Tanulmányok a 19-20. század neveléstörténetének köréből

Neveléstörténet–Művelődéstörténet I.

Pécs, 2024

MAISCH PATRÍCIA – PUSZTAFALVI HENRIETTE –
TAKÁCS ZSUZSANNA MÁRIA

TANULMÁNYOK A 19-20. SZÁZAD NEVELÉSTÖRTÉNETÉNEK KÖRÉBŐL

NEVELÉSTÖRTÉNET – MŰVELŐDÉSTÖRTÉNET I.

Pécs
2024

Az MTA PAB Neveléstörténeti Munkabizottsága kutatói műhelyének sorozata

Sorozatszerkesztők: Pusztafalvi Henriette – Takács Zsuzsanna Mária

Kötetet lektorálták: Ács Marianna és Mohr Szilárd

ISBN 978-963-7068-20-1

Kiadó: Magyar Tudományos Akadémia Pécsi Területi Bizottsága

Pécs, 2024.

TARTALOM

ELŐSZÓ 5

I. KULTUSZ ÉS IDEOLÓGIA 6

STUMMER KRISZTINA: A 19. SZÁZAD MÁSODIK FELÉNEK ÉS A 20. SZÁZAD ELSŐ FELÉNEK NŐKÉPE HAZÁNKBAN 7

NÉMETH ANDRÁSNÉ FARKAS GABRIELLA: PÓSA LAJOS SZEREPE AZ OKTATÓ-NEVELŐ INTÉZMÉNYEK ERZSÉBET KIRÁLYNÉ KULTUSZÁPOLÁSÁBAN 21

VÖRÖS KATALIN: KÖZÉPFOKÚ IPAROKTATÁS AZ OSZTRÁK-MAGYAR MONARCHIÁBAN – AZ OSZTRÁK MODELL – 38

NEMES-WÉBER ZSÓFIA: A PÁRTIDEOLÓGIA MEGJELENÉSE A MAGYAR ÓVÓNŐK ÉLETÉBEN AZ 1950-ES 1960-AS ÉVEKBEN 61

II. EGYETEM ÉS KÖZÖSSÉG 73

MAISCH PATRÍCIA: A POZSONYI EGYETEM PÉCSRE KÖLTÖZÉSÉNEK LENYOMATA A DUNÁNTÚL CÍMŰ NAPILAPBAN (1922-1923) 74

MOLNÁR-TAMUS VIKTÓRIA: MŰVÉSZETI ÉLET ÉS TANÁRI HIVATÁS. MŰVÉSZETI SZEREPVÁLLALÁSOK A DEBRECENI EGYETEM TÖRTÉNETÉNEK ELSŐ PERIÓDUSÁBAN (1914-1949) 89

III. EGÉSZSÉGNEVELÉS, ORVOSI ÉS GYÓGYPEDAGÓGIAI KÉPZÉS 113

DINNYÉS KATALIN JULIANNA – PUSZTAFALVI HENRIETTE: EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS ÉS A NAPJAINKAT MEGHATÁROZÓ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI DOKUMENTUMOK – SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS 114

DEZSŐ KRISZTINA: DERMATO-VENEROLÓGIAI MULÁZSGYŰJTEMÉNYEK AZ EGYETEMI OKTATÁSBAN A KÉT VILÁGHÁBORÚ KÖZÖTTI MAGYARORSZÁGON 126

HODÁSZ KATA: *„…AZ EMBERBARÁTI KÖTELESSÉG ÉS FELEBARÁTI SZERETET NEVÉBEN”*. A GYÓGYPEDAGÓGIAI ISKOLÁZTATÁS KIALAKULÁSA BARANYA MEGYÉBEN (1905-1955) 140

SZERZŐINK 156

ELŐSZÓ

A MTA PAB Neveléstörténeti Munkabizottságának jelen kötetével egy régi álom megvalósulását tartja jelen pillanatban csak virtuálisan kezében a kedves Olvasó, hiszen ezzel indul útjára az a sorozat, amely a Dél-Dunántúlon élő kutatók, valamint a hozzájuk kötődő, de az ország más területein működő, nevelés- és művelődéstörténettel foglalkozó oktatók, kutatók, doktorhallgatók írásait tartalmazza. Sorozatunk ezért is viseli a Neveléstörténet – Művelődéstörténet címet, hiszen a két terület szorosan összekapcsolódik, nem választható el élesen egymástól, valamint ezáltal egy-egy terület tágabb megismerését nyújthatja az Olvasók számára.

Jelen kötet tematikai sokszínűsége is ezt mutatja számunkra, hiszen találhatunk gyógypedagógiához kapcsolódó helytörténeti kutatást, betekinthetünk Pósa Lajos Erzsébet királynéhoz kapcsolódó írásaiba, valamint felfedezhetjük az orvosképzésben, a bőrgyógyászati oktatásnál használt mulázsok történetét is. Olvashatunk a magyar „nőkép" értelmezéséről, majd egy sajtótörténeti kutatást, de megismerhetjük a pártideológia hatását az óvónők életében és az egyetemi oktatók művészeti tevékenységét a debreceni egyetemen, valamint szó esik az iparoktatás múltjáról is.

A kötetnek ezen jellegét szeretnénk a jövőben is megtartani, hogy bemutathassuk az érdeklődők számára azt a sokoldalú kutatói munkát, amelyet a személyes kíváncsiság visz mindig előre.

