszonylatban, a TIE megvalósításának gyakorlatában is prioritása van a (nép)egészségügyi szemléletmódnak. Somhegyi (2023) TIE-összefoglalójában is egyértelműen azonosítható a rizikóorientált, egészségügyi szemléletmód túlsúlya, például ebben az idézetben: „nem elég egy-egy egészségfejlesztési akció vagy program valamelyik egészség-probléma csökkentésére, hanem az egészségfejlesztésnek minden fő egészség-kockázati tényezőre hatnia kell és intézményesülnie szükséges” (Somhegyi, 2023. 18.). Hiába hívjuk „egészségfejlesztésnek”, attól még ezen kétségkívül fontos feladatok célkitűzéseinek megfogalmazása a rizikóorientált, egészségügyi szemléletmódot tükrözi, így megvalósítása is elsősorban (iskola)egészségügyi (pl. iskolaorvosi és iskolai védőnői) kompetenciákat implikál.

De milyen az egészségfejlesztő iskola a pedagógusok szemszögéből? Miként válhatna az egészségfejlesztő iskola a népegészségügy és a köznevelés közti hatékonyabb együttműködés terepévé? Ezekre a kérdésekre kerestük a választ részvételi akciókutatásunk keretében.

A tanulmányban bemutatásra kerülő részvételi akciókutatás módszertana

Tanulmányunk egy több éves folyamatot felölelő RAK ciklus reflexiós szakaszában készült. A Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézetében számos olyan képzés van (Benkő és Tarkó, 2020; Tarkó és Lippai, 2023), ahol pedagógus végzettségű hallgatóink – terepgyakorlatuk keretében – a saját munkahelyükön, jellemzően valamilyen köznevelési szervezetben, az egészségfejlesztő iskola elveinek megfelelő projektet valósítanak meg.

Részvételi akciókutatási csoportunk kialakítása során áttekintettük azon hallgatóink névsorát, akik az Intézet egészségfejlesztő mentálhigiénikus szakirányú továbbképzési szakán, egészségfejlesztő mentálhigiénikus pedagógus szakvizsgára felkészítő szakirányú továbbképzési szakán, valamint a mentálhigiénés közösség- és kapcsolatépítő mesterképzési szak levelező tagozatán 2021–2025 között terepgyakorlati munkát végeztek. A következő lépésben gyűjtöttük azokat a pedagógus alapvégzettségű hallgatókat, akik terepgyakorlati feladataikat valamilyen köznevelési intézményben, és ezen belül is elsősorban a saját munkahelyükön teljesítették. Ebből az 50 pedagógusból, több szempontot is figyelembe véve, végül 7 pedagógus vált RAK kutatócsoportunk tagjává. Szempont volt, hogy alsó tagozatos, felső tagozatos és középiskolás korosztállyal dolgozó pedagógus egyaránt kerüljön be a kutatócsoportba. Figyelmet fordítottunk arra is, hogy a főállású pedagógusok mellett óraadó pedagógusok és a pedagógiai szakszolgálatban dolgozó pedagógusok tapasztalatai is megjelenhessenek. És törekedtünk arra, hogy a kutatócsoport a pályán töltött idő és a települési háttér (nagyváros, kisváros és falu) szempontjából is minél változatosabb legyen. A fenti szempontoknak megfelelő jelöltekkel egyeztetés kezdődött. Azok, akik számára a közös kutatómunka vállalható volt, részt vettek a RAK reflexiós és tervezési szakaszában is.

RAK kutatócsoportunk pedagógus tagjainak nevét és munkahelyét bizalmasan kezeljük, ezért nem tesszük közzé tanulmányunkban. Ennek kutatásetikai és jogi okai is vannak. A kutatócsoport tagjai saját tapasztalataikra reflektáltak, azonban munkahelyük közzétételével személyes reflexióik egyúttal szervezeti kommunikációnak is minősülnének, ami nem illeszkedik kutatási célkitűzéseinkbe. A tanulmány eredményeit azonban a kutatócsoport minden tagjának tudtával és írásos beleegyezésével közöljük. Kutatásunkat a Szegedi Tudományegyetem Neveléstudományi Doktori Iskolájának Etikai Bizottsága engedélyezte (engedély száma: 3/2022).

A RAK lényege, hogy elméletet és gyakorlatot, cselekvést és reflexiót ötvöz, gyakorlati megoldásokat fejlesztve a közösségeken belüli problémák kezelésére. Ez a kutatásunk cselekvési szakaszára is igaz. A terepgyakorlati feladatok megvalósítása nemcsak az egészségfejlesztő szemléletmód megértését igényli, hanem annak kitapasztalását is, hogy e szemléletmód mentén milyen egészséget fejlesztő szokásokra nyitott az adott munkahelyi közösség. E szokásokra kellett az egészségfejlesztő iskola elveinek megfelelő munkahelyi (lelki) egészségfejlesztési projektet előkészíteni, megtervezni, megvalósítani és értékelni. A terepgyakorlati projektek megvalósítási időszaka egy hónap volt.

A RAK megfigyelési szakasza is megvalósult, hiszen minden hallgató írásban is részletesen dokumentált módon valósította meg terepgyakorlati feladatait.

