



DOI: 10.18427/iri-2018-0019

# **Az intézményesült iskola-egészségügyi ellátás részvétele az iskolai egészséges életmódra nevelésben, a felvilágosítástól a teljes körű fejlesztésig**

**Karácsony Ilona**

**Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Pécs**  
[karacsony.ilona.h@gmail.com](mailto:karacsony.ilona.h@gmail.com)

## *Az iskola-egészségügyi ellátás kialakulása, felvilágosító szerepe*

A XVIII. század végén a XIX. század elején Európa szerte visszatérő, veszélyes járványok jelentek meg, melyek az élet illetve az egészség veszteségeit előidéző kórképek kialakulásához vezettek, aminek a háttérben a zsúfolt lakhatási, munkahelyi, iskolai körülmények, a nem megfelelő minőségű folyóvíz, a rossz közegészségügyi viszonyok másod sorban az egészséggel kapcsolatos ismeretek hiátusai álltak. A müncheni egyetem tanára Max Pettenkofer a helyzet javítását a közegészségtan fejlődésében, a higiéné, mint önálló tudomány megteremtésében képzelte el, hazai követője is akadt Fodor József, Markusovszky Lajos személyében (Tahin, 2010). Az iskolai szinten megvalósuló intézményesült egészséges életmódra nevelés első lépése az országgyűlés által 1876. február 25-én elfogadott közegészségügyi törvény volt. Tisza Kálmán miniszter zárszava nyomtatékosította Fodor József elképzelését az iskolaoroslás jelentőségéről „Az iskolában kell megvetni az alapját annak, hogy az egészségügy Magyarországon javíttassék” (Ackermanné Kelő, 2006:8). A közegészségügyi törvény rendelkezései kiterjedtek a betegellátásra, a kórházügyre, a munka-, az ipar- és az iskola-egészségügyi ellátásra is. Az iskolaoroslás egyben jelentett orvosi és oktatási tevékenységet is, Fodor József fontosnak tartotta az oktatásügy és a közegészségügy tevékenységeinek egymásba fonódását, nevelési-oktatási és a higiéniai ismeretek együttes megjelenését az iskolákban. Kulcsszereplőjének az iskolaorvost képzelte el, akinek feladata a közegészségügyi szabályok érvényre juttatása, a tanulók egészségi állapotának nyomonkövetése – orvosi vizsgálata és az egészségügyi ismeretek átadása, az egészséges életre - életmódra való igény felkeltésének kialakítása (Kapronczay, 2016; Szeles et al., 1998; Kapronczay, é.n.).

A törvény megvalósulását nehezítette, hogy nem rendelkezett külön szakminisztérium felállításáról, továbbá nem biztosított kellő finansziális háttérrel, ezért hiába írta elő a kisebb falvakban is az orvos tartási kötelezettséget, de ezt ott a forráshiány miatt nem tudták kivitelezni (Ackermanné Kelő, 2006) A közegészségügyi törvény meghaladta a hazai és az adott kor adta lehetőségeket. Az iskolaorvosi ellátás kiépítése lehetőségként került megfogalmazásra, pontos intézkedési terv nem

állt rendelkezésre ennek gyakorlati megvalósításához, a szervezeti felépítés kialakításához. A teendők, feladatok megfogalmazásra kerültek, de ennek a praxisban, országos szinten történő kiépítése még váratott magára (Kapronczay, A magyarországi iskola-egészségügy történetéből). Az iskolák közegészségügyi viszonyainak javítását, a jogszabályok megvalósulását gazdasági társadalmi nehézségek is gátolták (Katona, 1961).

Fodor József irányításával az 1880-ban végzett település-egészségügyi kutatás is további bizonyítékot szolgáltatott, az iskolaorvosi ellátás mielőbbi pontos szabályozásának kidolgozásához. A zsúfolt, jelentős higiénés hiányosságokat mutató népiskolákban a 7–10 évesek körében a gyermekhalandóság 70%-os volt (Kapronczay, é.n.). Azt tartották, az iskolai élet az, mely maga fertőző, ezért a tanintézmények bezárását javasolták (Katona, 1961).

Majdnem tíz évvel a közegészségügyi törvény megszületését követően látott napvilágot az iskolaorvosi hálózat kiépítésére és feladataira vonatkozó 48281/1885. sz. vallás- és közoktatásügyi miniszteri rendelet, és ennek 44250/1887. sz. végrehajtási utasítása (Antall & Kapronczay, 1975). Az iskolaorvosi feladatkör igen sokrétű, komplex, melynek három fontos pilléren volt és van ma is. Elsőként a közegészségügyi feladatokat érdemes megemlíteni, ami az iskolai környezet, az ivóvíz, az iskolaépület higiénéjére, a tanítás eszközök felügyeletére terjedt ki, hiányosságok esetén fertőtlenítés elrendelését is lehetővé téve; a következő jelentős feladatkör a tanulók rendszeres, komplex orvosi ellenőrzését és orvos szakértői feladatokat a különböző tantárgyak alóli felmentéseket foglalta magába végül pedig az iskolaorvosnak egészségtan tanári feladatoknak is meg kellett felelnie (Ackermanné Kelő, 2006; Kapronczay, 2016; Szeles et al., 1998). Az iskolaorvosok ilyen széles sprektumu feladatvégzéséhez megfelelő képesítés vált szükségessé, iskolaorvos-egészségtan tanár oklevél megszerzését írták elő. Az egészségtan tanári képzési részhez a kötelező pedagógiai gyakorlat, a hospitálás, és a mintatanítás is tartozott.

