

# Az egészségfejlesztő szakemberek a magyar közoktatásban

## A felsőoktatás válasza

Dr. habil. Benkő Zsuzsanna

Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar,  
Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet

A tanulmányunkban használt kulcsfogalmak (egészség, egészségfejlesztés, az egészségfejlesztés társadalmi alrendszerbeli beágyazottsága) értelmezése után megvizsgáljuk, hogy az egészségfejlesztés miként próbál szervesülni az oktatási alrendszerben, nevezetesen a közoktatás és a felsőoktatás szintjén. Áttekintjük e folyamat állomásait, és a tapasztalatok alapján kísérletet teszünk az eljövendő, véleményünk szerint hatékonyságnövelő irányvonalak megfogalmazására.

### Egészség, egészségfejlesztés

A közelmúlt egészségértelmezéseiben *alapvető paradigmaváltás* zajlott le. „Az egészség a betegség hiánya, az egészség vagy van, vagy nincs” szemlélettől jelentős utat tett meg a fogalom értelmezése, és az erre az új szemléletű, új alkalmazási módszereket követelő egészségfogalomra épülő mozgalom, amely a 20. század végén jött létre és intézményesült, az egészségfejlesztés. Ezt a paradigmaváltást mind történetiségében, mind a fogalom jelentéstartamának változásában – alakulástörténetében – végigkísérni egy önálló, többnapos konferencia témája lenne, mert az ezen a területen született – főleg nemzetközi – szakirodalom jelentősnek mondható. Ez a paradigmaváltás mind a tudományban – lévén multidiszciplináris megközelítésről van szó –, mind a hétköznapi életben, közgondolkodásban nehezen jut érvényre. Általában a paradigmaváltás folyamatában ugyanazon a területen több paradigma is érvényben lehet, azaz az egészségfejlesztésben, a prevencióban, de hasonlóan az orvoslásban és a gyógyításban, de más tudományterületeken is, mint pl. a gazdaságban vagy a politikában. A paradigmaváltás akkor következik be, amikor a tudósok többsége elfogadja az új paradigmát a további tudományos tevékenység alapjaként – vagyis ha az új tudásrend képes intézményesülni, létrehozza saját tudományos intézeteit, tanszékeit, lapjait, illetve átveszi a korábbiak feletti ellenőrzést (Kuhn, 1984).

Mivel az egészségfejlesztés területén jelenleg is paradigmaváltás zajlik, a következőkben röviden összefoglaljuk

az egészségfejlesztés alapjául szolgáló egészségértelmezésünket, amely a nyugat-európai és a tengerentúli egyetemek, kutatóközpontok egészségértelmezésére épít és a *WHO* egészségfejlesztési chartájára alapoz (*Ottawai Charta, 1986, in: Benkő és Tarkó, 2005*):

*Az egészségértelmezés valahonnan valahova halad, ami az új paradigma alapja:*

*Az egészség egydimenziós értelmezésétől a többdimenziós értelmezés felé. Az egészség nem passzív állapot, hanem az egyén cselekvőképességének aktuális eredménye a teljes élet során. Integratív szemlélet hatja át a fogalmat: a természeti, a társadalmi környezet, a rendelkezésre álló erőforrások mértéke, a problémák leküzdése, a sikerélmény, az elégedettség mind-mind az egészség meghatározói között vannak (Becker, 1992, idézi: Benkő, 2005).*

*A betegség hiányának objektív megközelítésétől az egészség szubjektív megéléseig. Az egészség organikus feltételeitől a személyes feltételekig: az egészség alapja nem a test/ a szervezet, hanem az élő személy, aki szubjektíven tapasztalja az egészséget. Ez az élő személy képes az önmegfigyelésre, a célorientált tevékenységre és saját magatartása megítélésére. Az egészséget a problémamegoldásra és az érzelmek irányítására való képességként értelmezzük, ami lehetővé teszi a pozitív énkép, a testi-lelki elégedettség megőrzését és újraartikulálását (Benkő, 2009), (in Badura, 1992, idézi: Benkő, 2005).*