Pécs, 2024. május

A sorozat szerkesztői

Pusztafalvi Henriette és Takács Zsuzsanna Mária

MTA PAB Neveléstörténeti Munkabizottság elnöke és titkára

DINNYÉS KATALIN JULIANNA – PUSZTAFALVI HENRIETTE

EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS ÉS A NAPJAINKAT MEGHATÁROZÓ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI DOKUMENTUMOK – SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS[63]

Bevezetés

Magyarországon a 20. század végén alapvető változások zajlottak, ennek köszönhetően az egészségfogalom fejlődött-változott, az egészségnevelés és az egészségfejlesztés is követte a társadalmi változásokat (NAGY LÁSZLÓNÉ ÉS BARABÁS, 2011). Az 1960-as években lezajlott események meghatározták az egészségfejlesztés korszakának a kezdetét, hiszen mindezek a tudás bővítését, az esélyekhez való egyenlő hozzáférést és az egyének saját életük feletti kontrollt szorgalmazták (RAINGRUBER, 2017). Jelenleg *Magyarország Alaptörvényének* XX. cikkének 1. bekezdése is egyértelműen kimondja, hogy mindenkinek joga van a testi-lelki egészséghez. Munkánk célja elsősorban az egészségfejlesztés meghatározása; különbséget tenni az egészségnevelés és egészségfejlesztés fogalmai között; majd időrendi sorrendben kívánjuk leírni – a teljesség igénye nélkül – azokat a jelentős tudományos találkozókat, amelyek napjaink egészségértelmezését is meghatározzák az egészségfejlesztés szempontjából. Kutatásunk során a dokumentumelemzés módszerét alkalmazva arra a kérdésre kerestük a választ, hogy ebben a változásokkal teljes időszakban mi jellemezte az egészségfejlesztést. Milyen jelentős események és konferenciák zajlottak, amelyek napjainkig hatást gyakorolnak? Összesen tizenhárom jelentőségteljes szakmai találkozót és dokumentumot foglaltunk össze, amelyek szerepet játszottak napjaink egészségfejlesztése szempontjából. Mindegyik alkalom esetében fókuszálunk a meghatározó elemre, amely hozzájárult az új szemléleti változáshoz, amelyek kardinálisak voltak a holisztikus egészségfogalom fejlődését tekintve.

Hazai első lépések- az egészségtan megjelenése a közoktatásban

Már jónéhány tanulmányban olvashattuk, hogy az egészségfejlesztés viszonylag új fogalomnak számít, mégsem újkeletű (HIDVÉGI ÉS BÍRÓ, 2015; BÁRDOS ÉS KRAICINÉ

[63] A tanulmány az Innovációs és Technológiai Minisztérium ÚNKP-23-4 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs alapból finanszírozott szakmai támogatásával készült.

SZOKOLY, 2018), hiszen az emberiség mindig is vágyott arra, hogy a lehető legtovább éljen és lehetőleg betegségtől mentesen, aktív életet folytasson. Európát tekintve az egészség megőrzésével kapcsolatos első fejlődési szakasz a 18-19. századra tehető, amikor is kezdtek kiépülni az intézmények, és szervezetten a nemzetközi színtéren megjelentek a szakemberek. Hazánkban a kiegyezést követően zajlott le ez a folyamat (PUSZTAFALVI, 2013b), ennek nem mond ellent az, hogy az egészségfejlesztés és egészségnevelés intézményesülése szinte azonos időben folyt le az egész világon, annak ellenére, hogy ekkor az információcsere folyamatát a nehézkesség jellemezte (BARCSI, DINNYÉS ÉS PUSZTAFALVI, 2022). Markusovszky Lajos és Fodor József orvos nevét több szempontból is fontos megemlíteni, hiszen a 19. században nekik köszönhetően honosodott meg a preventív orvoslás eszméje és az egészségnevelés szervezetté válása. Továbbá kidolgozásra kerültek olyan programok, amelyek magatartásváltozást tudtak eredményezni (HIDVÉGI ÉS BÍRÓ, 2015). Ebben a történelmi korszakban mint új szemléletmód terjedt el a preventív orvoslás (mai néven megelőző orvoslás), ami a nemzetközi térben is kezdett teret hódítani (PUSZTAFALVI, 2011). Eleinte csak a testi és fizikai egészségre szűkült az ismeretek átadása (PUSZTAFALVI, 2013b), és ez jól látható az első egészségtani ismeretek megjelenésekor, amelyek az I. Ratio Educationisban (1777) olvashatók (BARCSI, DINNYÉS ÉS PUSZTAFALVI, 2022). Az I. Ratio Educationisban az iskolai nevelés színterén főként a testi fejlődésre koncentráltak, a szabadban eltöltött fizikai aktivitás és a játszóterek kialakítása volt a hangsúlyos (PUSZTAFALVI, 2013b). Az 1868. évi népiskolákról szóló törvény előírta a tankötelezettséget, amelynek köszönhetően egyre szélesebb népréteg részesült elemi oktatásban, ennek köszönhetően elérhetőek lettek olyan tudáselemek is, amelyek a mindennapi élet során váltak fontos tudássá szinte észrevétlenül az olvasmányokon, fogalmazási feladatokon keresztül (PUSZTAFALVI, 2013b, BARCSI, DINNYÉS ÉS PUSZTAFALVI, 2022). Hazánkban az egészségtan oktatása a 19. század második felére, a kiegyezést követő időszakra nyúlik vissza, ahogy az egészségügyi ellátás kiépítése is (PUSZTAFALVI, 2013a, 2013b, 2011). Erre az időszakra tehető az oktatás, a népoktatás és a közegészségügyi rendszer kiépülése is (KAPRONCZAY, 2016). Eleinte a középiskolák tantervében jelent meg az egészségnevelés mint választható tantárgy, később a polgári, majd az elemi iskolák természetrajz tantárgyába illesztve foglalkoztak az egészségtannal. Főként az életmóddal kapcsolatos ismeretek kerültek a középpontba, de így is csekély volt az elsajátított tananyag (PUSZTAFALVI, 2013b). Az e korszakra oly jellemző és kötelező hitélet miatt csak az alapvető biológiai ismereteket adták át a tanulóknak annak érdekében, hogy az információ ne zavarja meg őket a hitükben (PUSZTAFALVI, 2013a). A *„polgári iskola tananyaga nem különbözött a gimnáziumok és reáliskolák ismeretanyagától”*