Az iskolaorvosi rendszer bevezetését az egészségtan oktatásában való szerepvállalást igen erős vita előzte meg egyik kérdés az volt, hogy milyen széles körben valósuljon meg az egészségtan tantárgy tanítása, a másik pedig, hogy ki lehet a hiteles információkat átadó személy (Tigyiné Pusztafalvi, 2013). A közvélemény, illetve a pedagógus társadalom ellenezte az orvosok bekapcsolódását az oktatásba, mivel úgy gondolták, hogy csak a tanár képes egyszerűbben, az orvosi szakkifejezéseket mellőzve az egészségtant előadni (Ackermanné Kelő, 2006). Nehézséget jelentett az is, hogy a pedagógusok kezdetben nehezen fogadták az iskolaorvos jelenlétét az oktatási intézményekben, úgy tartották, az iskola nem gyógyintézet, ezért ott főleg az egészségügyi szakemberi jelenlét és felügyelet is. A tanárok nehezen ismerték fel, hogy az iskola lehet az az intézmény, amely a prevenció szemléletének csiráit elültetheti (Antall & Kapronczay, 1975). Az iskola falain belül meg kellett ismertetnie és el kellett fogadtatnia az orvosnak az egészségügyi jelenlét fontosságát, jövőbe mutató előnyeit, melyet nehezített, hogy a népegészségügyi feladatok megoldása az államigazgatásban, a költségvetésben is mellékkérdésként szerepelt (Katona, 1961).

1885-ben a középiskolában valósult meg elsőként az iskolaorvosi ellátás, melynek több magyarzata is volt, a nyugati modellek (Németország, Anglia, Franciaország), az állam erős szabályozó hatása, illetve az elit nevelés itt történt, akik a későbbiekben részt vehettek az ország vezetési feladataiban (Tigyiné Pusztafalvi, 2013). 1886-tól a polgári iskolákban, 1889-ben már a népiskolákban is komplex iskolaorvosi feladatokat alkalmaztak. A polgári fiúiskolákban az egészségtan oktatás

csak az 1918-as tanévtől kezdődően indult meg. 1920-ban a leány gimnáziumokban külön rendelet szabályozta, hogy lehetőleg nő tanítsa az egészségtan tantárgyat és lássa el az iskolaorvosi feladatokat. (Tigyiné Pusztafalvi, 2013). 1887-ben 34 iskolaorvos, 1888-ban már 158, 1896-ban 342, 1909-ben 896 függetlenített iskolaorvos működött és 1347 hatósági orvos látott el népiskolákban iskolaorvosi feladatkört. Tanulmányomban, későbbiekben az iskolaorvoslás történeti aspektusain keresztül az egészséges életmódra nevelés területével foglalkozom mélyebbre hatóan.

Fodor József az egészségügyi felvilágosítást jelentős feladatnak tekintette az iskolaorvosi teendők között, melynek alapjait úgy tartotta az iskolában kell letenni, de fontosnak tartotta a szülők bevonását is (Antall & Kapronczay, 1975) felolvasásokat, előadásokat tartva az emberi testről, az ember életmódjáról, a betegségek kialakulásáról.

A 44.250/1887. sz. végrehajtási utasítás rögzítette Fodor József által megfogalmazott egészségtan oktatáshoz kapcsolódó alapelveket, mely elsősorban a veszélyeztető tényezőkre fókuszált, a népesség egészségét nagymértékben károsan befolyásoló faktorokra (Antall & Kapronczay, 1975) Táplálkozástudományi, a lakáshigiéniai ismeretekről, az élvezeti szerek hatásairól, az egészségügyi intézmények rendszeréről, a test ápolásáról, a betegségek felismeréséről valamint az életmentés alapfogalmairól folyt az oktatás, a tananyag tartalma mellett a tanítás módszertani kérdéseivel is foglalkoztak (Ackermanné Kelő, 2006).

Az 1906. évi 14532 sz. BM rendelet alapján a népiskolákban függetlenített iskolaorvosokat alkalmazhattak, ha nem volt rá lehetőség, akkor továbbra is, de bővített hatáskörrel, a hatósági orvosok látták el a feladatokat. Ez utóbbi esetben az oktatást 1-4 osztályban a tanítókra bízta, melyről jogszabályban nem volt utalás. A tanítók rendelkeztek ehhez szükséges ismeretekkel, melyet a képzésük során kaptak meg. Népiskolai fokon viszont nehézséget jelentett, hogy vidéken többségében képesítés nélküli tanítók dolgoztak, akik sem pedagógiai, sem közegészségügyi tudással nem rendelkeztek (Tigyiné Pusztafalvi, 2013). Az egészségügyi ismeretek átadására vonatkozólag nem voltak szabályok a népiskolákban a tanító nem igazodott sem tematikához, sem az órarendhez az egészségtant akkor tanította, amikor a tanítás jellege azt megkívánta, de a betegségek gyógyításával kapcsolatos ismereteket tilos volt oktatni (Ackermanné Kelő, 2006).