Jelen kutatásunkban ebből, és az azóta gyűjtött tapasztalatokból kiindulva arra reflektáltunk, hogy az egészségfejlesztő kezdeményezések milyen fogadtatásra találtak hallgatóink iskoláiban. Tanulmányunkban e tapasztalatokat feldolgozva kísérünk meg általánosabb érvényű ajánlásokat is megfogalmazni a magyar köznevelési rendszer számára. A reflexiós szakaszban három panelbeszélgetés valósult meg, egy az alsó

tagozatos, egy a felső tagozatos, és egy a középiskolai szintre fókuszálva. A 3-4 fős panelbeszélgetésekről hangfelvétel készült, melyek átiratait az azokban azonosítható szemantikai egységek tematikus elemzésével (*thematic analysis*) dolgoztuk fel (Braun és Clarke, 2006). E hatlépéses, induktív szövegelemzési módszer keretében az 1. lépés, tehát az *adatok megismerése* után került sor a (2) *kezdeti kódolásra*. A kezdeti kódolás alapját szemantikai egységek képezték. Egy szemantikai egység jellegzetesen egy-egy reflektív megnyilatkozást tartalmazó bekezdés volt, melyben egy beazonosítható jelentési egység kognitív, érzelmi vagy viselkedéses aspektusának valamelyikére, vagy azok valamilyen kombinációjára vonatkozó megfigyelés, tapasztalat megfogalmazására került sor. A szemantikai egységek azonosítását követően minden egység olyan induktív kódot kapott, amely az adott szövegrész jelentésének lényegét képezte le. A szemantikai egységek azonosítása és induktív kódolása a kutatók konszenzusát tükrözi, az egyeztetési folyamat MS Excel táblázatban prezentált adatfeldolgozás formájában zajlott le. A (3) *témák keresése* során a kezdeti kódokból kialakuló magasabb szintű mintázatok, az ún. „témák” azonosítását végeztük el. A témák azonosításának megkönnyítése érdekében előzetesen kategorizáltuk is a szemantikai egységeket. A besorolás egyrészt iskolatípus alapján történt, majd aszerint is, hogy az adott szemantikai egység kire (pl. saját magára, kollégákra, tanulókra stb.) és milyen pedagógiai kontextusra (pl. tanórai, tantestületi stb.) vonatkozik. A kategóriákon belüli opciók megállapítására a szemantikai egységek iteratív feldolgozásával került sor. Ezután tértünk át a kezdeti kódok jelentés szerinti csoportosítására, az átfogóbb al- és fő témák azonosítására érdekében. Ezt követően került sor a (4) *témák felülvizsgálatára*. E lépésben azt ellenőriztük, hogy a kiválasztott témák valóban koherensek és jól fedik-e le az adatokat, illetve valóban értelmezhető struktúráat alkotnak-e. E mintázatok alapján (5) *fogalmaztuk meg a tanulmányban bemutatásra kerülő témákat*. A módszer 6. lépését pedig a tanulmányban található *elemzés* megírása képezte (vö. Braun és Clarke, 2006).

Eredmények

A szemantikai egységek előzetes kategorizációjának eredményei

A tematikus elemzés előkészítő, 3. lépése során a panelbeszélgetésekről készült szöveges átiratok alapján kategorizáltuk a szemantikai egységeket. A feldolgozás során 178 db szemantikai egység volt azonosítható, melyből 37,1% (66 db) alsó tagozatra, 13,5% (24 db) felső tagozatra, és 49,4% (88 db) középiskolákra vonatkozó reflexiókat foglalt magába.

A szemantikai egységek 58,99%-ában (105 db) jelent meg valamilyen pedagógusi, 29,78%-ában (53 db) tanulói, 22,47%-ában (40 db) intézményi és vezetői, és 17,98%-ában (32 db) szülői aspektusból releváns reflexió¹.

A szemantikai egységek 30,34%-a (54 db) tartalmazott az iskola egészére vonatkozó globális reflexiókat, de 29,78%-ban (53 db) tanórai, 25,28% (45 db) tantestületi, 6,74%-ban (12 db) pedagógusképzési, 4,49%-ban (8 db) iskolán kívüli és 3,37%-ban (6 db) kifejezetten családi kontextus volt azonosítható.

A szemantikai egységek affektív, érzelmi kontextusa szempontjából megállapítható volt, hogy a reflexiók 46,63%-ában (83 db) valamiféle kedvezőtlen, negatív érzelmi

1 Részletezve: a szemantikai egységek 24,72%-a (44 db) kollégákra; 17,42% (31 db) a panelbeszélgetésben részt vevő pedagógus saját megélésére; 12,36% (22 db) az intézményi háttérre; 10,11% (18 db) az igazgatókra; 8,43% (15 db) egy-egy tanulóra; 8,43% (15 db) a tanuló-pedagógus-szülő relációra; 4,49% (8 db) az osztályközösségek egészére; 4,49% (8 db) a pedagógus-tanuló relációra; 3,93% (7 db) a pedagógus-szülő relációra; 3,93% (7 db) a tanuló-szülő relációra; és 1,69% (3 db) pedig kifejezetten a szülőkre irányult.

előjelű tapasztalat, megélés fogalmazódott meg. Kimondottan kedvező, pozitív érzelmi előjelű 60 db (33,71%) szemantikai egység volt, a reflexiók 14,61%-a (26 db) pedig ambivalens reflexiónak volt tekinthető, miután kedvező és kedvezőtlen aspektusokat egyaránt felölelő szemantikai egységnek bizonyult. Beazonosítható érzelmi előjel nélküli, semleges reflexió 9 db (5,06%) volt.

A szemantikai egységek iteratív feldolgozásával kialakított kategóriaopciók elemzése alapján megállapítható, hogy a panelbeszélgetésekben az iskolai közösségek főbb aktorai (*stakeholders*) és színterei szempontjából is sokrétű, érzelmi szempontból is sokszínű reflexiók jelentek meg.