(PUSZTAFALVI, 2013a: 3), tehát heti 2 órában oktatott tantárgyként volt jelen. 1886-tól az iskolai *Értesítő Füzetek* oldalain ismertették minden évben az egészségtan tantárgyhoz rendelt tankönyveket. Ebben az időben az egészségtan tantárgy oktatása a képzett középiskolai és egészségtan tanár és orvosok feladata volt. *„Az állami középiskolákban finanszírozta az állam a működésüket, más fenntartó esetében pedig maga a fenntartó vállalta a díjazás kifizetését”* (PUSZTAFALVI, 2013a), mindezeken túl kötelező jelleggel kellett foglalkoztatni iskolaorvost az 1890-es évtől kezdődően. A tantervek minden olyan ismeretet tartalmaztak, amely a mindennapi egészséges élethez és annak megőrzéséhez voltak szükségesek.

A 19. században új szakterületek kialakítása és térhódítása az orvosok szerepvállalását követelte, továbbá a preventív szemléletmódot az iskolarendszer kiépülése is erősítette. A feladatok ellátását végző személyt számos vita és kérdés övezte. Kezdetben a papok, lelkészek mint lelki gondozók, majd tanítók és tanárok szerepe, és végül az orvosok elsődlegessége került központi szerepbe. Szegényebb területeken az orvosok hiányát hivatottak pótolni a papok vagy lelkészek segítségnyújtásával. Ezt a korabeli gyakorlatot „Medicina pastoralisnak” nevezték (TIGYI ZOLTÁNNÉ PUSZTAFALVI, 2011). A *„'sápadt' bölcsészeket (tanárokat) nem tartották elég hitelesnek az ismeretek továbbadására”* (PUSZTAFALVI, 2011: 266.). A „viharos 20. században” gyors politikai és gazdasági változások voltak jellemzőek (SZÁVAI, 2015), és ezek az oktatási rendszert is érintették, amelynek a kiépítése és megerősítése stratégiai szintű feladat volt. A kiegyezést követően, az 1891. évi törvénynek köszönhetően nőtt a kisdedóvók száma, és sikeresen elfogadták azt is, hogy az intézmények a kisgyermekek védelmét szolgálják és meghatározó szerepük volt az egészségmegőrzés szempontjából is (PUSZTAFALVI, 2011).

Nemzetközi fogalomhasználat honosítása

HIDVÉGI ÉS BÍRÓ (2015) szerint az orvostudományt uraló angol szaknyelvi irodalom megkülönbözteti a *„health protection”* (egészségvédelem), *„health promotion”* (egészségfejlesztés), *„health education”* (egészségnevelés) és *„health education”* (egészségnevelés) kifejezéseket (GRITZ, 2006 idézi HIDVÉGI ÉS BÍRÓ, 2015). Magyar nyelvű szakirodalmakban a *„health promotion”* angol kifejezés megfelelőjeként az egészségfejlesztés szót alkalmazzák (BÁRDOS ÉS KRAICINÉ SZOKOLY, 2018). Sok esetben az egészségfejlesztést és egészségnevelést szinonimaként használják, nagyon helytelenül (HIDVÉGI ÉS BÍRÓ, 2015).

Az egészségnevelés és az egészségfejlesztés fogalmának pontos meghatározása elengedhetetlen (NAGY ÉS BARABÁS, 2011). A két fogalom nem összekeverendő, hiszen míg

az egészségnevelés során az egyén tudása játszik meghatározó szerepet az egészség kialakulásában, addig az egészségfejlesztés sokkal komplexebb, tágabb kifejezés, amely az egészség érdekében tett intézkedéseket is tartalmazza és magába foglalja az egészségnevelést is (NAGY ÉS BARABÁS, 2011; HIDVÉGI ÉS BÍRÓ, 2015). NAIDOO ÉS WILLS (1999) leírja, hogy a mindennapi gyakorlatban e két fogalom szoros kapcsolatban áll egymással és átfedések is tapasztalhatók. Az egészségnevelés (angolul: *health education) „olyan változatos kommunikációs formákat használó, tudatosan létrehozott tanulási lehetőségek összessége, amely az egészséggel kapcsolatos ismereteket, tudást és életkészségeket bővíti az egyén és a közösség, egészségének előmozdítása érdekében. Az egészségnevelés alapját képezi annak a komplex tevékenységnek, amelyet az egészségfejlesztés megkíván"* (HIDVÉGI ÉS BÍRÓ, 2015: 182).