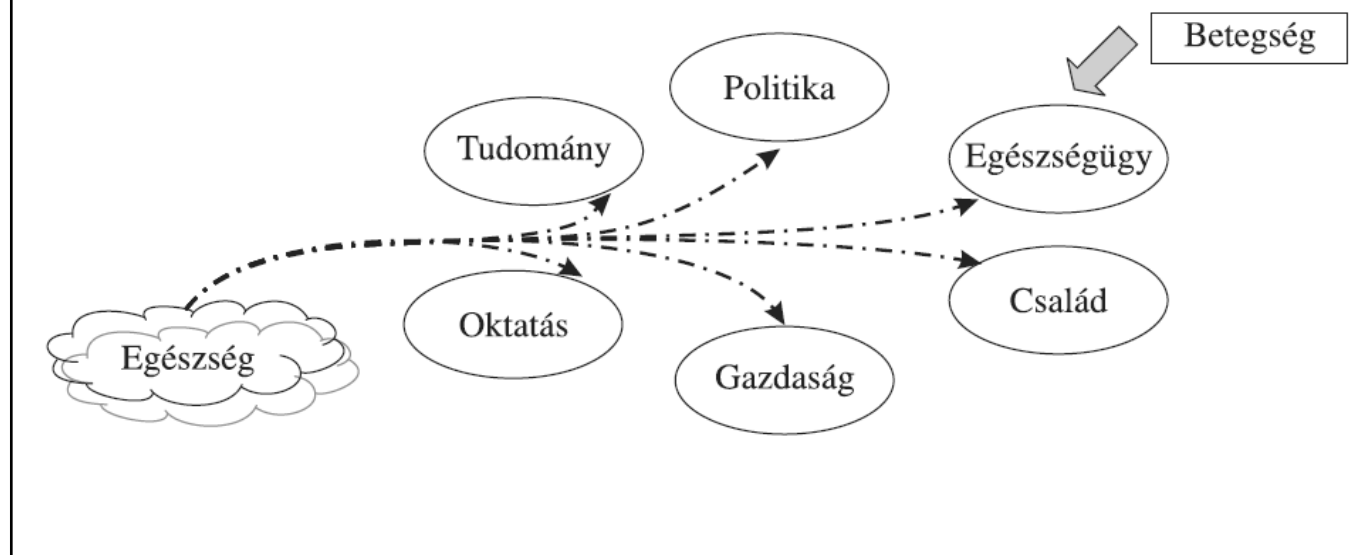
*Az egészség statikus értelmezésétől a dinamikus értelmezésig: az egészség dinamikus folyamat, amelyben az egészség a személy és környezete közötti aktív kölcsönhatás előfeltétele és eredménye. Az egyén környezete követelményei, valamint saját szükségletei és vágyai között teremtett egyensúlyban demonstrálja, hogy egészséges-e. Ezt az egyensúlyt folyamatosan újra kell teremteni. „Az egészség társadalmi bázison alapuló individuális értéként definiálható, ezért beszélhetünk az egészségre történő szocializációról.” (Hurrelmann, 1988).*

Álláspontunk szerint az egészségfejlesztési tematikán belül az egyik legtermékenyebben hasznosítható megközelí-

1. ábra

**A modern társadalmakat felépítő társadalmi alrendszerek és az egészség helye, szerepe**

(Forrás: Luhmann, 1982)



tés Aaron Antonovsky egészségértelmezése. Végezetül ennek főbb gondolatait ismertetjük. Az egészséget Antonovsky szerint szubjektíven éljük meg, és az egyénnek akkor is lehet egészség-érzete, ha krónikus beteg, egészségtelen körülmények között él vagy súlyos krízisben van. Elméletének kiindulópontja az egészség, az 'egészség forrását' kutatta a patogenetikus irányultságú 'betegségek okának' keresése helyett. Tehát vizsgálódásainak kérdése az volt, mitől vagyunk egészségesek (*szalutogenezis*) és nem az, hogy melyek a betegség okai (*patogenezis*).

Két kulcsfogalommal dolgozott: az *Általános Rezisztencia Erőforrásokkal (ÁRE-k)* és a *Koherenciaérzettel (KÉ)*. Maga az elmélet a koherenciaérzetet nevet viseli. Mit jelent a két fogalom és hogyan viszonyulnak egymáshoz? Az *általános rezisztencia erőforrások* olyan biológiai, materiális és pszichoszociális tényezők, amelyek könnyebbé teszik az emberek számára, hogy életüket konzisztensnek, strukturálnak és érthetőnek lássák. Tipikus *ÁRE-k* a pénz, a tudás, a tapasztalat, az önbecsülés, az egészségtudatos magatartás, az elköteleződés, a társas támogatás, a kulturális tőke, az intelligencia, a hagyományok és az életszemlélet. Ezek segítik a személyt a koherens élettapasztalatok felépítésében. Ha egy személy rendelkezik ezekkel az erőforrásokkal, vagy közvetlen környezetében azok jelen vannak, nagyobb eséllyel birkózik meg az élet kihívásaival (Lindström and Eriksson, 2006).