A tematikus elemzés eredményei

Egy főtéma mindhárom panelbeszélgetés esetében azonosítható volt, melynek leghitelesebb meghatározását az alábbi idézet nyújtja:

„Az iskolák nem arra vannak berendezkedve, hogy ennek teret adjanak. A köznevelési törvény alapján működnek az iskolák, abban természetesen úgy van megfogalmazva, hogy a legfőbb dolog a gyermek érdeke, de hogy ebben az egészségszemlélet hogy jelenik meg, az nincs nagyon nevesítve. Lehet, hogy egy-egy tantárgyhoz be van sorolva, meg elvi szinten lehet, hogy megjelenik valahol, de ahogy az iskolai oktatás szervezeti / intézményi keretei kialakultak, ott vannak tantárgyak, és ha valaki úgy gondolja, hogy ez fontos, akkor elkezdni csinálni, és eltolja ebbe az irányba ő munkáját, de amúgy...” (középiszkolai tanár, 20 évnél több oktatási tapasztalattal)

Tanulmányunk elméleti részében a WHO, az SHE és a hazai TIE alapküldetéseink alapján részletesen bemutattuk, hogy *népegészségtani szempontból* milyen témáknak és hogyan kellene teret adni a köznevelési intézményekben. Azt is áttekintettük, hogy az egészségfejlesztő iskola szemléletének gyakorlati megvalósításával kapcsolatban nehézségekről számol be a hazai és a nemzetközi szakirodalom is. E főtéma arra hívja fel a figyelmet, hogy az implementációs nehézségek magyarázata az is lehet, hogy „az iskolák nem arra vannak berendezkedve, hogy ennek teret adjanak”.

A panelbeszélgetések szemantikai egységeinek tematikus elemzése során azonosított témák az alábbi pontokban összegezhetők.

1. Az iskolák élete alapvetően *a tanulási eredményekben megmutatkozó teljesítményelvárások köré* szerveződik. E témát illusztrálják az alábbi idézetek:

„A mi iskolánkban abszolúte a gyerekeknek is, szülőknak is, és a nálunk dolgozó tanárok zömének [...] az a célja, hogy továbbtanulásra felkészítse a gyerekeket. És, hogy elérje az a gyerek, aki bejön, azt a célt, amit kitűzött maga elé, hogy erre vagy erre az egyetemre felvegyék. Semmi más elvárásuk sincsen.” (középiszkolai nyelvtanár, 20 évnél több oktatási tapasztalattal)

„Haladni kell a tanterv szerint, nincs elég idő megbeszélni az órán felmerülő problémákat a nagy osztálylétszám, és a szűkös időkeretek mellett, és közben mindenki feszült és ideges a nagy elvárások miatt. A felső tagozatra ránehezedik a középiszkolai felvételi súlya. Ez sokszor már nagyobb teher lehet, mint az érettségi.” (általános iskolai matematikatanár, 20 évnél több oktatási tapasztalattal)

„...az a kérdés, hogy a vezetőség részéről mi a fontos. Nálunk a mérések. Nem tudom, nagyon rá vagyunk a kompetenciamérésre fókuszálva, hogy visszajelzést kapjunk magunkról, hogy hogy végezzük a munkánkat.” (tanító, 20 évnél több oktatási tapasztalattal)

2. A teljesítményelvárások jelentőségét a köznevelési rendszer összes érintettje (*stakeholders*), vagyis a gyermekek, a szülők, a pedagógusok és a döntéshozók kapcsán is megfogalmazták a válaszadó pedagógusok, mégpedig egy erősen kompetitív, versengő kontextusban.

E témát a gyermekekre, a szülőkre és a pedagógusokra vonatkozó szemantikai egységekből vett idézetekkel is illusztráljuk. A gyermekek esetében ez a téma például az alábbi módon jelent meg:

„A gyermekek között is erős a verseny. Már nem elég, hogy négyes vagy ötös, hanem az is számít, hogy hány százalék, és emiatt is van verseny köztük.” (általános iskolai matematikatanár, 20 évnél több oktatási tapasztalattal)

A 2. téma szülői vonatkozásainak néhány aspektusát illusztrálják az alábbi idézetek:

„És senki, egyetlen egy szülő nem fogja neki [a pedagógusnak – a szerzők] megköszönni, hogy [a gyermeke – a szerzők] egészséges lélekkel végigcsinált négy évet, ha kettesre fog leérettségizni. Ha választani kell, a szülő a teljesítményt választja, nem az egészséget.” (középfiskolai nyelvtanár, 20 évnél több oktatási tapasztalattal)

„És a szülők mindenre is beiratják a gyermeküket, mert félnek attól, hogy lemaradnak valamiről, ha nem jár. Nincs idejük elmélyedni valamiben, mindennel is foglalkozniuk kell, nyelvtanulás, sport, balett stb.” (általános iskolai matematikatanár, 20 évnél több oktatási tapasztalattal)

A 2. téma a pedagógusokkal kapcsolatban, jellegzetesen az alábbi formákban bukkant fel:

„... [korábbi munkahelyem] Nem versenyistálló, nincsen teljesítményteher. Ez volt az elején. De amikor ott elkezdődött a munka, akkor a tanárok részéről jött az, hogy nem ennek az állapotnak a megőrzése volt a cél, hanem hogy legyen valami eredmény. [...] És akkor nem marad meg, hogy jól van, nem kell annyira agyontérhelt magunkat, a lényeg az, hogy jól érezd magad, hanem ezt úgy elengedik, és a háttérbe kerül, és akkor inkább a teljesítmény felé megy még az alacsony pontszámmal felvett gyerekek további oktatása is.” (középfiskolai tanár, 20 évnél több oktatási tapasztalattal)

„[...] az alapján lettünk megítélve, hogy ki mennyire hasznos mozdony az iskola számára, tehát milyen versenyeredményeket tud felmutatni, milyen eredményeket tud felmutatni.” (középfiskolai nyelvtanár, 20 évnél több oktatási tapasztalattal)

A teljesítményelvárások jelentőségét mutatja az is, hogy a kutatásunkban feldolgozott szemantikai egységek 54,49%-ának (97 db) volt olyan kezdeti kódja, ami az elemzésben a 2. téma meghatározása során került felhasználásra.