VITRAI ÉS BORENSZKI-GUTÁSI (2022) megfogalmazása alapján az egészségnevelés oktatási módszerek kombinációja, *„célja, hogy az egyének és közösségek az ismereteik bővítésével, a motivációjuk befolyásolásával és az egészségműveltségük fejlesztésével javítsák egészségi állapotukat"* (VITRAI ÉS BORENSZKI-GUTÁSI, 2022: 39). Az 1960-as években megfigyelhető polgárjogi fejlemények és a női mozgalmak meghatározták az egészségfejlesztés korszakának kezdetét, hiszen mindezek a tudás bővítését, az esélyekhez való egyenlő hozzáférését és a saját életük feletti kontrollt szorgalmazták (RAINGRUBER, 2017).

Az egészséghez és – a hozzá szorosan kapcsolódó – egészségfejlesztéshez (RAINGRUBER, 2017; VITRAI, 2022) a *Lalonde-jelentés* (1974), az *Alma-Atai Nyilatkozat* (1978), a *Koppenhágai Vitairat* (1984), az *Ottawai Charta* (1986), az *Adelaide-i Ajánlások* (1988), a *Sundsvall-i Nyilatkozat* (1991), a *Dzsakartai Nyilatkozat* (1997), a *Bangkoki Charta* (2005), *Nairobi* (2009), a *Helsinki Nyilatkozat*: az *Egészséget az egész politikába* (2013), a *Sanghaji Deklaráció* (2016) és a *Genfi Nyilatkozat* (2021) kapcsolható.

RAINGRUBER (2017) szerint az első hiteles nyilatkozat, a *Lalonde-jelentés* (1974), amely egy kutatócsoport eredményeit összegző dokumentum (BENKŐ, 2009; LIPPAI, 2016). A jelentés azt hangsúlyozta, hogy az egészségfejlesztés nem kizárólag az egészségügyi rendszerrel és az orvosi ellátással kapcsolatos kérdéseket határozza meg (RAINGRUBER, 2017). Ennek a kiadványnak a legfontosabb üzenete az, hogy a környezettel és az emberi magatartás jobbításával a megbetegségeknek és az idő előtti halálozásnak a számát lehetne csökkenteni (BARCSI, DINNYÉS ÉS PUSZTAFALVI, 2022). A jelentés hatására Kanadában a betegségek kezeléséről az egészségfejlesztésre helyezték a hangsúlyt (HIDVÉGI ÉS BÍRÓ, 2015; RAINGRUBER, 2017; BARCSI, DINNYÉS ÉS PUSZTAFALVI, 2022). A *Lalonde-beszámoló*

tartalmazta az egészségügyi terület modellt (*the health field model*), melynek lényege, hogy az egészséget meghatározza az életmód/viselkedés, a biológia, a környezet és az egészségügyi szervezet egyaránt. A jelentés kiemelte, hogy a betegség megelőzése éppen olyan fontos, mint a kezelés és a gyógyítás. Céljuk volt, hogy az egészség érdekében ösztönzően hassanak egyéni és szervezeti szinten a nagyobb felelősségvállalásra. Kezdetben olyan célokat tűztek ki a beavatkozásokkal, mint például a gépjárműbalesetek csökkentése, az ittas vezetés megszűntetése, a biztonsági öv használatának növelése és az alkoholizmus minimalizálása (RAINGRUBER, 2017). Tartalma közel állt azokhoz, akik az addig meghatározó orvosi szemléletmódot nem tartották teljesnek, hiszen nem szabad elválasztani két olyan tényezőt, amely összekapcsolódik: az egyént a környezettől és a társadalomtól, a testet a lélektől, a betegséget a betegtől. Az orvosi megközelítés nem vette figyelembe azokat a tényezőket, amellyel az egyénnek meg kell küzdenie (BARCSI, DINNYÉS ÉS PUSZTAFALVI, 2022). RAINGRUBER (2017) úgy véli, hogy ez a jelentés adta meg az alapot annak a meghatározásnak, miszerint a segítségnyújtás művészete és tudománya az emberek életmódváltását és az optimális állapot elérését segíti (RAINGRUBER, 2017).

Az Egészségügyi Világszervezet 1978-ban adta ki az *Alma-Atai Nyilatkozat*ot, amely azt az elképzelést támogatta, hogy az egészségfejlesztéshez globális együttműködés szükséges, a helyi és közösségi igényeknek kell irányítani az egészségfejlesztési tevékenységeket, hangsúlyozta, hogy a gazdasági és szociális szükségletek formálják az egészséget. Támogatták, hogy az egészségügyi ellátás szerves részét képezi a rendszernek, illetve, hogy az egészségi állapot igényli a saját anyagi forrást, végül pedig több ágazatot és szereplőt kell bevonni az egészségügybe az egészség javítása érdekében (HIDVÉGI ÉS BÍRÓ, 2015; RAINGRUBER, 2017). Ez a nyilatkozat a fejlődő országok számára különösen fontos kérdéseket tartalmaz, hiszen nagyobb mértékben hangsúlyozta az élelmezésbiztonság, a megfizethető egészségügyi ellátás, a béke, az iható biztonságos víz, megfelelő táplálék és a családtervezés témakörét. A gyógyító és rehabilitációs szolgáltatások mellett az egészségfejlesztés szükségességét támogatta. Az *Alma-Atai Nyilatkozat* számos olyan elemet tartalmaz, amely később az *Ottawai Chartá*ban is megjelent (RAINGRUBER, 2017).