Antonovsky másik kulcsfogalma a *koherenciaérzet (sense of coherence)*, ami azt jelenti, hogy az egyén milyen mértékben rendelkezik *általánosítható, tartós, dinamikus bizalomérzettel* arra vonatkozóan, hogy a *belső és külső környezet eseményei* számára *strukturáltan, kiszámíthatóan, beláthatóan* alakulnak, a *követelményeknek megfelelő erőforrások (ÁRE)* állnak rendelkezésére, és az események számára *kihí-*

*vást jelentenek*, ezért megérik az egyéni erő kifejtését. A *koherenciaérzethez* hozzátartozik a *változtatási képesség, amely a személyes képességek fejlesztésének potenciális lehetőségét rejt magában*. Ezért vált az egészségfejlesztés egyik meghatározó elméletévé (Lindström and Eriksson, 2006).

Végezetül Antonovsky meghatározta a koherenciaérzet komponenseit, amelyek (i) a világ megérthetőségének élménye, – a kognitív komponens; (ii) a kezelhetőség élménye – az instrumentális vagy viselkedéses komponens; (iii) az értelemteliség élménye – a motivációs komponens. A koherenciaérzet (*KÉ*) alkalmazható egyéni, csoportos és társadalmi szinten, és dinamikus változik az élet folyamán. A koherenciaérzet irányultsága és komponensei összekapcsolhatóak (Benkő, 2009; Lindström and Eriksson, 2006).

A stresszorok ebben a modellben is központi szerepet játszanak. Minél jobb az egyén megküzdési stratégiái, minél több tartalék áll rendelkezésére, annál hamarabb sikerül a stresszorok által létrejött nyomást ellensúlyoznia.

### Az egészségfejlesztés helye a társadalmi alrendszerekben

Az egészségfejlesztés társadalmi integrációjának alapját a rendszerszemlélet képezi, ezért a társadalmi illeszkedéssel kapcsolatos gondolatainkat a társadalmi alrendszerek luhmanni elméletére alapozzuk.

A modern társadalmak dinamikáját Luhmann a következő társadalmi alrendszerekkel írja le: gazdaság, politika, média, közigazgatás, oktatás, egészségügy, tudomány, vallás, család. A modern társadalmak funkcionális szempontból differenciáltak, minden egyes alrendszer meghatározott társadalmi feladatokat lát el, de ezzel egyúttal bizonyos szükségleteket is

kielégít más alrendszerek számára (Luhmann, 1982). A társadalmi alrendszerek és szervezeteik között nagyon bonyolult kölcsönhatás van, ugyanakkor autonómok is, fejlődnek és saját „nyelven” kommunikálnak (pl. a gazdaság, a pénz, az oktatás, a tudás nyelve, stb.). Egy társadalmi alrendszer minden külső hatást a saját nézőpontjából értékeli. A társadalmi alrendszerek felosztják egymás között a társadalmi feladatokat, s minden egyes társadalmi alrendszer az összes többiért is végzi saját speciális feladatait. Az egyén szintjén ez úgy jelenhet meg, hogy pl. az oktatási alrendszerben megszerzett kulturális tőkét gazdasági és társadalmi tőkére válthatja át (Bourdieu, 1997). A társadalomban folyamatosan új, megoldásra váró feladatok jelennek meg, amelyek sokszor nehezen illeszthetők az egyes alrendszerek meglévő feladatkörébe, még nehezebben észlelhetők számukra. Mindegyik társadalmi alrendszer a már meglévő intézményrendszerébe integrált feladataira, problémáira fókuszál. Többek között ezzel magyarázható az, hogy a társadalom miért küzd meg nehezen az új problémákkal (Grossmann és Scala, 2004).

Bár maga az egészségfejlesztés a maga modern szemléletével, módszereivel már 15–20 éve jelen van a magyar társadalomban, mégis – a rendszerszemlélet alapján – nagyon nehezen épül be a társadalmi alrendszerekbe.

Nézzük a tanulmányunkban használt harmadik fogalmat: az egészségfejlesztést. „Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely képessé teszi az embereket egészségi állapotuk fokozottabb ellenőrzésére és javítására” (Ottawai Charta, 1986, in: Benkő és Tarkó, 2005). Az egészségfejlesztés a fenti egészségfogalmakra építve – a luhmanni társadalmi alrendszerek értelmében – az összes társadalmi alrendszert megcélozza, kapcsolódva azok elsődleges társadalmi feladataihoz. Minden társadalmi alrendszer más megoldási lehetőségeket kínálhat fel a társadalom számára a komplex egészségfejlesztés érdekében.

Jelen tanulmányunkban a közoktatást és a felsőoktatást vesszük górcső alá, mégpedig az egészségfejlesztés szempontjából. Szűkebb vizsgálati területünk a felsőoktatásnak a közoktatáshoz szervesen kapcsolódó területe, a pedagógusképzés.