3. A pedagógusok teljesítményfelfogásában azonosítható egy „teher alatt nő a pálma” szólással is fémjelezhető hiedelem. E témameghatározás arra a meggyőződésre utal, hogy a pedagógusnak kizárólag a követelményekkel van feladata, a „pálma”, a tanuló

pedig előbb-utóbb hozzáerősödik majd ehhez. A 3. téma felbukkanásának jellegzetes példája található a következő idézetben:

„Sokszor azért érzik magukat jól a gyerekek [az iskolában – a szerzők], mert az a közösség, amiben vannak, az nagyszerű. Meg ha mégse lenne eredetileg annyira nagyon nagyszerű, akkor is azzá válik, mert ők viszonylag sok teherrel, elvárással, nyomással szembesülnek, és én azt látom, hogy a nehézségek egy közösséget vagy nagyon összekovácsolnak, (mert a bajban ugye összetart az ember), és van olyan, hogy az nagyon megosztja a közösséget. És azok az osztályközösségek, akik »összekovácsolódnak« a nyomás alatt, vagy a nagy elvárások miatt, ők úgy élik meg ezt az iskolát, ezt a négy évet, hogy ez egy csodálatos négy év.” (középiszkolai nyelvtanár, 20 évnél több oktatási tapasztalattal)

4. A teljesítményelvárások mellett az iskolai életnek is van egy jóval informálisabb, kapcsolatorientált aspektusa. Ez a téma ölelte fel a tanár-diák kapcsolat személyesebb vonatkozásait, ideértve például a tanulók egyéni és közösségi támogatását és erőforrásaik gazdagítását is. A 4. téma kialakításához jellegzetesen az alábbi idézethez hasonló szemantikai egységeket használtunk fel:

„... [amikor] kijön bőgve biológiaóráról a gyerek, és beül hozzám, és azt mondja utána az óra végén, hogy »tanárnő, mégiscsak jó volt ez a nap, mert itt ültem németórán«. [...] és amire én nagyon-nagyon büszke vagyok, hogy azt mondja szinte minden gyerek kivétel nélkül, hogy a tanárnő órája volt az egyetlen az egész négy év alatt, ahol tudtuk, hogyha oda beülünk, akkor a tanárnő mosolygós, pozitív, lelkes és egyszerűen csak jó volt ott lenni. Tudjuk, hogy bűdös kölkök voltunk, hogy nem tanultunk, de azalatt a 45 perc alatt feltöltődtünk. És én akkor azt gondolom, hogy nagyon sokat tettem hozzá, lehet, hogy nem lesz mindnek [...] nyelvvizsgálója, de nem biztos, hogy attól lesz neki jó. Mert lehet, hogy el tudta miattam végezni az iskolát, és felvették az orvosira. [...] A gyerekek zöme nálunk jól érzi magát, és ez azért van, mert látják ezt a láthatatlan plusz beletett energiát.” (középiszkolai nyelvtanár, 20 évnél több oktatási tapasztalattal)

Az iskolai élet kapcsolatorientált vonatkozásának jelentőségét mutatja, hogy a szemantikai egységek 60,11%-nak (107 db) volt olyan kezdeti kódja, ami a 4. téma meghatározásába épült be.

5. Az eddigi oktatási módszerek egyre kevésbé bizonyulnak hatékonyak, ezért is kap egyre nagyobb figyelmet az iskolai élet kapcsolatorientált aspektusa. Ez az 5. témameghatározás az alábbi idézettel illusztrálható:

„A kiégést a kollégák körében nagyon nagy problémának tartom. Sok kollégám feszült, stresszes, kiégett. Ennek az is állhat a hátterében, hogy a mostani gyermekek esetében már nem működnek azok a módszerek, amik 10 vagy 20 évvel ezelőtt még hatékonyak voltak. Ez nagyon megerhelő. Sokkal nehezebb a figyelem fenntartása. Finommotorikus problémáik vannak, pl. vonalzóval egy egyenes vonal meghúzása is gondot jelent. És a gyermekeknél nagyon erős szorongás és stressz figyelhető meg. Akár a dolgozatoknál is látható, hogy hullámos a papír, mert annyira izzad a tenyere.” (általános iskolai matematikatanár, 20 évnél több oktatási tapasztalattal)

6. Egy-egy korosztály generációs kihívásai korosztályonként eltérő módon szűrődnek be az iskolai életbe, és e folyamatnak az iskolai egészségfejlesztés szempontjából is jelentősége van. E téma kapcsán gyakran bukkant fel a korosztályi sajátosságok figyelembevételének fontossága. A téma egy-egy sajátos fókuszpontjára világít rá az alábbi három idézet. Alsó tagozaton:

„Én azt látom, hogy a gyerekek ki vannak éhezve a figyelemre, az odafigyelésre, az egyéni odafigyelésre. És hogy ha én valakit így külön tudok hívni, és egymás szemébe nézve beszélgetünk, annak utána mindig van hatása. Annyira nem kapnak olyan figyelmet otthon a szülőktől a családban manapság a gyerekek. Tehát sikítanak, hogy figyeljetelek már rám, hogy segítsetek, hogy valami problémám van. De nem érzékelik. És azért ilyenek, azért vannak ennyire felpörögve, meg azért csinálnak butaságokat. A rossz figyelem is, a negatív figyelem, vagy a büntetés is figyelem. És én azt érzem, hogy sokaknak még az is jobb, mint a semmi.” (tanító, 20 évnél több oktatási tapasztalattal)