Az első nemzetközi egészségfejlesztési konferencia 1986-ban került megrendezésre Kanadában, amelyet az Egészségügyi Világszervezet támogatott (HIDVÉGI ÉS BÍRÓ, 2015; RAINGRUBER, 2017). Erre több mint 60 ország delegált szakembert, akik együttes erővel alkották meg az egészségfejlesztés szemléletének szempontjából a legmeghatározóbb dokumentumot, az *Ottawai Chartá*t (BENKŐ, 2009; HIDVÉGI ÉS BÍRÓ, 2015; LIPPAI, 2016; RAINGRUBER, 2017). A Charta (1986) cselekvésre szólított fel: *„Az egészséget mindenkinek*

2000-re és azon túl" érdekében. E szerint az egészségfejlesztés „olyan folyamat, amely módot ad az embereknek egészségük kézbentartására és tökéletesítésére" (PAULUS ÉS PETZEL, 2009: 25).

„Az egészségfejlesztés *az a folyamat, amely lehetővé teszi az emberek számára, hogy növeljék az egészségük feletti kontrollt, és javítsák egészségüket. Az egészségfejlesztés átfogó társadalmi és politikai folyamatot jelent. Nemcsak az egyének készségeinek és képességeinek megerősítésére irányuló intézkedéseket foglalja magában, hanem az egészséget meghatározó társadalmi, környezeti és gazdasági tényezők megváltoztatására irányuló intézkedéseket is, hogy optimalizálják a köz-és személyes egészségre gyakorolt pozitív hatásukat"* (OTTAWAI CHARTA, 1986 idézi VITRAI, 2022: 30).

A meghatározás az egyént helyezi előtérbe, az ő képességét, életkörülményeit és önállóságát. A Charta szerint az egészséget a mindennapi élet erőforrásaként kell értelmezni, és nem mint egy életcélt. Az egészségegy bio-pszicho-szociális-ökológiai jóllét, egy pozitív fogalom, amely a szükségletek kielégítését, a társadalmi és egyéni erőforrásokat, a fizikai képességeket, a környezet feletti teljes ellenőrzést és a változtatás képességét hangsúlyozza (PAULUS ÉS PETZEL, 2009; OTTAWAI CHARTA, 1986 idézi BARABÁS, 2006; RAINGRUBER, 2017).

Az Ottawai Charta a társadalmi kérdéseket tekintve az egészség társadalmi modelljét, a holisztikus egészségfelfogást alkotta meg, tehát felhívja a figyelmet a társadalmi ranglétrán való elhelyezkedés, a halálozás és a betegség megjelenése közötti erős kapcsolatra (BARCSI, DINNYÉS ÉS PUSZTAFALVI, 2022). Az *Ottawai Charta* a mai napig érezteti hatását, hiszen az egészségfejlesztés alapelveit és területeit fogalmazta meg:

1. Egészséget támogató politika, tehát egy összehangolt cselekvésre van szükség.
2. Egészséget támogató környezet, miszerint az élet, a munka, a pihenés az egészség forrása kell, hogy legyen.
3. A közösségi cselekvések erősítése, tehát befolyásolni tudják a saját sorsukat.
4. Az egyéni készségek erősítése, az egyén saját életének befolyásolása érdekében.
5. Betegellátás irányvonalának újragondolása, tehát az egészségügyi ágazatnak az egészségfejlesztés érdekébe kell eltolódnia (HIDVÉGI ÉS BÍRÓ, 2015; BARCSI, DINNYÉS ÉS PUSZTAFALVI, 2022; VITRAI ÉS BORENSZKI-GUTÁSI, 2022).

Magyarországon Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 37. § 1. és 2. bekezdése határozza meg az egészségfejlesztést, e szerint *„az* egészségfejlesztés *az a folyamat, amely során az egyén növeli jártasságát saját egészségének javítása érdekében, képességet szerez az egészséges életvitel fenntartására és a változó környezethez való*

alkalmazkodásra. Az egészségfejlesztés a lakosság egészséggel kapcsolatos ismereteinek bővítésére, az egészséges magatartásra, az egészséget veszélyeztető ártalmak és megbetegedések megelőzésére irányuló tevékenység" (1997. évi CLIV. törvény 37. § (1) - (2)).

Időrendben továbbhaladva a WHO *Adelaide-i Ajánlásai az egészséges közpolitikáról* (1988) következett, amely a II. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferenciához köthető (RAINGRUBER, 2017; BARCSI, DINNYÉS ÉS PUSZTAFALVI, 2022). Az ajánlás hangsúlyozta a támogató környezet jelentőségét, továbbá a kormányzat és a magánszektor együttműködését a mezőgazdasági, kereskedelemi, oktatási, ipari és kommunikációs területen. Az egyenlőség kérdése mellett a kisebbségek és a nők egészségét támogató politikai kérdéseket is figyelembe vettek, mindamellett, hogy az iskolai végzettség és az írni-olvasás jelentőségét is hangsúlyozták (RAINGRUBER, 2017).