Az előbbiek alapján látható, hogy jelentős szakadék volt az iskolák egészségvédelmi feladatainak megvalósulásában város és vidék, valamint középiskola és népiskola között, ahol legnagyobb szükség mutatkozott, ott tudott legkevésbé megvalósulni a széleskörű feladatrendszerrel megbízott iskolaorvoslásra irányuló feladatvégzés.

A népiskolák életében változást az 1925-ben megjelent új tanterv hozott, amelyben az egészségtan önálló tantárgy lett. 12.644/1925-VII. sz. rendelet egységesítette az iskolaorvosi teendőket; az iskolaépületének – berendezésének, közegészségügyi, környezethigiénés feladatoknak, egységes dokumentáció pontos kitöltési útmutatójának leírásával. 1925-től jelentős változás, hogy iskolaegészségügyi ellátásról beszélnek, mely team munkában valósult meg tanítói végzettséggel rendelkező iskolaegészségügyi gondozó nővérek (Szeles et al., 1998), majd 1927-től Zöldkeresztes védőnők bevonásával a curatív-preventív ellátás egységére építve.

1945-ig csak fővárosban és a vidéki városokban, nagyobb településeken működtek önálló, illetve körzetesített iskolaorvosok, a vidéki falvakban a körzeti orvosok látták el ezt a feladatot. A fővárosban tudott kialakulni az egységes

iskolaorvosi hálózat, az is a középiskolákban, ahol mind a megelőzés - azon belül kiemelendő az egészségtan oktatása -, mind a gyógyítás prioritást kapott, ezzel szemben vidéken esetleges volt a preventív ellátás, az egészségtan oktatása is csak más tárgyakba integrálva, véletlenszerűen történt meg. A gyógyító – megelőző ellátás dualitását képező curatív ellátást biztosító iskola-egészségügyi szakrendeléseknek vidéken még nyoma sem volt látható (Karácsony, 2017).

A 3304/28-6/1949. NM rendelet a kiseddóvó intézetek és az iskolák egészségügyének szabályozása alapján az iskolaorvosnak továbbra is voltak feladatai az egészségtan oktatásban. A célcsoportot a tanulók mellett a tanszemélyzet és a szülők is képezték, akik szintén részesei voltak a felvilágosító tevékenységnek, előadásoknak. A főfoglalkozású iskolaorvosok mellett az általános gondozási feladataikat ellátó védőnők napi 4 órában az iskolákban asszisztensi – orvossegédi, gondozási, közegészségügyi, együttműködési és ügyviteli teendőket is végeztek. Jelentősnek számított, hogy az iskolás tanulókat a védőnők nemcsak az iskola épületén belül gondozták, hanem családlátogatások keretében is. Az iskolaorvos szakmai partnere az iskolai egészségügyi védőnő is részt vett a felvilágosító tevékenységben egészségügyi szakkörök szervezése, vezetése által, másrészt az orvossal közösen a kis egészségőrök, tisztasági felelősök képzésében, ezáltal megteremtve a kortársképzés alapjait az egészséges életmódra nevelésben. 1949-től Oktatásügyi Minisztériumtól – Egészségügyi Minisztérium hatáskörébe került az iskola-egészségügyi ellátás (Karossa-Pfeiffer, 1959).

Az egészségügyi felvilágosító munkát, mivel széles rétegeket érintett az 1950-es években egészségügyi népnevelésként említik. Az iskolaorvos partnerei a felvilágosításban a szülők, a nevelők mellett még a társadalmi szervezetek is pl. a Vöröskereszt, a KISZ. Cél továbbra is Fodor József által megfogalmazottakkal egyezett meg, az egészségügyi ártalmaktól való mentesség, a kórállapotok kivédése, előfordulásának csökkentése. Az iskolában dolgozó orvosnak kiemelt feladatot tulajdonítottak a szülők és a pedagógusok helyes egészségügyi szemléletének kialakításában is, melyet szoros együttműködésben próbáltak megvalósítani. Kölcsönös tájékoztatáson alapuló nevelés koordinátora az orvos volt, a közös munka eredményének tekintették a gyermekekben kialakított egészséges élethez kapcsolódó szokásokat és bizonyos fokú aktív egészségügyi tevékenységet is. A szülő és a tanár példamutatását nagyon fontosnak tartották ezért is helyeztek nagy hangsúlyt az ő egészségügyi felvilágosításukra. Az egészségtan oktatás főbb területei a személyi és környezeti tisztaság, járványügyi felvilágosító munka, valamint a testnevelés és sport egészségügyi követelményei voltak. Továbbra is a tartalom mellett az ismeret átadás hogyanjára, a módszerei is figyeltek, elsősorban az egyéni és csoportos beszélgetést részesítették előnyben, de a kiselőadásokat is hatékonynak tartották, esetleg még az előadás is választható módszernek bizonyult, de ebben az esetben motiváció fenntartását, szemléltetést különös gondossággal kellett megtervezni. Megjelent az „egészségügyi felvilágosító sarok” ami nagyon fontos információs bázist jelenthetett valamennyi az egészségtan oktatásban részesült személy számára, faliújság, plakátok, elvihető prospektusok, kiadványok, füzetek révén. Ebben a korban javasolták kis iskolai egészségügyi könyvtárt létrehozását is. A nemzet egészségügyi kultúrájának szintjét az iskolai felvilágosító munkával állították párhuzamba (Mélykúti, 1959). A felvilágosítás keretében végzett ismeretátadás a nehezen érthető a szaknyelvbe ágyazott egészségügyi szakismertek közvetítése, illetve a téves információk korrekciója volt, mely a higiénia megismertetésére és a fertőző betegségek terjedésének megakadályozására irányult, elsősorban a közegészségügyi helyzet javítását irányozta elő, veszélyeztető