Felső tagozaton:

„Felső tagozatban még csak láthatóak a problémák azok számára, akik figyelnek erre, de a gyermekek maguktól a legtöbb esetben nem szólnak.” (általános iskolai matematikatanár, 20 évnél több oktatási tapasztalattal)

Középiskolában:

„Középiskolákban és szakiskolákban dolgozom, főként drámapedagógiai módszerekkel. Azt látom, hogy a középiskolákban tanulók teljesen mások, mint akár anno mi voltunk középiskolában. Jelzik, ha gondjuk van, keresik a segítséget, és a pedagógusok is, főként a fiatalabbak, nyitottak arra, hogy meghallgassák a fiatalokat és segítsenek nekik. Sokféle program, és akció is van arra, hogy segítséget nyújtsanak az azt igénylő fiatalok számára.” (középiskolai drámapedagógus, 10 évnél több oktatási tapasztalattal)

7. Az iskolai élet kapcsolatorientált aspektusa kiválóan ötvözhető az egészségfejlesztési célkitűzésekkel és módszerekkel. E témameghatározást az alábbi altémák felhasználásával dolgoztuk ki. Az altémák esetében először a meghatározásuk olvasható, amit az adott altémához tartozó szemantikus egységekből vett egy-egy jellegzetes idézet illusztrál.

– 7.1. altéma: a szalutogenetikus erőforrások gazdagításának van jelentősége a napi pedagógiai gyakorlatban. Az altéma illusztrációja:

„Talán azt tudnám mondani, hogy nálunk tényleg sok az olyan gyerek, aki nem feltétlenül jut élményekhez, tapasztaláshoz. Otthon nincsen olyan háttér, aki mondjuk akár a nevelésével, akár a személyiségfejlődésével foglalkozna. Azt gondolom, hogy mi próbáljuk megadni azokat a lehetőségeket a gyerekeknek, hogy ők lássák azt, hogy az életben mik azok a dolgok, amik így fontosak lehetnek ahhoz, hogy jól érezzük magunkat, és jól tudjunk működni a világban. Ennek elemeivel, hogy az egészség és az egészségfejlesztés.” (tanító, 5 éves oktatási tapasztalattal)

- 7.2. altéma: a pedagógusoknak van jelentősége a közösségfejlesztésben és a gyermekek szokásainak alakításában. Az altéma meghatározását az alábbi idézet szemléleti:

„Olyan érdekes, hogy akinek így rálátása van az osztályokra, az osztályok lényegében olyanok, mint a pedagógus. Hihetetlen, hogyha a pedagógus nyitott, bulis és jókedvű, és osztálybulin táncolunk, akkor az egy táncolós csapat lesz. Nyolcadik osztályban nagyon jól meg lehet nézni, amikor a bankett van, hogy hogy viselkedik az osztály. És végigviszik azt, amit az első négy évben a tanítótól kaptak. Ha ők csendesek, és csak társasjátékoztak, akkor azt fogják csinálni. És ha nagyon zártak, és nem nyitottak, ha ilyen a pedagógus, akkor olyan lesz az osztály. Tehát annyira nagy hatással van a személyiségünk a gyerekekre, meg a közösségformálásra, hogy nekem ez így egy csoda.” (tanító, 20 évnél több oktatási tapasztalattal)

- 7.3. altéma: a tanórai és a tanórán kívüli pedagógiai módszerek mellett az iskolák szervezeti aspektusának is van egészségfejlesztési jelentősége. Az altéma meghatározása az alábbi idézettel szemléltethető:

„Minden órán lehet valamilyen módon kapcsolódni, úgy hogy a tananyag mellett, vagy abba beleépítve, és akkor az egészségfejlesztő, tudatos szemlélet megjelenik, odafigyelve a gyerekekre. Ne csak a tananyag haladjon, hanem hogy akkor mi van a kis lelkükkel. De tény az, hogy van azért egy teljesítménykényszer, és nem minden tanár tudja ezt ugyanolyan módon a tantárgyába beépíteni, és erre mondom azt, hogy az egész intézményrendszer úgy működik nálunk, hogy van egy órarend, és 8 órakor becsöngetnek, és jönnek az órák. És lehet erre valamilyen megoldást, és látom azt, hogy nemzetközi porondon, több helyen úgy megy, hogy a gyerekek 8 órakor megérkeznek, és van egy megérkező idő, mint nálunk a képzéseken a csoportfoglalkozásokon. És eltelik egy fél óra, jó, most foglalkozunk magunkkal, és jön a kemény matekóra. Ott is az az élet része, hogy egy feladatmegoldásban nem biztos, hogy meg lehet állni, mert ott ül 30 gyermek, hogy egyéni figyelem kialakuljon, hanem arra a 20 perces etapra mindenki legyen annyira felkészült, hogy elbírja ezt a helyzetet. Így is megmarad a tanár egyéni felelőssége, hogy figyeljen a gyerekekre, de akkor intézmény ad egy olyan supportot, hogy nem egy olyan anyaggal kell dolgoznia, aki akkor szedi össze magát reggel 8-kor, hanem már előtte már volt egy ilyen foglalkozáson.” (középiskolai tanár, 20 évnél több oktatási tapasztalattal)

Összegzés és következtetések

A tanulmányban bemutatott részvételi akciókutatás sem mentes azoktól a kutatási korlátoktól, melyek a RAK módszertani sajátosságaiból adódnak. Kutatásunk is egy speciális, kis létszámú, főként dél-alföldi szakembergárda tapasztalataira épült, így az eredmények generalizálhatósága mindenképpen korlátozott. Továbbá a RAK alapvető sajátossága a szubjektív és értékalapú megközelítés, ahol a kutatók is aktív résztvevői a vizsgálati folyamatnak. Ebből adódóan a kvantitatív kutatásokban megszokott módon nem standardizálható a kutatási folyamat, és a kapott eredmények sem függetlenek a kutatói preconcepcióktól. A részvételi akciókutatásból más típusú tudás származik, mint a hagyományosan objektívebbnek tekintett, standardizálhatóbb és reprezentatívabb kvantitatív kutatási eljárásokból, ezért a korábbi eredményekkel való összevethetőség is korlátozott.