Az 1991-es *Sundsvall-i Nyilatkozat* a támogató környezetért és egészségért állt ki, amelyet a III. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencián Sundsvallban, Svédországban adtak ki (RAINGRUBER, 2017; BARCSI, DINNYÉS ÉS PUSZTAFALVI, 2022). A konferencia az egészség szempontjából a támogató környezetet hangsúlyozta, e szerint a fizikai, társadalmi vonatkozások a meghatározók. Összesen négy kulcsfontosságú cselekvésre hívták fel a figyelmet: (1) érdekérvényesítés, (2) közösség fejlesztése a saját maguk irányítása érdekében, (3) kapcsolat kiépítése csoportok között, (4) egészséghez való méltányos hozzáférés biztosítása (RAINGRUBER, 2017).

A *Dzsakartai Nyilatkozat*ot 1991-ben *Egészségmegőrzés a XXI. században* címmel tartották meg (HIDVÉGI ÉS BÍRÓ, 2015; RAINGRUBER, 2017; BARCSI, DINNYÉS ÉS PUSZTAFALVI, 2022) a IV. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencián. Ez a konferencia volt az első, ahol részt vettek a magánszektor képviselői. A Nyilatkozat a tudatosság növelését, az együttműködést, az erőforrások mozgósítását, az információgyűjtést, a közös fejlődést, a szolidaritás előmozdítását és a közfelelősség hangsúlyozását támogatták, és szorgalmaztak egy globális egészségfejlesztési szövetség létrehozását (HIDVÉGI ÉS BÍRÓ, 2015; RAINGRUBER, 2017). A Nyilatkozat az egészségfejlesztés fogalmát módosította: *„az* egészségfejlesztést*, mint folyamatot írja le jelezve, hogy az egészségfejlesztés egy eszköz a célok eléréséhez: az egészségfejlesztés a lakosság egészségkultúrájának széles körű fejlesztésére, az egészséges magatartásra, az egészséget veszélyeztető ártalmak és megbetegedések megelőzésére irányuló tevékenység"* (NUTBEAM, 1998 idézi HIDVÉGI ÉS BÍRÓ, 2015: 13).

A Nairobiban 2009-ben megrendezett VII. Nemzetközi Egészségfejlesztési konferencia záródokumentumában három hiányosságot írtak le: a bizonyítékoknak a gyakorlatba ültetése, a politikai döntéseknél az egészség társadalmi determinánsainak a figyelembevétele, és az egészségügyi rendszereknek az egészségfejlesztés irányába történő elmozdítása (RAINGRUBER, 2017).

A 2013-ban megrendezésre kerülő VIII. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia az *Egészség minden szakpolitikában* címet viselte (BARCSI, DINNYÉS ÉS PUSZTAFALVI, 2022) VITRAI ÉS BORENSZKI-GUTÁSI (2022) fordítása szerint *„az ››Egészség minden szakpolitikában‹‹ (Health in all policies; HiAP) a közpolitika-fejlesztés olyan, ágazatokon átívelő megközelítése, amely szisztematikusan figyelembe veszi a döntések egészségi következményeit, szinergiákra törekszik, és elkerüli a káros egészségi hatásokat a népesség egészségének és az egészségi méltányosság javításának érdekében”* (VITRAI ÉS BORENSZKI-GUTÁSI, 2022: 33). A *Helsinki Nyilatkozat* (BARCSI, DINNYÉS ÉS PUSZTAFALVI, 2022) fő üzenete az volt, hogy politikaformálás szükséges minden szinten ahhoz, hogy az egészség szempontjainak érvényesítését ki lehessen terjeszteni.

A 2016-ban IX. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia Sanghajban került megrendezésre, ezt követően a *Sanghaj-i Deklaráció* (2016) került kiadásra, amely tartalmazza, hogy az egészség és jóllét kettőssége elengedhetetlen a fenntartható fejlődési célok érdekében, ehhez három fő cselekvési területet jelöltek ki: (1) megfelelő kormányzás, (2) helyi akciók, (3) egészségműveltség területén a lakosság felhatalmazása (BARCSI, DINNYÉS ÉS PUSZTAFALVI, 2022).

2021. december 13-15-ig, Genfben tartották meg a X. Egészségfejlesztési Konferenciát, ezt követően jelent meg a *Genfi Nyilatkozat*, amely a korábbi egészségfejlesztési konferenciákra és az *Ottawai Chartá*ra épült (VITRAI, 2022a). A „*Genfi Nyilatkozat a jóllétért*” fenntartható jólléti társadalmak megalkotását teszi szükségessé, hiszen az elmúlt időszak eseményei megmutatták a társadalom törésvonalait és azoknak a tényezőknek a hatásait, amelyek az egészséget és egészségi állapotot befolyásolják (ökológiai, politikai, kereskedelmi, digitális és társadalmi tényezők). A jólléti társadalmak megteremtéséhez az alábbi öt területen szükségeltetik fellépés:

1. *„A Föld és ökoszisztémáinak megbecsülése, tisztelete és ápolása,*
2. *Olyan méltányos gazdaság kialakítása, mely az emberi fejlődést szolgálja a bolygó és a helyi ökológiai határok között,*
3. *Egészséges közpolitika kialakítása a közjó érdekében,*
4. *A mindenkire kiterjedő egészségbiztosítás elérése,*

5. *A digitális átalakulás hatásainak kezelése,*
6. *A virágzó jövő előmozdítása*" (VITRAI, 2022a: 40-41).