tényezők megismertetését. A felvilágosítás célja az ismeretátadás, ismeretpontosítás volt, főként az egészséget negatívan befolyásoló tevékenységekre összpontosított (Meleg, 2002; Szeles et al., 1998), ami önmagában nem volt elég az egészségvédő magatartás eléréséhez, követéséhez (Métneki, 2001).

### *Országos lefedettségű, alapellátás szintű iskola-egészségügyi ellátás feladatai az iskolai egészséges életmódra nevelésben*

1950- es években megszűnt az iskolaorvosi képzés, egyre kevesebben dolgoztak a praxisban, megoldásként a jól működő iskola-egészségügyi rendszer fenntartását a körzeti gyermekgyógyászok bevonásában látták. Az átszervezés hatására az általános iskolaorvosi feladatokat a körzeti gyermekorvosokra bízta, a középiskolai iskolaorvosi rendszer változatlan maradt. Ez az ellátási forma elsőként a fővárosban tudott kialakulni, s csak 1975-ben megjelent miniszteri utasítás tette országosan egységesé az újjászervezett, de a XIX. század végén megfogalmazott feladatellátáson alapuló iskolás gyermekekre irányuló egészségvédelmet (Pintér, 1998). 1975-től már nevében differenciálták az ellátott korcsoport szerinti ellátást, a középiskolákban ifjúság egészségügyi, illetve az általános iskolákban az iskola-egészségügyi ellátás maradt. Az iskolákban dolgozó orvosok munkatársa a védőnő volt, akinek a feladataiban több önálló terület jelent meg, melyet a főiskolai szintre emelt képzés is lehetővé tett. Az oktatási intézmények egészségügyi ellátásról szóló 23. számú módszertani levél szabályozta az iskola-egészségügyi team feladatait, melyben a mentálhigiénés tevékenységek között került megnevezésre a felvilágosítás helyett az egészséges életmódra és családi életre nevelés orvos és védőnői feladat ellátással, aminek célcsoportja a diákság, tanári testület és a szülők. Ekkor már szerepet kap a magatartásformálás, nevelés. Az iskolákban folyó egészségnevelés az általános nevelésbe szervesen beépült, mely rendszeresen és folyamatosan valósult meg életkori sajátosságokhoz igazított módszerek segítségével, a tanulók aktív bevonásával. Nevelés – oktatás cselekvő részvételt kívánt meg az egyéntől. Fő célkitűzése volt, hogy képessé tegye a tanulókat egészségi állapotukban bekövetkező változások felismerésére, a kialakult helyzet reagálására, döntések meghozatalára, valamint a higiénével kapcsolatos tudás alkalmazására, ha kell korrekció elvégzésére. Az oktatás kitért az egyén és a közösség egészségének pszichoszociális kapcsolatának megismertetésére is. Az iskolai egészséges életmódra nevelés megvalósult egyénileg - személyes beszélgetések, különböző egészségügyi vizsgálatok alkalmával és közösségileg is az iskolai oktatási program, valamint az iskola-egészségügy egészségnevelési terv részeként. Az osztály szinten folyó nevelés – oktatás a következő témakörökre terjedt ki: fiziológiás és kóros testi - szellemi fejlődés jelei, tünetei, teendői; fertőző betegségek tünetei; elsősegélynyújtás alapjai; káros szokások veszélyei; szexuális fejlődés és a pubertás testi-lelki változásai (Ágfalvi, 1986).

Az egészségnevelés rizikófaktor elméleten alapuló, elsősorban a betegségek megelőzésére, meglévő problémák korrigálására, a figyelem felkeltésre irányuló jelen időre fókuszáló preventív tevékenység volt régen és ma is (Ratalics, 2002; Meleg, 2006a) tartalma az orvostudományon kívül társadalomtudomány diszciplínáiból is áll (Gritz, 2007). Az egészségnevelés során elsősorban az egészségi állapot fenntartására irányuló szabályok, a közegészségügyi problémák és a testi nevelés kerül felszínre a lelki egészséggel nem vagy kevésbé foglalkoznak. Az egészséges életmód egyes elemei között nem érvényesül a transzferhatás, párhuzamosan történik

az egyes témakörök ismeretátadása, melyek között kapcsolódás, találkozás nem mutatkozik, nem épül össze egy egységes egészszé, nem lép ki az iskola falain kívül, általában tantárgyak köré épül így az egész iskola nevelési rendszerében nem jelenik meg (Meleg, 2006b).