Mindezen korlátok szem előtt tartásával a tanulmányban bemutatott tematikus elemzés főbb eredményei az alábbiakban foglalhatók össze.

Az iskolai egészségfejlesztés esetében sem hagyható figyelmen kívül, hogy a köznevelést áthatják a kompetitív teljesítményelvárások. Bourdieu szerint az iskolarendszer társadalmi feladata az, hogy a fiatalokat iskolai teljesítményük alapján a társadalomban elérhető, eltérően privilegizált társadalmi pozíciókba sorolja, és a legkevesebb sűrűdással integrálja őket a meglévő hierarchiákba (Angelusz, 1999; Bittlingmayer és Okcu, 2022). Következésképpen a teljesítményelvárások léte nemcsak egy-egy pedagóguson, igazgatón vagy iskolán múlik, mert azokat a társadalom egésze teremti meg.

Az egészségfejlesztő iskolának nincs realitása, ha a köznevelési teljesítményelvárások erejét és jelentőségét figyelmen kívül hagyja. Nagymértékben akadályozza a koncepció megvalósulását, hogy az iskolai egészségfejlesztés alapdokumentumaiban (vö. Somhegyi, 2023; Vilaça és mtsai, 2020; WHO és UNESCO, 2021) ez a szempont még utalás szintjén sem jelenik meg. Így a gyakorló pedagógusok épp a legfontosabb feladatban nem kapnak szakmai támogatást: abban, hogy e két értéket – a teljesítményt és az egészséget – miként lehet az iskolában összeegyeztetni egymással.

Pedig az egészség mint érték már most is jelen van a pedagógusok munkájában.

Tematikus elemzésünk idézeteiből is kitűnik, hogy a pedagógusok kezében lévő szakpedagógiai eszköztárnak kapcsolatteremtő, személyes megküzdési erőforrásokat gazdagító és közösségfejlesztő ereje is van. Egy példa ennek jelentőségére. Magyar adatok alapján a diákkiegészés szindróma a tanulók 15-30%-át komoly mértékben érintheti (Kóródi és mtsai, 2023). Egészségfejlesztési nézőpontból a diákkiegészés gyakoriságát csökkentő proaktív stratégia arra irányul, hogy az iskolában megjelenő követelmények és a tanulók számára elérhető erőforrások arányát előrelátó, proaktív módon egyensúlyban tartsa. Ha a követelmények nem alakíthatók, akkor az erőforrások fejlesztésére érdemes nagyobb hangsúlyt helyezni. Eredményeinkből is kitűnik, hogy ez sokszor annyit jelent, hogy a játék, a feltöltődés, a kreativitás és a közösségi élmény időt és teret kap valamelyik tanórán vagy iskolai eseményen. Egy-egy kapcsolatorientált tanórai vagy tanórán kívüli módszer több holisztikus egészségdimenzióra is hathat egyszerre, így lehet fizikális, mentális, érzelmi, társas, társadalmi és spirituális egészségnyeresége is. De ezek az egészségfejlesztési lehetőségek mindaddig parlagon maradnak az iskolákban, amíg az oktatáspolitikai homlokterében kizárólag a teljesítmény áll.

Az iskolai egészségfejlesztés csapatmunka és csapatépítő munka is a pedagógusok számára. A tantestületen belül is szükséges az egészségfejlesztési feladatok összehangolása,

Tematikus elemzésünk idézeteiből is kitűnik, hogy a pedagógusok kezében lévő szakpedagógiai eszköztárnak kapcsolatteremtő, személyes megküzdési erőforrásokat gazdagító és közösségfejlesztő ereje is van. Egy példa ennek jelentőségére. Magyar adatok alapján a diákkiegészés szindróma a tanulók 15-30%-át komoly mértékben érintheti. Egészségfejlesztési nézőpontból a diákkiegészés gyakoriságát csökkentő proaktív stratégia arra irányul, hogy az iskolában megjelenő követelmények és a tanulók számára elérhető erőforrások arányát előrelátó, proaktív módon egyensúlyban tartsa. Ha a követelmények nem alakíthatók, akkor az erőforrások fejlesztésére érdemes nagyobb hangsúlyt helyezni.

egyeztetése. De a csapatmunka része az iskolaegészségügyi szakemberekkel való kooperáció kialakítása és folyamatos működtetése is. Ugyanakkor e csapatmunka nélkülözhetetlen eleme a csapatépítő munka, azaz a munkahelyi közösségépítés is.

Végül, de nem utolsósorban, mindehhez elengedhetetlen az iskolai egészségfejlesztésben tájékozott, annak jelentőségét ismerő és támogató vezetés, a köznevelés minden igazgatási szintjén.