A kulturális tőkének, az élet-készségek elsajátításának kulcsszerepe van az egyén egészség-esélyének fejlesztésében, az életminőség javításában, a születéskor várható élettartam alakulásában. A luhmanni társadalmi alrendszerek ismeretében három alrendszert jelölhetünk meg, mint a kulturális tőke szempontjából legnagyobb szerepet játszó alrendszert: a családot, az oktatást és a médiát. Nem elhanyagolandó és elhanyagolható a kulturális tőke megszerzése szempontjából a többi alrendszer – így a politika, a gazdaság, a tudomány és az egyház – szerepe sem.

A két társadalmi alrendszernek – a közoktatásnak és a családnak – egymással szorosan együttműködve van esélye arra, hogy döntő szerepet játsszon az egészség értékének, tudásának és „megszólaltatásának” fejlesztésében, azaz begyakorlásában. A közoktatásnak az egészség értéke mellett olyan társadalmi értékek, mint a nemzettudat, az erkölcsi, esztétikai értékek alakításában, begyakorlásában is döntő szerepet kell vállalnia. (ld. Szőrényi, 2010).

## Mi az egészségfejlesztés célja a közoktatásban és a képzésben?

Az egészségfejlesztés oktatásának elsődleges célja, hogy a szükséges egészségismeretekkel ellátott személyek szabadon választhassanak, dönthessenek. Ezen összetett cél eléréséhez az oktatásnak kognitív (információszerzés, megértés) affektív (érzelmeik, viselkedésminták) és a magatartásra, életmódra (készségek) irányuló elemeket kell tartalmaznia. *A tanulás folyamatát az egészségfejlesztés szempontjából (is) differenciáltan értelmezzük, ami azt jelenti, hogy a tanulás nemcsak funkcionális tudásszerzés, hanem önmagunk észlelése, értékek értelmezése, cselekvési képességek megszerzése, identitáskeresés (Benkő, 2010. 39. o.).* Hogyan lehet ezt megvalósítani? Milyen módszereket érdemes az egészségfejlesztés oktatásában alkalmazni?

Az első két fontos feltétel, hogy az oktatás minden szinten egészség- és cselekvésorientált legyen. E feltétel alapja a paradigmaváltás utáni egészség szemlélet, egészségértelmezés, valamint a korszerű pedagógiai, pszichológiai, szociológiai módszerek integrált alkalmazása.

Az egészség szemlélet közvetítéséhez, interiorizálásához fontos továbbá, hogy a közoktatás a természeti, társadalmi környezetbe integrált egyént, diákot helyezze előtérbe, azaz mindig tartsa szem előtt, hogy a diák – az iskola mellett – családjához, kortárscsoportjához és más kiscsoportokhoz, valamint lakókörnyezetéhez, annak épített és természeti részéhez is tartozik.

A két leghatékonyabb integrált módszer, amelyek iskolai környezetbe is nagyszerűen adaptálhatóak, az empowerment és az egészségfejlesztő projekt (lásd részletesen: Benkő és Tarkó, 2005; Grossmann és Scala, 2004).

Tekintsük át először – a teljesség igénye nélkül – azokat a közelmúltban, a pedagógusképzésben bekövetkezett változásokat, amelyek az egészségfejlesztő tevékenységre való felkészülést szolgálták (Benkő, 2010).

### „Bologna előtt...”

A magyar felsőoktatás Bologna-rendszerű átalakítása előtt, a kilencvenes évek elejétől kezdődően, a pályakezdő és gyakorló pedagógusok számára is léteztek elérhető egészségfejlesztési képzések. Ezek a képzések – a jogszabályi háttér, a Nemzeti Alaptanterv és a pedagógusképzés finanszírozási háttere szempontjából egyaránt – szervesen illeszkedtek a tanárképzés és tanár-továbbképzés rendszerébe (Benkő, 2010. 39. o.). Megalapításuk és indításuk sorrendje alapján az egészségfejlesztéssel kapcsolatos képzések a következőképpen csoportosíthatóak:

1. Kezdetben Magyarországon is elsősorban a gyakorló pedagógusokat (is) megcélzó továbbképzések jelentek meg. Ezek a 30 órás érzékenyítő programoktól kezdve a 120 órás továbbképzéseken át a posztgraduális képzésekig terjedtek. Példaként említhető a „30 órás továbbképzési program pedagógusoknak, segítő foglalkozásúaknak”, amelynek az volt a célja, hogy segítségével a résztvevők képessé váljanak bizonyos, egészséget károsító viselkedésminták felis-

merésére és megelőzésére, példaértékű attitűd felmutatására a velük kapcsolatba kerülő emberek számára (Benkő, 2010. 39. o.). Már ez a 30 órás program is alkalmas volt az elemi szintű egészségfejlesztési ismeretek közvetítésére, figyelemfelkeltésre, morális érték közvetítésére és az egészségfejlesztő beavatkozások szemléletmódjának saját élményen alapuló megtapasztalására (Benkő és Erdei, 2003).