Összefoglalás

A fentiekben röviden összefoglaltuk az egészségfejlesztés hazai és nemzetközi előzményeit, kiemelve a főbb csomópontokat. Mint láthatjuk, 1974-től kezdődően jelentős konferenciák és találkozók fogalmazták meg a főbb irányvonalakat. A prioritásokkal, nyilatkozatokkal, irányelvekkel, ajánlásokkal hívták fel a figyelmet az életmód befolyásolására és az egészséget támogató környezet kialakítására (HIDVÉGI ÉS BÍRÓ, 2015), ám – ahogy tapasztaljuk – a megvalósítás mindig a helyi és kormányzati szakpolitikában csapódik le, azaz meghatározza, hogy az ajánlásokból vajon mit tud beváltani egy adott ország szakpolitikája. (BARCSI, DINNYÉS ÉS PUSZTAFALVI, 2022). A legfontosabb cél és üzenet, hogy a megelőzésre kell fókuszálni, azaz minden esetben az egészségben eltöltött évek számát kell növelni, az esélyegyenlőség biztosításával minden társadalmi csoport esetében. Így lesz igazán boldog és elégedett egy nemzet. Ehhez pedig az egészségfejlesztés és egészségnevelés hatékony intervenciója szükséges. Áttekintő munkánk során arra a következtésre jutottunk, hogy számos jelentőségteljes változás zajlott Magyarországon a 20. század végétől kezdődően, amelyet érdemes alaposan ismertetni és ezek a fejlődési állomások napjainkig meghatározó jelentőséggel bírnak.

Konferencia	*Évszám*	**Forrás**	*Definíció*
Lalonde-jelentés	1974	LALONDE, 1974 HIDVÉGI ÉS BÍRÓ, 2015: 14	Olyan stratégia, amely *„mind az egyének, mind a szervezetek tájékoztatását, befolyásolását és segítését tűzi ki célul annak érdekében, hogy azok több felelősséget vállaljanak, és aktívabban működjenek közre a mentális és testi egészségre ható ügyekben."*
	1985	NUTBEAM, 1998 HIDVÉGI ÉS BÍRÓ, 2015: 13	A *„folyamatot írja le jelezve, hogy az egészségfejlesztés egy eszköz a célok eléréséhez: az egészségfejlesztés a lakosság egészségkultúrájának széles körű fejlesztésére, az egészséges magatartásra, az egészséget veszélyeztető ártalmak és megbetegedések megelőzésére irányuló tevékenység."*
Ottawai Charta	1986	OTTAWAI CHARTA, 1986 VITRAI ÉS BORENSZKI-GUTÁSI, 2022: 30	*„Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely lehetővé teszi az emberek számára, hogy növeljék az egészségük feletti kontrollt, és javítsák egészségüket. Az egészségfejlesztés átfogó társadalmi és politikai folyamatot jelent. Nemcsak az egyének készségeinek és képességeinek megerősítésére irányuló intézkedéseket foglalja magában, hanem az egészséget meghatározó társadalmi, környezeti és gazdasági tényezők megváltoztatására irányuló intézkedéseket is, hogy optimalizálják a köz-és személyes egészségre gyakorolt pozitív hatásukat."*
	1987	GOODSTADT ÉS MTÁSAI, 1987 HIDVÉGI ÉS BÍRÓ, 2015: 13	*„Az egészség meglévő szintjeinek fenntartása és erősítése hatékony programok, szolgáltatások és szakpolitika megvalósítása által."*
	1989	O'DONNELL, 1989 HIDVÉGI ÉS BÍRÓ, 2015: 13	*„Az a tudomány és művészet, amely segít az embereknek olyan életmódot választani, amely az optimális egészségi állapot elérésére irányul."*

1. táblázat: Egészségfejlesztés változatai (Saját szerk.)

IRODALOM

BARABÁS Katalin (2006): Egészségfejlesztés. Medicina Kiadó, Budapest.

BARCSI Tamás – DINNYÉS Katalin – PUSZTAFALVI Henriette (2022): Az egészségfejlesztés alapjai. In: Boncz Imre – Lampek Kinga – Pusztafalvi Henriette (szerk.): Kézikönyv az egészségfejlesztéshez. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Pécs. http://www.etk.pte.hu/public/upload/files/efop343/KezikonyvAzEgeszegfejleszteshez2022net.pdf [2024.04.28.]

BÁRDOS György – KRAICINÉ SZOKOLY Mária (2018): Egészség, életmód, egészségfejlesztés a felsőoktatás szemszögéből. Neveléstudomány. Oktatás-Kutatás-Innováció, 6. évf., 2. sz., 5-21.

BENKŐ Zsuzsanna (szerk., 2009): Egészségfejlesztés. Módszertani kézikönyv. Mozaik Kiadó, Szeged.

