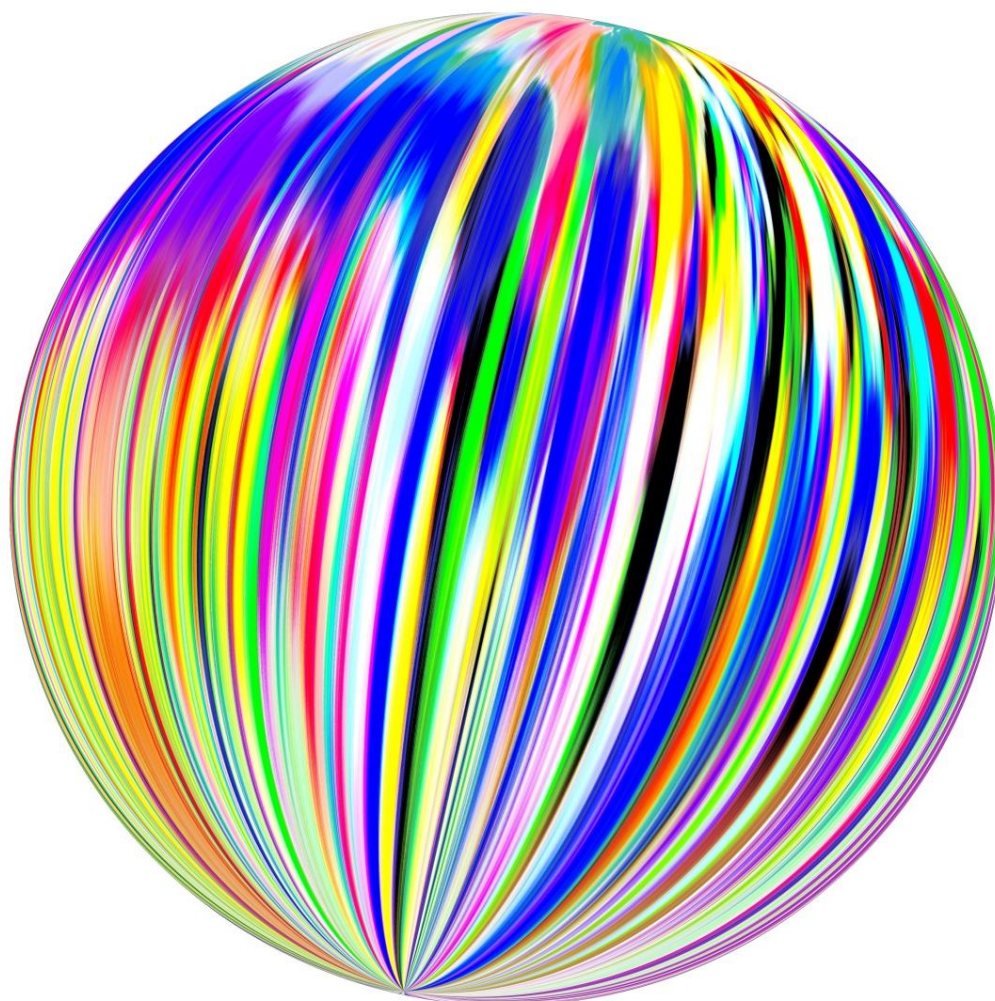


TESTMOZGÁSFÓKUSZÚ EGÉSZSÉGNEVELÉS KORTÁRSCSOPORTBAN

HOLISZTIKUS EGÉSZSÉG, EGÉSZSÉGMAGATARTÁS ÉS EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

I. KÖTET



TESTMOZGÁSFÓKUSZÚ EGÉSZSÉGNEVELÉS KORTÁRSCSOPORTBAN
EGYETEMI JEGYZETSOROZAT

I. kötet

HOLISZTIKUS EGÉSZSÉG, EGÉSZSÉGMAGATARTÁS ÉS EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

Szerkesztette: Dr. Lippai László

Lektorálta: Prof. Emer. Benkő Zsuzsanna

ISBN 978-615-5455-85-8

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

SZEGED, 2017

Jelen tananyag a Szegedi Tudományegyetemen készült az Európai Unió támogatásával.

Projekt azonosító: EFOP-3.4.3-16-2016-00014

ELŐSZÓ

A Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézetének oktatói, akik közül jó néhányan e kötet szerzői is, az Európai Unió EFOP-3.4.3-16-2016-00014 pályázatának keretében arra vállalkoztak, hogy a hazánkban még kibontakozóban lévő Egészséges Egyetemek koncepció alapértékeivel és célkitűzéseivel összhangban lévő kezdeményezést valósítsanak meg.