2. A 120 órás továbbképzések már azokat a pedagógusokat célozták meg, akik mélyebben érdeklődtek az egészségfejlesztés iránt, de még *nem kívántak hivatásszerűen foglalkozni* ezzel a területtel. Az ilyen képzések egyik tipikus példája az „Egészségnevelés – mentálhigiéné 120 órás továbbképzés, pedagógusoknak”. A továbbképzés modulrendszerben zajlott, célcsoportját pedig a közoktatásban – óvodában, általános iskolában, szakképző intézményben, gimnáziumban – dolgozó pedagógusok szélesebb rétegei képezték. Ők olyan szemléletformáló, gyakorlatorientált kurzusokat igényeltek, ahol az egészségfejlesztésben dolgozó szakemberek a közoktatásban dolgozóakra szabott módon közelítettek az egészségfejlesztés témaköréhez. A továbbképzés tematikáiban hangsúlyosan szerepeltek az emberismeret és önismeret képességeinek fejlesztéséhez, bármely közoktatási vagy közművelődési intézmény egészségnevelő-mentálhigiénikus feladatainak megvalósításához, egészségnevelési akciók megszervezéséhez, kivitelezéséhez szükséges ismeretek, készségek. A továbbképzés súlypontjait az egyes modulok nevei is világosan kijelölték, illeszkedve a korszerű egészségfogalmakhoz, az egészségfejlesztés komplex elvárásaihoz: „Egészséges életmód”; „Lelki egészségvédelem”; „Egészséges társadalom”; „Konfliktuskezelő tréning” (Benkő és Erdei, 2003).

3. Voltak azonban olyan gyakorló pedagógusok is, akik már *hivatásszerűen* szerettek volna az egészségfejlesztés témakörével foglalkozni. Számukra az „Egészségfejlesztő mentálhigiénikus szakirányú továbbképzési szak” már 1992-től elérhető volt a pedagógusoknak (is) szóló posztgraduális képzések között. Ez a posztgraduális képzés – az interszektoralitás és multidiszciplinaritás szempontjait figyelembe véve – egyszerre volt képes egészségfejlesztő és mentálhigiénés ismereteket nyújtani különböző előképzettségű diplomások számára. A képzés egyik fontos célkitűzése az volt, hogy a résztvevők – pedagógusok, óvónők, védőnők, menedzserek, népművelők, lelkeszek, orvosok, jogászok, rendőrök, katonatisztek, stb. – közös nyelvet alakítsanak ki. Ez a képzés elsősorban nem önálló szakma létrehozását szolgálta, hanem olyan ismereteket, képességeket, szemléletet közvetített, amelyeket a legkülönfélébb szakterületeken dolgozók saját eredeti képzettségükbe és ezáltal alaptevékenységükbe integrálhattak (Benkő, 2010. 39. o.). A 4 féléves, 140 kredites posztgraduális képzés levelező tagozaton indult, 400 tanórából állt. A képzésben oktatott diszciplinákat három területre lehetett csoportosítani: *társadalmi és népegészségtani ismeretek; lelki fejlődés és fejlesztés; medicinális ismeretek*. A képzésben igen jelentős szerep jutott egy negyedik területnek is, amely a gyakorlatorientáltságot volt hivatott szolgálni: *a terepgyakorlatnak*. A résztvevők egyaránt mehettek egészségügyi, oktatási, államgaz-

gatási és nagy rizikójú intézményekbe, profit- és nonprofit-orientált szervezetekbe. Fontosnak tartottuk, hogy a hallgatók lehetőleg más jellegű intézményt ismerjenek meg, mint amilyenben dolgoztak. Ez a pedagógusok számára is jelentősen könnyebbé tette azt, hogy az iskola társadalmi környezetének megfelelő egészségfejlesztő projekteket készítsenek elő és valósítsanak meg (*ezekből a projektekből válogatás: Benkő és Tarkó, 2005*), (Benkő és Erdei, 2003).