Az egészségnevelés pozitív magatartásformák és szokások kialakulásának megvalósulására törekszik, magatartásformálás, aminek alapja, illetve magában foglalja az egészségügyi felvilágosítást is, mint tudatformálást (Nyárasdy & Bánóczy, 2009). A személyes, egyéni felelősséget hangsúlyozza, és az egészségi állapotot az egyéni életmódból kiindulva értelmezi. Az egészség javítására a betegségek megelőzése, kezelése révén törekszik, így kulcsszereplő az orvos, az egészségneveléssel foglalkozó szakember, aki eldönti mire van szükség (Naidoo & Wills, 1999).

### *Egészségfejlesztési feladatok megjelenése az iskola-egészségügyi ellátásban*

Napjainkban az iskola-egészségügyi ellátásról szóló 26/1997. (IX. 3) NM rendelet szabályozza minden köznevelési intézményre kiterjedően a nappali rendszerű iskolai oktatásban résztvevő gyermekek, fiatalok egészségügyi ellátását. A feladatokat team munkában az ellátandó diákok létszámának függvényében rész-, vagy teljes munkaidejű iskolaorvos és védőnő végzi szoros együttműködésben az iskola dolgozóival, szülőkkel, és további ágazatok közötti és belüli intézményekkel. Az iskola-egészségügyi ellátás tevékenységeinek sarokpontjai az idők folyamán változatlanok maradtak: megelőző jellegű feladatok (a tanulók szűrővizsgálatai, fogadóórák, járványügyi feladatok), betegellátással kapcsolatos teendők, (elsősegélynyújtás, chronicus beteg gyerekek folyamatos gondozása) szakértői döntéshozatal (testnevelési besorolás, pályaalkalmassági vizsgálatok) és oktatás, egészséges életmódra nevelés (szülők, diákok, pedagógusok részére).

Az iskola-egészségügyi ellátás szakembereinek feladatait, az orvosi és az iskolavédőnői – ifjúsági védőnői teendőket a 2015. évi CXXIII. törvény - az egészségügyi alapellátásról összegzi, melyben mind az egyéni mind a közösségi ellátás biztosítása megjelenik, aminek legfőbb célja az egészség érdekében annak megőrzése, megelőzése és a fejlesztése. Az iskolákban az előbbiekkel párhuzamosan a gyermekek, a tanulók kötelessége és joga a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvényben foglaltak értelmében, hogy „óvja saját és társai testi épségét, egészségét; a szülő hozzájárulása esetén részt vegyen egészségügyi szűrővizsgálaton, elsajátítsa és alkalmazza az egészségét és biztonságát védő ismereteket, rendszeres egészségügyi felügyeletben és ellátásban részesüljön”. A nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012. (VIII.31) EMMI rendelet a tanulók egészségének, biztonságának védelmével kapcsolatos feladatok részletesen tartalmazza. Különösen hangsúlyos területek az egészséges táplálkozás, a mindennapos testnevelés, testmozgás, a testi és lelki egészség fejlesztése, a viselkedési függőségek, a szenvedélybetegségekhez vezető szerek fogyasztásának megelőzése, egészségismeretek széles körének készség szintű elsajátítása (Somhegyi, 2012a). Ez alapján készült el a teljes körű iskolai egészségfejlesztés szakmai koncepciója, mely a szakpolitikai stratégiai irányokkal egyetértésben a döntéshozók és az iskolák dolgozói számára a változási folyamatot elősegítő célokat és gyakorlatban alkalmazható beavatkozási és intézkedési javaslatokat tartalmazza