A felsőoktatás a 18-24 éves korosztályhoz tartozó fiatalok egy meghatározó részének életében kiemelten fontos színtér. A hallgatók számára az Egyetem nemcsak tudományos és szakmai karrierjük szempontjából fontos állomás, hanem egészségmagatartásuk vonatkozásában is. Lényeges tehát, hogy életük e meghatározó színterén mennyire egészségesen élnek, életmódjukban az egészség vonatkozásában milyen értékeket, szokásokat és attitűdöket őriznek meg vagy alakítanak ki. Különösen így van ez az egészséges életmód egyik lényeges elemével, az egészségfejlesztő célú testmozgással kapcsolatban. A testmozgás, mint életmódelem jelentőségét jól mutatja, hogy napjainkban Magyarországon a lakosság kétharmada naponta 10 percig sem végez nagyobb intenzitású testmozgást.

Ezen a területen kíván kezdeményezésünk, lehetőségeinkhez mérten, javulást elérni. Hallgatói öntevékeny csoportok révén, felkészült és lelkes fiatalok segítségével szeretnénk azt elérni, hogy minél több egyetemi hallgató ismerje fel azt, hogy az egészségfejlesztő célú testmozgás nemcsak örömteli tevékenység, nemcsak felüdítő kikapcsolódás a szellemi kihívások után, hanem olyan hosszútávú befektetés is egyben, amely egyre több és több egészségben töltött életévben kamatozhat.

Oktatóink és hallgatóink e közös munkája a *„Testmozgásfókuszú egészségnevelés kortárscsoportban”* című, két féléves kurzus keretében fog megvalósulni. E vállalkozás elméleti, módszertani és készségfejlesztési alapjait nyújtja az a négy egyetemi jegyzet, mely sorozatból jelen kötetünk az első. Szerzőink a testmozgásfókuszú egészségnevelés elméleti kiindulópontjait fektették le, a holisztikus egészség, az egészségmagatartás és az egészségfejlesztés témakörének feldolgozásával. A színes és változatos témákat felölelő, de egyformán magas színvonalon megírt fejezetek közti koherenciát az biztosította, hogy

szerzőink a kétféléves tantárgy, és a hozzá kapcsolódó jegyzetek kidolgozását az alábbi kimeneti követelmények, „tanulási eredmények” szem előtt tartásával végezték el.

A kötet témáinak részben önálló hallgatói munkát igénylő, részben szemináriumi feladatok segítségével történő feldolgozása révén, a két féléves kurzus végére a hallgató tudása, képességei, attitűdjei és autonómiája az alábbiakban megfogalmazott céloknak megfelelően fejlődik. A kurzusok végére tehát a hallgató:

[TUDÁS]

- érti az egészségfejlesztés koncepcióját, behatóan ismeri az egészség holisztikus és szalutogenetikus megközelítését, valamint azonosítja az egészségnevelés helyét, szerepét az egészségfejlesztésben és az egészséges életmód kialakításában
- átfogó ismeretekkel rendelkezik az egészségfejlesztők feladatairól, azonosítja az egyetemi kortárs csoportvezetők feladatait a testmozgásfókuszú egészségnevelés vonatkozásában
- ismeri a testmozgás jelentőségét az egészségmagatartás rendszerében, azonosítja az egészségfejlesztő céllal végzett testmozgás jellemzőit, és érti a testmozgás, mint egészségmagatartási forma szerepét az egészség holisztikus megközelítésében

[KÉPESSÉG]

- képes hiteles és meggyőző csoportos tájékoztatót tartani az egészség mint erőforrás értékéről, az egészségfejlesztés koncepciójáról, valamint az egészséges életmód jelentőségéről
- képes csoportvita beindítására alkalmas, szakszerű kérdéseket felvetni az egészség, egészségfejlesztés, és az egészségfejlesztő céllal végzett testmozgás vonatkozásában

[ATTITŰD]

- a kortárscsoportban végzett egészségnevelő munkája közben elkötelezett az egészség értékének képviselője iránt,
- az öntevékeny csoportban végzett tevékenységét kortársainak tisztelete és empatikus elfogadása hatja át
- tevékenysége során hitelesen képviseli az egészségfejlesztő célú testmozgás jelentőségét, egyúttal törekszik hallgatótársai empatikus elfogadására és autonómiájuk tiszteletben tartására

[AUTONÓMIA ÉS FELELŐSSÉG]

- a testmozgásra motiválás témájában, folyamatos oktatói szupervízió mellett szervez öntevékeny hallgatói csoportokat
- a hallgatói öntevékeny csoport egyes foglalkozásait oktatói szupervízió mellett készíti elő, önállóan valósítja meg, majd oktatói segítségével értékeli ki és folytatja tovább a következő foglalkozás előkészítését

E célok eléréséhez hallgatónak és oktátónak egyaránt kívánunk sok örömteli tapasztalatot, inspiráló társas együttléteket, valamint – nem utolsó sorban – aktív, mozgásos és egyben játékos felüdülést!