A pedagógus alapvégzettségű posztgraduális hallgatók számára nyújtott kínálatunkban szerepelt a *pedagógus szakvizsgára felkészítő egészségfejlesztő mentálhigiénikus program is*. A pedagógus életpálya legmagasabb fokát jelentő képzés azokat a pedagógusokat célozta meg, akik óvodapedagógusi, tanítói, tanári, gyógypedagógusi, kollégiumi nevelői, szociálpedagógusi, könyvtárosi, szakoktatói munkakörben dolgoztak, különösen akkor, ha intézményvezetői; gyakorlatvezető tanítói vagy tanári; szakértői; vizsgaelnöki; szaktanácsadói megbízatást láttak el és a fenti munkakörhöz, megbízatásokhoz szükséges szakmai és pedagógus mesterségbeli ismereteiket szerették volna bővíteni. A képzés alapozó egészségfejlesztési része – a jogszabályi előírásoknak megfelelően – a posztgraduális képzés tematikájára épült. Ezen felül kellett a hallgatóknak teljesíteniük a *kötelezően oktatott tanulmányi területet*, amely a pedagógusi tevékenység ellátásához szükséges elméleti és gyakorlati ismeretek megerősítését és újabb ismeretekkel történő bővítését tette lehetővé. (1993. évi LXXIX. törvény 17. §). A képzés harmadik részében, a *választható tanulmányi terület* szemesztere során pedig a pedagógiai területre fókuszált egészségfejlesztő mentálhigiénikus tanulmányokat folytattak a hallgatók (Benkő és Erdei, 2003).

Rendkívül fontosnak tartjuk azonban annak hangsúlyozását, hogy az egészségfejlesztés nemcsak a pedagógus-továbbképzésekbe épült be, hanem a *graduális pedagógusképzésnek is szerves részévé vált*. A főiskolai és egyetemi egészségtanár-képzés kidolgozásához elengedhetetlenül fontos volt a posztgraduális képzés során kialakult integrált szemlélet és az ott szerzett tapasztalatok. A szak tantárgycsoportjainak kialakításában meghatározó volt a kormány 160/1997. (IX.26.) sz. rendelete a főiskolai és egyetemi szintű egészségtanár-képzés képesítési követelményeiről. A fenti kormányrendelet alapján a főiskolai szintű képzés célja *„olyan tanárok képzése, akik a testi, lelki, szociális egészségfogalomra alapozott egészségügyi, egészségmegőrző és mentálhigiénés ismeretekkel rendelkeznek. Felkészültek arra, hogy a hazai általános képzést folytató oktatási-nevelési intézményekben az 5–10. évfolyamokon, valamint a szakképzésben és az iskolarendszeren kívüli képzésben szakképzésüknek megfelelően tanári oktató-nevelő munkát végezzenek. Továbbá akik az egészséges életmódot, a testi és egészségkultúrát modellként alkalmazzák és közvetítik, illetve egészségügyi és egészségpedagógiai szakismereteik rendszerezésével és alkalmazásával képesek a mentálhigiénés szemlélet kialakítására, tudományterületük alkotó művelésére és továbbfejlesztésére.”* (Magyar Közlöny, 1997/82.). Ezek a főiskolai, egyetemi szintű tanárképzések 1996 és 1998 között indultak el az ország néhány egyet-

emén. Az első diplomával rendelkezők 1999-ben kerültek ki az egyetemekről. Ezeknek a pedagógusoknak még nem volt lehetőségük a közoktatási rendszerbe beépülni, tevékenységüket kifejezni, amikor a felsőoktatás, így – a Bologna-folyamat részeként – a pedagógusképzés jelentős részének teljes átalakítására került sor.

## „Bologna után”

Az egészségfejlesztés területén a pedagógusok alap- és továbbképzését érintően jelentős változások következtek be. A folyamat még ma is tart, így nehéz a változásokat áttekinteni. A legjelentősebbeket az alábbiak szerint összegezhetjük: a kétszintű képzés elvét követve létrejött a *Rekreációs-szervezés és egészségfejlesztés BSc szak (Magyar Közlöny, 2006)*, amely az *Egészségfejlesztés tanár MA szak (Magyar Közlöny, 2006)* egyik bemeneteként szolgál. A Bologna-folyamat és a kreditrendszer erőltetett és gyors bevezetésének, az ezzel járó kapkodásnak köszönhetően sem a bemeneti feltételek, sem a szakmai és módszertani követelmények nem illeszkednek egységes rendszerbe, a megrendelő sem fogalmazhatja meg elvárásait a képzést alapító, indító intézményekkel szemben. A mai napig nem került sor arra, hogy ezen BA-, BSc-képzések – és ide nemcsak a fenti szakok tartoznak – nagy többségét beilleszték a társadalmi alrendszerbe, az azokat alkotó szervezetekbe, feladatkörökbe. Ez a képzésbe kerülőket teljes bizonytalansággal töltheti el. Noha e szakterületek – így a rekreáció és az egészségfejlesztés – „társadalmi” hasznosságát, szükségességét senki sem vitatja, részletes, funkcionális beillesztésük csak részben valósult meg.