Eredményeink rámutatnak arra is, hogy az egészségfejlesztő – lelki egészségfejlesztő *szakfeladatok ellátására kiképzett pedagógusokra szükség van* az egészségfejlesztő iskola koncepciójának gyakorlati megvalósulásában. Nemcsak részvételi akciókutatásunkban jelentett óriási értéket a *részt vevő* pedagógusok megalapozott egészségfejlesztési tudása, hanem iskoláik számára is. Egy egészségfejlesztő mentálhigiénéből szakvizsgázott pedagógus, egészségfejlesztés-tanár vagy mentálhigiénés közösség- és kapcsolatépítő szakember az egészségfejlesztő iskola alapértékeinek hiteles képviselőjére is képes, a diákok, kollégák és a szülők irányába is. Emellett pedig az egész iskolai közösséget érintő egészségfejlesztési feladatok előkészítésében és megvalósításában, valamint az egészségműveltség bővítésére irányuló egészségnevelési szakfeladatok ellátásában is jelentős szerepük van (Tarkó és Lippai, 2023). Más irányú tapasztalataink (Benkő és mtsai, 2019) is arra utalnak, hogy a tréning jellegű, rövid képzések leginkább a pedagógusok *érzékenyítésére* alkalmasak. *Egészségfejlesztési szaktudásra diplomát adó egészségfejlesztő-mentálhigiénés képzéseken tehetnek szert a pedagógusok* (Lippai és Vitrai, 2023; Tarkó és Lippai, 2023).

Köszönetnyilvánítás, támogatás

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

Irodalom

- Acolin, J. & Fishman, P. (2023). Beyond the biomedical, towards the agentic: A paradigm shift for population health science. *Social Science & Medicine*, 326, 115950. DOI: [10.1016/j.socscimed.2023.115950](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115950)
- Angelusz, R. (1999, szerk.). *A társadalmi rétegződés komponensei. Válogatott tanulmányok*. Új Mandátum.
- Antonovsky, A. (1980). *Health, stress, and coping*. 1st ed. Jossey-Bass Publishers.
- Benkő, Zs. (2005). Bevezetés az egészségfejlesztésbe. In Benkő, Zs. & Tarkó, K. (szerk.), *Iskolai egészségfejlesztés: Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. 13–28.
- Benkő, Zs. (2019). Az egészség történeti és modern megközelítése. Az egészségfejlesztés fogalma, szemléletmódja. In Benkő, Zs., Lippai, L. & Tarkó, K. (szerk.), *Az egészség az életünk tartópillére. Egészségtanácsadási kézikönyv*. Szegedi Egyetemi Kiadó Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. 15–49.
- Benkő, Zs., Lippai, L. & Tarkó, K. (2019, szerk.). *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](https://doi.org/10.24365/ef.v61i3.616)
- Benkő, Zs. & Vetró, Á. (1995). Egészségfejlesztés, mentálhigiéné, hálózatépítés: Modellkísérlet Szegeden. In Benkő, Zs. (szerk.), „*Ne üljön lelkünkön szenvedés*” *Egészségfejlesztés, mentálhigiéné, hálózatépítés*. Juhász Gyula Tanárképző Főiskola Kiadó. 21–53.
- Bittlingmayer, U. H. & Okcu, G. (2022). Schule aus dem Geist von Public Health? Schulische Gesundheitsförderung aus bildungssoziologischer Perspektive. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 65(7–8), 768–775. DOI: [10.1007/s00103-022-03547-6](https://doi.org/10.1007/s00103-022-03547-6)
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
- Dénes, Z. & Kullmann, L. (2023). A rehabilitációs medicina fejlődése hazánkban, az elmúlt húsz év eredményei. *Orvosi Hetilap*, 164(19), 722–728. DOI: [10.1556/650.2023.32765](https://doi.org/10.1556/650.2023.32765)