(Solymossy, 2016). Az iskolai egészségfejlesztés teljes körűségét az előbbi rendelet alapján ez az elképzelés tovább szélesítette, melyek a következők: ismeretátadás – egészségfejlesztés, életmód/egészségmagatartás, iskolai kultúra - pozitív légkör, egyéni mentorálási funkció, megfelelő fizikai környezet, iskolai dolgozók jólléte, megfelelő családi környezet kialakítása, iskolán kívüli közösségek bevonása, közösségi szerepvállalás és egészség szolgáltatások (az egyes tanulókat támogató szolgáltatások). Mindegyes területen a pedagógusoknak fontos partnerei az iskola-egészségügyi ellátás szakemberei, de a legutóbbi tevékenység megvalósításában kiemelkedő az egészségügyi szolgálat egészségfejlesztő feladat ellátása az egészségügyi problémák felismerésében, primer prevenciók tevékenységek megvalósításában, krónikus beteg tanulók gondozásában, a területi alapellátással és szakellátásokkal közös megoldáskeresésben (Teljes körű..., 2015). Az egészségtan oktatásában az iskolaorvos számára továbbra is hangsúlyos feladat maradt az egészségügyi információk közlése a szülőkkel és a pedagógusokkal, a tanulók számára kiemelt terület az önvizsgálattal kapcsolatos alapismeretek tanítása. A védőnő az egészségtan oktatásában is megfogalmazásra kerültek konkrét ismeretkörök; az önvizsgálattal kapcsolatos tudás mellett megjelenik az egészséggel kapcsolatos alapismeretek (személyi higiéné, egészséges életmód, betegápolás, elsősegélynyújtás), a családtervezés, a fogamzásgátlás, a szülői szerep, a csecsemőgondozás, az önvizsgálattal kapcsolatos ismeretek és a szenvedélybetegségek megelőzése is. Az előbb vázoltak alapján jól látható, hogy az iskolaorvoslás kezdetén megvalósult egészségügyi felvilágosító tevékenység feladatkörei, érintettei is jelentősen bővültek a fogalmi változások tükrében újjászervezett teljes körű egészségfejlesztés révén. Az egészségfejlesztés komplex tevékenység összetevője az egészségügyi felvilágosítás, az egészségnevelés, az egészségtanítás, a primer prevenció, a mentálhigiéné (Benkő, 1999) Az egészségfejlesztés multiszektoriális, többféle szintéren megvalósuló, folyamatos cselekvés, melynek előfeltétele az oktatás, biztos jövedelem, társadalmi igazságosság, kulturális háttér (Verses & Kiss, 2007). Az iskolában a megelőzés feladata nemcsak az egészségügyé kell, hogy legyen, igen is fontos a pedagógusok ismeretközvetítése mélyítése, példaadó szerepe, emellett az adott környezet értékadó funkciója is (Meleg, 1997) Az egészségmagatartás formálása szervezetfejlesztésen keresztül valósítható meg, az iskolai pedagógusai, alkalmazottai, az iskolában tevékenykedő egészségügyi szolgálat együttes, egy irányba haladó aktív tevékenysége által, melynek legfőbb partnerei a tanulók szülei és tágabb családja (Benkő, 2010; Meleg, 1997). De az adott szervezeten túl, team munka, különböző tudomány területek szakemberei által végzett tevékenységeknek az összekapcsolódása egy célért, az egészségért (Pál & Harjáné Brantmüller, 2012; Kósa, 2005), társadalmi törekvés és beavatkozás is egyben. Tudatosságot, tervszerűséget kíván meg kormányzati szinten is. Az egészségfejlesztés az ismeret átadáson, információszerzésen túl viselkedésminták, magatartásra és életmódra irányuló készségek elsajátítására is törekszik, több mint, hogyan hárítsuk el a betegséget, több mint ismeret, melynek legkorszerűbb módszere az egészségfejlesztő projektek alkalmazása (Benkő, 2010).

Az egészségfejlesztés az 1980-as évektől kezdett elterjedni párhuzamosan az egészség fogalmában bekövetkező paradigmaváltozással, amikor egyre inkább felismerték, hogy egészségnevelés révén az egyének nem lesznek képesek megváltoztatni hosszútávon és tartósan saját maguk és tágabb környezetük egészségmagatartását (Kósa, 2010).

Az egészségfejlesztés az Ottawa Charta megfogalmazása szerint olyan tevékenység, mely során az egyén képessé válik saját erőforrásait megfelelő hatékonysággal mozgósítani és azt felhasználni, alkalmazni is, ezáltal tudja saját egészségi állapotát a legmagasabb szinten megvalósítani. Feltételeket és az okokat is egyaránt megpróbálja befolyásolni, az egyéni döntéseket, autonómiát helyezi előtérbe, a tanulók együttműködésén túl a velük kapcsolatba álló valamennyi személy összefogására, kooperációjára is számít. Aktív, cselekvő, pozitív tevékenység, mivel szándékai, akarata ellenére senkinek sem fejleszthető az egészsége, partnerséget, részvételt, személyes felelősséget vár el az egyéntől (Benkő, 2009; Meleg, 2006b). Megvalósításának egyik fontos szereplője a pedagógusok mellett az iskolában tevékenykedő egészségügyi ellátás. Az iskola és az egészségügy együttműködése teljes körű, mert az iskola valamennyi szereplőjének, egész egészségét érinti, a humán és tárgyi környezetet is, a mindennapokban mindenkinek van/lesz feladata ebben a tanulónak, a szülőnek, az iskola valamennyi dolgozójának, a társszakmák szakembereinek is. Az egészségfejlesztés komplex hosszú távú folyamat, feladata képessé tevés az egészség választására, mely az egészségerőkre fókuszál, az egészség választását előmozdító tettekre sarkall, melyeknek szükséges megjelenie az iskola mindennapjaiba, minden tantárgyába, minden óráján, s a tanórán kívül nyíltan, vagy áttételesen egyaránt (Somhegyi, 2016, 2012b; Petőné Csima, 2011) ezenkívül a helyi közösségekbe ágyazottan, a helyi állapotokra épülve, több szektor bevonásával, több szintéren, több beavatkozási ponton, koordináltan megvalósuló tevékenység (Járomi & Vitrai, 2017). Az iskola-egészségügyi ellátás a komplex, teljes körű iskolai egészségfejlesztés egy fontos láncszeme a jelenben és lehet a jövőben is, melynek csak egy eleme az egészségnevelés, egészségügyi felvilágosítás.