Mi szükséges ma ahhoz, hogy a közoktatás megfeleljen az egészségfejlesztési elvárásoknak? Elsősorban határozott *makropolitikai (kormányzati) elköteleződés* szükséges, amely az egészség, mint az egyik legfontosabb érték iskolai szocializálására biztosítja a feltételeket. Ennek a közoktatást szabályozó törvények, jogszabályok és egyéb dokumentumok formájában kell megjelennie. Elengedhetetlen továbbá az egészségfejlesztési feladatok megvalósításához szükséges humán erőforrás biztosítása a közoktatás intézményeiben. A humán erőforrás, azaz – az egészség paradigmaváltása alapján – felkészült, szakképzett pedagógusok és más segítő szakemberek köre az oktatási intézményekben: elsősorban az *egészségtan- és az egészségfejlesztés-tanár MA-végzettséggel rendelkező szakember*, valamint az *egészségfejlesztő mentálhigiénikus pedagógus szakvizsgával rendelkező bármilyen szakos tanár, a rekreációs-szervező és egészségfejlesztő BSc-oklevéllel rendelkező szakember*, valamint az *egészségfejlesztő szemlélettel rendelkező védőnő, gyermekorvos, iskolapszichológus. Fontos szerepet tölthet be még az iskolai egészségfejlesztő teamben a rövid – 30–120 óras – egészségfejlesztő tanártovábbképzésben részt vett pedagógus is.*

Mire képes és alkalmas az egészségtan-tanár? Az egészségtan-tanár a teljes iskolában gondolkodik és cselekszik az egészség értékei, tevékenységei mentén (egészségfejlesztő iskola). Egyedül képes az egészségtan tantárgy egészségfejlesztő szemléletű tanítására. Emellett tudása, módszertani

felkészültsége jól hasznosítható tematikus egészségfejlesztő osztályfőnöki órák tartására, szakkörök vezetésére, iskolai egészségterv, projekt, készítésére, koordinálására, motívált pedagógus kollégák bevonására. Az egészségfejlesztő iskola – e szakemberek vezetésével – integrálja a szülőket, az iskolatöbbi pedagógusát, az iskolával kapcsolatban álló más szakembereket, intézményeket (családsegítő, nevelési tanácsadó, pályaválasztási tanácsadó, drogambulancia, gyermekvédelem, gyámügy, stb.). Az egészségtan-tanárképes az iskolai szereplői számára egyéni és csoportos életmódtanácsadásra, konfliktusok kezelésére.

Hogyan érhető el a fenti állapot a közoktatásban? A közoktatási jogszabályok mellett a felsőoktatásnak is újra szerepet kell vállalnia a hatékony pedagógusképzésben és a többszintű, modulrendszerű tanár-továbbképzésben. E továbbképzés legmagasabb szintjét – a pedagógus életpályamodell szerint – a pedagógus szakvizsgának kell adnia. *Melyik pedagógus milyen szakvizsgát szerezzen?* Ezt az iskola igényeinek, speciális helyzetének kell szabályoznia a törvény által előírt kereteken belül, azaz melyek azok a feladatok, amelyeket a társadalom a közoktatástól vár el, követel meg. *Milyen szakvizsgák jöhetnek szóba?* A pedagógusok alapvégzettségéhez kapcsolódó szakmai, szakmódszertani továbbképzések; a nemzeti értékeinket, kultúránkat közvetítő továbbképzések; a kisebbségek (főképpen a romák) integrálását segítő továbbképzések; az egészségfejlesztést, a mentálhigiénés kultúrát közvetítő továbbképzések, amelyek a családi értékek közvetítését éppúgy magukban foglalják, mint a szexuális kultúrát vagy a művészeti és mozgáskultúrát.

A felsőoktatás és a közoktatás átalakításában elinduló folyamat felcsillanthatja ennek a deklaráltan kormányzati szinten megfogalmazott értéknek, az egészségnek a szocializáció szempontjából legfontosabb társadalmi alrendszerbe, a közoktatásba való szakszerű integrálásának lehetőségét.