- Grossman, R. & Scala, K. (1993). *Health promotion and organizational development: Developing settings for health*. WHO Regional Office for Europe.
- Herlitz, L., MacIntyre, H., Osborn, T. & Bonell, C. (2020). The sustainability of public health interventions in schools: A systematic review. *Implementation Science*, 15(1), 4. DOI: [10.1186/s13012-019-0961-8](https://doi.org/10.1186/s13012-019-0961-8)
- Jacobs, S. D. (2016). The Use of Participatory Action Research within Education-Benefits to Stakeholders. *World Journal of Education*, 6(3), 48. DOI: [10.5430/wje.v6n3p48](https://doi.org/10.5430/wje.v6n3p48)
- Jagodics, B., Kóródi, K. & Szabó, É. (2021). A Diák Kiegészítő Kérdőív szerkezetének vizsgálata magyar mintán. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 76(1), 1–22. DOI: [10.1556/0016.2021.00020](https://doi.org/10.1556/0016.2021.00020)
- Járomi, É. & Vitrai, J. (2017). Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása. *Egészségfejlesztés*, 58(1), 36–48. DOI: [10.24365/ef.v58i1.145](https://doi.org/10.24365/ef.v58i1.145)
- Kaluzeviciute, G., Jessiman, T., Burn, A., Ford, T., Geijer-Simpson, E., Kidger, J., Limmer, M., Ramsay, S. E. & Spencer, L. (2021). Participatory Action Research on School Culture and Student Mental Health: A Study Protocol. *International Journal of Qualitative Methods*, 20, 16094069211047753. DOI: [10.1177/16094069211047753](https://doi.org/10.1177/16094069211047753)
- Kis, B. (2018). Az egészségnevelés fogalma és folyamata. Kooperatív tanulás és egészségnevelés. In Lippai, L. (szerk.), *Testmozgásfokuszú egészségnevelést megvalósító kortárs csoportok kialakításának módszertani ismeretei*. Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet. 34–41.
- Kollányi, Zs. & Várfi, M. (2023). Részvételi módszerek az iskolai egészségfejlesztésben: Az érintettek bevonására épülő beavatkozások. *Iskolakultúra*, 33(1–2), 31–45. DOI: [10.14232/ISKKULT.2023.1-2.31](https://doi.org/10.14232/ISKKULT.2023.1-2.31)
- Kóródi, K., Jagodics, B., Szabó, É., Kunos, N. & Fülöp, M. (2023). Diák kiegészítő hagyományos és alternatív pedagógiai programú oktatási intézményekben. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 78(3), 329–344. DOI: [10.1556/0016.2023.00043](https://doi.org/10.1556/0016.2023.00043)
- Kullmann, L., Cserhádi, P. & Dénes, Z. (2023). Integrált rehabilitációs ellátás II.: Nemzetközi tapasztalatok és tanulságok. *IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja*, 22(3), 5–11. DOI: [10.53020/IME-2023-301](https://doi.org/10.53020/IME-2023-301)
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Government of Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Lippai, L., Tarkó, K., Tanyi, A., Kollányi, Z., Arapovics, M. & Vitrai, J. (2025). A global framework for integrating public health into wellbeing: Why a public wellbeing system is needed. *Frontiers in Public Health*, 13, 1454470. DOI: [10.3389/fpubh.2025.1454470](https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1454470)
- Lippai, L. & Vitrai, J. (2023). Merre tovább a magyar iskolai egészségfejlesztésben? *Iskolakultúra*, 33(1–2), 3–20. DOI: [10.14232/iskkult.2023.1-2.3](https://doi.org/10.14232/iskkult.2023.1-2.3)
- Low, J. & Theriault, L. (2008). Health promotion policy in Canada: Lessons forgotten, lessons still to learn. *Health Promotion International*, 23(2), 200–206. DOI: [10.1093/heapro/dan002](https://doi.org/10.1093/heapro/dan002)
- Málovics, G. (2019). Tudás létrehozása társadalmi hatással karöltve: A részvételi akciókutatás (RAK) megközelítése. *Magyar Tudomány*. DOI: [10.1556/2065.180.2019.8.5](https://doi.org/10.1556/2065.180.2019.8.5)
- Park, P. (2019). Mi a részvételi akciókutatás? Elméleti és módszertani megközelítés. In Udvarhelyi, É. T. & Dósa, M. (szerk.), *A kutatás felszabadító ereje. A részvételi akciókutatás elmélete és gyakorlata*. Napvilág Kiadó. 23–45.
- Prievara, D. K. (2022). *Internethasználat – Egészségesen és tudatosan*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó.
- Somhegyi, A. (2022). Szakdokumentum: Az egészségfejlesztő iskolák kézikönyve. *Egészségfejlesztés*, 63(3), 24–27. DOI: [10.24365/ef.8926](https://doi.org/10.24365/ef.8926)
- Somhegyi, A. (2023). A teljeskörű intézményi egészségfejlesztés (TIE) múltja, jelene és jövője. *Népegészségügy*, 100(1), 11–19.
- Szabó-Prievara, D. K. & Tarkó, K. (2023). A problémás mértékű internethasználat gyermekek körében: – Az Internet Addiction Test for Families (IAT-F) magyar nyelvű alkalmazása. *Iskolakultúra*, 33(1–2), 77–92. DOI: [10.14232/iskkult.2023.1-2.77](https://doi.org/10.14232/iskkult.2023.1-2.77)
- Tarkó, K. (2024). *Életmód és szabadidő ismeretek. Tankönyv*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. <https://eta.bibl.u-szeged.hu/5980/>
- Tarkó, K. & Lippai, L. L. (2023). Iskolai egészségfejlesztő szakemberképzés az 1990-es évektől napjainkig. *Népegészségügy*, 100(1), 20–27.
- Vilaça, E., Schools for Health in Europe Network Foundation & Ingibjörg Guðmundsdóttir. (2020). *SHE school manual 2.0: A methodological guidebook to become a health promoting school* (Updated Jan. 28., 2020). Schools for Health in Europe.
- WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. World Health Organization, Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349652>
- WHO (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- WHO & UNESCO (2021). *Making every school a health-promoting school: Global standards and indicators for health-promoting schools and systems*. World Health Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Absztrakt

A teljeskörű intézményi egészségfejlesztés (TIE) jogszabályi bevezetésével az iskolai egészségfejlesztés megvalósítása minden magyar köznevelési intézmény számára kötelező feladattá vált. Mégis, az egészségfejlesztő iskolai szemléletmód gyakorlati alkalmazásával kapcsolatban csak részsikerekről lehet beszámolni. Ez nemcsak a magyar köznevelésben problematikus, más országok iskolarendszerében is hasonló kihívást jelent az egészségfejlesztő szemléletmód köznevelésbe integrálása. Tanulmányunkban egy olyan részvételi akciókutatás eredményeit dolgoztuk fel, amelyben egészségfejlesztésben is képzett, és a köznevelésben is napi szinten dolgozó pedagógusokkal közösen kerestük a választ arra a kérdésre, hogy tapasztalataik alapján miként valósul meg az egészségfejlesztő iskola koncepciója a mai magyar köznevelési rendszerben. A részvételi akciókutatás sokrétű, kvalitatív eredményei közül egy mindenképpen kiemelendő. Kutatásunk alapján az egészségfejlesztő iskola megvalósítása során meglepően kevés figyelmet kap, hogy a köznevelés működését áthatják a kompetitív teljesítményelvárások. Ez egyrészt azért problematikus, mert ebből adódóan az egészségfejlesztő iskolák elmélete és gyakorlata sem számol a teljesítményelvárásokkal, tehát módszertani támogatást sem biztosít azok kezeléséhez. Másrészt így a pedagógusok sem ismerik fel, hogy a teljesítményelvárások *egészséges* keretek közt tartása érdekében végzett – eddig javarészt láthatatlan – egyéni fejlesztő és közösségépítő tevékenységük miként kaphatna több szakmai és szervezeti támogatást, elismerést.

Kulcsszavak: egészségfejlesztő iskola, teljeskörű intézményi egészségfejlesztés, részvételi akciókutatás