## Összegzés

Az egészség, mint az egyik legfontosabb értékünk az iskolai évek alatt erősödhet és válhat a felnőtt élet előnyévé, formálásában a pedagógusok mellett az iskola-egészségügyi szolgálatnak is jelentős szerep jut, mint a népegészségügyi feladatok végrehajtója, őre. Az 1800-as évek vége felé nemzetközi hatásra, a közegészségügyi helyzet javítása érdekében alakult ki az iskolaorvosi hálózat. Az egészségügyi szakemberek tevékenysége valamennyi iskola mindennapjába mára már szorosan beépült, ami a XIX. század végén megfogalmazott népegészségügyi teendők hármasságával közel azonos; de a társadalmi, orvostudományi, egészségügyi, pedagógiai változások indukálták/indukálják a tartalom és a megvalósítását szolgáló módszerek folyamatos innovációját. A népegészségügyi feladatok módosultak, bővültek, a megvalósításában szerepet játszó személyek, a tevékenység megnevezése is változott az idők folyamán, de az iskolai jelenléte meghatározó a jelen és jövő nemzedékének egészsége szempontjából. A XXI. század iskola-egészségügyi ellátásának szakemberei a XIX. század végi egészségügyi felvilágosítással és az 1950-es évekbeli egészségnevelési feladatokkal együtt, de módszertanilag megújulva, szakmai tartalommal kibővülve az iskola-egészségügyi ellátás valamennyi feladatkörét magába foglalóan végzik a teljes körű egész egészség fejlesztését, melynek feladata a képessé tevés a teljes egész egészség választására.



## Irodalomjegyzék

- Ackermanné Kelő, K. (2006). Iskola-egészségügyi törekvések a XIX-XX század fordulóján. Az egészségtan beépülés a hazai tantárgy rendszerbe. *Studia Caroliensia*, (2), 5-20.
- Ágfalvi, R. (1986). Egészségnevelés az iskolában. In Ágfalvi, R. (szerk.), *Iskola-egészségügyi kézikönyv* (pp. 228-232). Budapest: Medicina.
- Antall, J., & Kapronczay, K. (1975). Fodor József és az iskolaegészségügy. *Magyar Pedagógia*, 75 (2), 191-200.
- Benkő, Zs. (2010). Egészségfejlesztés a közoktatásban és a tanárképzésben. *Népegészségügy*, 88 (1), 37-42.
- Benkő, Zs. (2009). *Egészségfejlesztés módszertani kézikönyv*. Szeged: Mozaik.
- Benkő, Zs. (1999). Egészségtudományok és egészségfejlesztés oktatása. *Népegészségügy*, 80 (3), 11-18.
- Gritz, A. (2007). Egészségfejlesztés kompetenciái a XXI. században. *Egészségfejlesztés*, 48 (3), 3-9.
- Járomi, É., & Vitrai, J. (2017). Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása. *Egészségfejlesztés*, 58 (1), 36-48.
- Kapronczay, K. (é.n.). A magyarországi iskola-egészségügy történetéből. In *Fejezetek az orvostudomány egyetemes történetéből (oktatási segédanyag)*. Letöltés: [http://www.tudomanytortenet.hu/tankonyvek/a\\_kozegeszsegugy\\_tortenete/index.php?kat=43&id=0&idd=436](http://www.tudomanytortenet.hu/tankonyvek/a_kozegeszsegugy_tortenete/index.php?kat=43&id=0&idd=436) [2017.04.24].
- Kapronczay, K. (2016). A prevenció gondolata az 1876. évi közegészségügyi törvényben. In Kapronczay, K., Kapronczay, K., & Magyar, A. L. (szerk.), *Orvostörténeti közlemények* (pp. 23-26). Budapest: Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár.
- Karácsony, I. (2017). Az iskolák belső világának népegészségügyi szegmense a múlt és a jelen tükrében a jövő felé tekintve. In Ács, K., Bódog, F., Mechler, M. I., Mészáros, O., & Pónusz, R. (szerk.), *VI. Interdiszciplináris Doktorandusz Konferencia 2017: Tanulmánykötet* (pp. 262-270). Pécs: Pécsi Tudományegyetem.
- Karossa-Pfeiffer, J. (1959). Az iskolai egészségügyi védőnő munkafeladatai. In Karossa-Pfeiffer, J., & Melly, J. (szerk.), *Az iskolaorvos zsebkönyve* (pp. 295-300). Budapest: Medicina.
- Katona, I. (1961). Fejezetek az iskolaegészségügy történetéből. = *Communicationes ex Bibliotheca Historiae Medicae Hungarica. Országos Orvostörténeti Könyvtár Közleményei*, (21-22), 221-244.
- Kósa, K. (2005). Lehetőségek a jó egészségi állapot megőrzésére. Megelőzés és egészségfejlesztés. In Barabás, K. (szerk.), *"Gyermekek egészsége" alapismeretek pedagógusok részére az egészségfejlesztéshez* (pp. 41-46). Budapest: Egészségügyi Minisztérium.
- Kósa, K. (2010). Van-e hazai közmegegyezés arról, hogy mi az egészségfejlesztés? *Népegészségügy*, 88 (1), 3-10.
- Meleg, Cs. (2006a). Az iskolai egészségnevelés koncepcionális keretei. In Bárdossy, I., Forray, R. K., & Kéri, K. (szerk.), *Tananyagok a pedagógia szakos alapképzéshez* (pp. 191-213). Budapest: Bölcsész Konzorcium.
- Meleg, Cs. (2006b). Egészség és nevelés = Egészségnevelés? *Mester és tanítványa*, 3 (10), 18-27.
- Meleg, Cs. (1997). Életminőség, egészségmegőrzés és egészségfejlesztés. *Új Pedagógiai Szemle*, 47 (6), 54-60.
- Meleg, C. (2002). Iskolai egészségnevelés: feladat újrafogalmazása. *Magyar Pedagógia*, 102 (1), 11-29.
- Mélykúti, A. (1959). Egészségügyi népevelés. In J. Karossa-Pfeiffer, J. Melly, *Az iskolaorvos zsebkönyve* (pp. 341-348). Budapest: Medicina.
- Métneki, J. (2001). Az egészségügyi felvilágosítástól az egészségfejlesztésig. Történeti visszatekintés. *Egészségnevelés*, 42 (6), 242-248.