## Összefoglalás

Az egészség az egyik legfontosabb érték, az iskola pedig az egyik legfontosabb szocializációs színtér, ezért elengedhetetlen, hogy az egészség iskolai szocializálását az arra képes és alkalmas, felkészült, szakképzett pedagógusok és más segítő szakemberek végezzék el. A modern egészségértelmezés és a jelenleg is paradigmaváltás alatt lévő egészségfejlesztés kulcsfogalmainak, társadalmi szervezési lehetőségeinek áttekintéséből kiindulva vesszük szemügyre a pedagógusképzésben az egészségfejlesztő tevékenységre való felkészülést szolgáló közelmúltbeli változási folyamatokat. A gyakorló pedagógusokat megcélzó rövidebb érzékenyítő programoktól a hosszabb, hivatásra felkészítő posztgraduális képzésekig, valamint a graduális főiskolai és egyetemi szintű egészségtan-tanári végzettségig színes, gyakorlatorientált képzési paletta állt a jövő egészségfejlesztő szakemberei rendelkezésére. A Bologna-folyamat által indukált felsőoktatási szerkezetváltás jelentősen átalakította a pedagógusok alap- és továbbképzési rendszerét, így a fenti rendszerben változást jelentett, hogy az egészségfejlesztés területén is a kétszintű képzés elvének megfelelően létrejött

a *Rekreációs szervezés és egészségfejlesztés BSc szak*, amely az *Egészségfejlesztés-tanár MA szak* egyik bemeneteként szolgál. A felsőoktatás készen áll tehát arra, hogy az egészség, mint kormányzati szinten is fontosnak tartott érték szakszerű közoktatási integrációja megtörténhessen.

## Summary

Health is one of the most important values, and school is one of the most important settings of socialisation, that is why it is crucial to have educators and other helping professionals who are able and competent, prepared and trained for the socialisation for health at schools. Starting from the overview of the key terms of modern health concept and health promotion which is currently under a paradigm change, and looking at the possibilities of its social integration, we study the current

change processes going on in teacher training and preparation for health promotion activities. From shorter, sensitizing programmes for in-service teachers to longer preparations for the profession, as well as to the graduate college and university level health sciences teacher qualification, a colourful educational palette was at the future health promoter professionals' disposal. The change in the structure of higher education induced by the Bologna process has considerably altered the initial and further training system of educators, resulting in the above system of educating health promoting professionals at establishing, on the basis of the two-cycle training, the *Recreation Organisation and Health Promotion BSc degree*, which is one of the inputs of the *Health Promotion Teacher Master*. Higher education is thus ready for the integration of health as a value considered to be important at a governmental level as well into public education.

## IRODALOM

- Benkő Zsuzsanna–Erdei Katalin (2003): *Egészségfejlesztés felsőfokon*. JGYF Kiadó, Szeged.
- Benkő Zsuzsanna–Tarkó Klára (2005, szerk.): *Iskolai egészségfejlesztés. Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez*. JGYF Kiadó, Szeged.
- Benkő Zsuzsanna (2005): „Bevezetés az egészségfejlesztésbe.” In: Benkő Zsuzsanna–Tarkó Klára (szerk.): *Iskolai egészségfejlesztés. Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez*. JGYF Kiadó, Szeged, 13–27.
- Benkő Zsuzsanna (2009): *Egészségfejlesztés. Módszertani kézikönyv*. Mozaik Kiadó, Szeged.
- Benkő Zsuzsanna (2010): „Egészségfejlesztés a közoktatásban és tanárképzésben.” In: *Népegészségügy*, 88. évf. 1. sz. 37–42.
- Bourdieu, P. (1997): „Gazdasági tőke, kulturális tőke, társadalmi tőke.” In: Angelusz Róbert (szerk.): *A társadalmi rétegződés komponensei. Válogatott tanulmányok*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 156–177.
- Grossmann, R.–Scala, K. (2004): *Egészségfejlesztés és szervezetfejlesztés. Egészséges szinterek fejlesztése*. JGYF Kiadó, Szeged.

- Hurrelmann, K. (1988): *Social Structure and Personality Development*. New York: Cambridge University Press.
- Kuhn, T. (1984): *A tudományos forradalmak szerkezete*. Gondolat, Budapest.
- Lindström, B.–Eriksson, M. (2006): „Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development.” In: *Health Promotion International*, Vol. 21., No. 3. 238–244.
- Luhmann, N. (1982): *The Differentiation of Society*. New York, Columbia.
- Szörényi László (2010): „Vigyázat! Csak körültekintően! Az erkölcsi nevelés alapfeltétele, hogy a pedagógus azonos lehessen önmagával.” In: *Magyar Nemzet*, 2010. június 15. [www.mno.hu/portal/719033](http://www.mno.hu/portal/719033)

## JOGSZABÁLYOK, RENDELETEK

- Magyar Közlöny 1997/82. szám A Kormány 160/1997. (IX.26.) Korm. rendelete a főiskolai és egyetemi szintű egészségterv-tanár szakok képesítési követelményeiről.*
- Magyar Közlöny 2006/36/II. szám 15/2006. (IV.3.) OM rendelet 1993. évi LXXIX Törvény a közoktatásról.* [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99300079.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99300079.TV)