HIDVÉGI Péter – BÍRÓ Melinda (2015): A rekreáció elmélete és módszertana 2. Egészségfejlesztés. Eszterházy Károly Főiskola, Eger. https://oszkdk.oszk.hu/storage/00/02/77/45/dd/1/egeszsegfejlesztes_584c74551ebad.pdf [2024.04.28.]

KAPRONCZAY Károly (2016): A magyar medicina a két világháború között. Magyar Tudomány 2016. évf., 5. sz. 608-615. http://www.matud.iif.hu/2016/05/13.htm [2024.02.29.]

LIPPAI László (2016): Előszó helyett… bevezetés az egészségfejlesztésbe, avagy miként járul hozzá a tudomány az egészséges élet művészetéhez. In: TARKÓ Klára – BENKŐ Zsuzsanna (szerk.): „Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége": Szemelvények egy multidiszciplináris egészségfejlesztő műhely munkáiból. Szegedi Egyetemi Kiadó Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged. 9-22.

NAGY Lászlóné – BARABÁS Katalin (2011): Az egészségműveltség és egészségmagatartás diagnosztikus mérésének lehetőségei, In: Csapó Benő – Zsolnai Anikó (szerk.): Kognitív és affektív fejlődési folyamatok diagnosztikus értékelésének lehetőségei az iskola kezdő szakaszában. Tankönyvkiadó, Budapest. 173-224. http://pedagogus.edia.hu/sites/default/files/public/2_6/Nagyne_Barabas_2011.pdf [2024.02.29.]

NAIDOO, Jennie – WILLS, Jane (1999): Egészségmegőrzés. Medicina Kiadó, Budapest.

PAULUS, Peter – PETZEL, Thomas (2009): Bevezetés az egészségfejlesztésbe. In: Benkő Zsuzsanna (szerk.): Egészségfejlesztés. Módszertani kézikönyv. Mozaik Kiadó, Szeged.

PUSZTAFALVI Henriette (2013a): Egészségtan tankönyvek a 19. század oktatásában. https://www.researchgate.net/publication/316976386_Egeszsegtan_tankonyvek_a_19_szazad_oktatasaban [2024.02.29.]

PUSZTAFALVI Henriette (2011): Iskolaorvosok mint egészségnevelők a 19. század végén. In: Vámos Éva – Vámosné Vigyázó Lilly (szerk.): Természettudományos, műszaki és orvostudományi fejlődés a hosszú 19. században: Tanulmányok a természettudományok, a technika és az orvoslás történetéből. Műszaki és Természettudományi Egyesületek Szövetsége Tudomány- és Technikatörténeti Bizottsága - Szellemi Tulajdon Nemzeti Hivatala, Budapest. 265-271. http://real-eod.mtak.hu/4322/1/Tanulmanyok_2011_39_Pusztafalvi_Iskolaorvosok_mint_egeszsegnevelok_a_19_sz.pdf [2024.02.29.]

RAINGRUBER, Bonnie (2017): The History of Health Promotion Jones & Bartlett Learning, California. https://samples.jblearning.com/9781284094749/Table_of_Contents.pdf [2024.04.28.]

SZÁVAI Ferenc (2015): Gazdasági paradigmák a 20. század első felében. Acta Scientiarum Socialium, 2015. évf., 45. sz. 207-220. https://journal.uni-mate.hu/index.php/asc/article/download/392/715/735 [2024.02.29.]

TIGYI ZOLTÁNNÉ PUSZTAFALVI Henriette (2011): Az egészségnevelés intézményesülésének folyamata hazánkban. Pécsi Tudományegyetem „Oktatás és Társadalom" Neveléstudományi Doktori Iskola. Pécs. https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/5141/tigyi-zoltanne-pusztafalvi-henriette-phd-2011.pdf?sequence=1ésisAllowed=y [2024.04.28.]

TIGYINÉ PUSZTAFALVI Henriette (2013): Az egészségnevelés intézményesülésének története. Educatio, 22. évf., 2. sz, 224-234. http://epa.oszk.hu/01500/01551/00064/pdf/EPA01551_educatio_13_02_224-234.pdf [2024.02.29.]

VITRAI József (2022a): Genfi Nyilatkozat a jóllétért. Egészségfejlesztés 2022/63, 1.szám, 39-42. https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7842 [2024.04.28.]

VITRAI József (2022b): OECD: Egészségpillanatkép 2021. Összefoglaló. Egészségfejlesztés 2022/63, 1.szám, 32-38. https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7831 [2024.04.28.]

VITRAI József – BORENSZKI-GUTÁSI Éva (2022): Szakdokumentum: Válogatás az Egészségügyi Világszervezet 2021-es Egészségfejlesztési szótárából (fordítás). Egészségfejlesztés, 63. évf., 2. sz. 26-44. https://doi.org/10.24365/ef.v63i2.8321 [2024.04.28.]

VITRAI József (2022c): A komplex egészségfejlesztés szemlélete. In: Boncz Imre – Lampek Kinga – Pusztafalvi Henriette (szerk.): Kézikönyv az egészségfejlesztéshez. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Pécs. 11-36. http://www.etk.pte.hu/public/upload/files/efop343/KezikonyvAzEgeszegfejleszteshez2022net.pdf. [2024.02.29.]