- Naidoo, J., & Wills, J. (1999). *Egészségmegőrzés gyakorlati alapok*. Budapest: Medicina.
- Nyárasdy, I., & Bánóczy, J. (2009). *Preventív fogászat*. Budapest: Medicina.
- Pál, K., & Harjáné Brantmüller, É. (2012). A pedagógusképzés és a jövő pedagógusai előtt álló kihívások az egészségnevelés és az egészségfejlesztés területén. *HERJ - Hungarian Educational Research Journal*, 2 (2), 1-7.
- Petőné Csima, M. (2011). A szubjektív életminőség és az egészségmagatartás vizsgálata középiskolások körében. In Barkóczy, L., & Hajdicsné Varga, K. (szerk.), *Nevelés és társadalom: Hagyomány és megújulás* (pp. 241-253). Kaposvár: Kaposvári Egyetem Pedagógiai Kar.
- Pintér, A. (1998). A magyar iskola-egészségügy. In Aszmann, A. (szerk.), *Az iskola-egészségügy kézikönyve* (pp. 8-13). Budapest: Anonymus.
- Ratalics, Á. (2002). Az egészségfejlesztés fogalmának változása Magyarországon, egészségfejlesztési programok tervezése és megvalósítása. *Egészségnevelés*, 43 (2), 89-91.
- Solymossy, J. B. (2016). Teljes körű iskolai egészségfejlesztési koncepció. *Egészségfejlesztés*, 57 (1), 53-54.
- Somhegyi, A. (2012a). A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC törvény elősegíti a teljes körű iskolai egészségfejlesztés módszerszerű megvalósítását I. rész. *Gyermekgyógyászat*, 63 (6), 326-329.
- Somhegyi, A. (2012b). A teljeskörű iskolai egészségfejlesztés országos megvalósítását elősegítő elemek a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC törvényben. *Népegészségügy*, 90 (3), 202-213.
- Somhegyi, A. (2016). Teljeskörű iskolai egészségfejlesztés (TIE): jelen helyzet. *Különleges Bánásmód*, 2 (4), 61-80.
- Szeles, V., Lukáts, Á., & Székely, L. (1998). A magyar iskolaegészségügy története a jogforrások tükrében. *Budapesti Közegészségügy*, 30 (3), 217-226.
- Tahin, E. (2010). „Elérkezettnek látszik tehát az idő, ... hogy itt közegészségtani tanszék felállíttassék”. In Kapronczay, K., Magyar, L. A., Schultheisz, E. Sótónyi, P., & Varga, B. (szerk.), *Három orvostörténetész köszöntése* (pp. 201-214). Budapest: A Magyar Tudománytörténeti Szemle Könyvtára.
- Teljes körű iskola egészségfejlesztési koncepció*. (2015). Letöltés: <http://projektek.egeszseg.hu/documents/17618/2222750/Teljes+k%C3%B6r%C5%B1+iskolai+Eg%C3%A9szs%C3%A9gfejleszt%C3%A9s+Koncepci%C3%B3.pdf/9bd631f4-b027-4802-8cec-3e343f29c5fe> [2017.08.18].
- Tigyné Pusztafalvi, H. (2013). Az egészségnevelés intézményesülésének története. *Educatio*, 22 (2), 224-234.
- Verses, I., & Kiss, J. (2007). Az egészségfejlesztés útja az Ottawai Chartától napjainkig: globalizáció és egyenlőtlenség. *Egészségfejlesztés*, 48 (3), 28-32.