Lippai László

TARTALOMJEGYZÉK

ELŐSZÓ	3
TARTALOMJEGYZÉK	6
I. A TESTMOZGÁS SZEREPE, JELENTŐSÉGE AZ EGÉSZSÉG SZALUTOGENETIKUS MEGKÖZELÍTÉSÉBEN	8
Kis Bernadett: Aaron Antonovsky szalutogenezis elmélete	9
Nádudvari Gabriella: Egészséges szokások – Arisztotelész szokás-konceptiójának jelentősége az egészséges szokások kialakítása szempontjából	17
Osváth Viola: A lelki egészség meghatározása. A fiatal felnőtt kor fejlődéslélektani jellemzői, feladatai.	25
Pálmai Judit: A holisztikus egészségfogalom felé	33
Prieara Dóra Katalin: A testmozgás szerepe, jelentősége az egészség szalutogenetikus megközelítésében A testmozgás testi egészségre gyakorolt hatásai, betegségmegelőző szerepe	39
II. AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS FOGALMA, AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ SZEMLELETMÓD JELLEGZETESSÉGEI ÉS CÉLKITŰZÉSEI	46
Kis Bernadett: Az Ottawai Charta és jelentősége az egészségfejlesztésben	47
Lippai László: Az egészségfejlesztő szakma célja, kompetenciaköre, feladatai és eszközei. Az „Egészséges Egyetem” koncepciója.	55
Nádudvari Gabriella: Európai életmód-mozgalmak a múltban: tanulságok, következmények	63
Pálmai Judit: A közösség alapú egészségfejlesztő munka fogalma, módszertana és jellegzetességei	71
Tóth Erika: A kortárssegítő és az öntevékeny csoportok alapelvei, funkciói, jelentősége az egészségnevelésben és egészségfejlesztésben	78

III. A TESTMOZGÁS SZEREPE, JELENTŐSÉGE AZ
EGÉSZSÉGMAGATARTÁSBAN _____ 84

Lippai László: Az egészségmagatartás fogalma, egészségvédő és egészségkárosító magatartás orvosi és pszichológiai megközelítése. A testmozgás, mint egészségvédő és egészségkárosító magatartásforma. _____ 85

Osváth Viola: Testkép, énkép, önértékelés fogalma, jelentősége a testmozgás szempontjából _____ 93

Prievara Dóra Katalin: A fiatal felnőttek egészségi állapota, egészséggel kapcsolatos tudatos magatartásuk hazai és nemzetközi viszonylatban _____ 101

Tóth Erika: Egészségmagatartáshoz kapcsolódó döntések - pszichológiai jellemzők ____ 109

I. A TESTMOZGÁS SZEREPE, JELENTŐSÉGE AZ EGÉSZSÉG SZALUTOGENETIKUS MEGKÖZELÍTÉSÉBEN

Kis Bernadett

Aaron Antonovsky szalutogenezis elmélete

A fejezet Antonovsky szalutogenezis elméletét mutatja be, mely az egészségfejlesztés egyik meghatározó elmélete. A hallgatók megismerkednek az elmélet kulcsfogalmaival és annak jelentőségével az egészségfejlesztésben és a tudományos gondolkodásban. A fejezet témáinak részben önálló hallgatói munkát igénylő, részben szemináriumi feladatok segítségével történő feldolgozása hozzájárul ahhoz, hogy a két féléves kurzus végére a hallgató:

[TUDÁS]

- értse az egészségfejlesztés koncepcióját és behatóan ismerje az egészség holisztikus és szalutogenetikus megközelítését, valamint azonosítsa az egészségnevelés helyét, szerepét az egészségfejlesztésben és az egészséges életmód kialakításában
- átfogó ismeretekkel rendelkezzen az egészségfejlesztők feladatairól, azonosítsa az egyetemi kortárs csoportvezetők feladatait a testmozgásfókuszú egészségnevelés vonatkozásában

[KÉPESSÉG]

- képes legyen hiteles és meggyőző csoportos tájékoztatót tartani az egészség mint erőforrás értékéről, az egészségfejlesztés koncepciójáról, valamint az egészséges életmód jelentőségéről
- képes legyen csoportvita beindítására alkalmas, szakszerű kérdéseket felvetni az egészség, egészségfejlesztés, és az egészségfejlesztő céllal végzett testmozgás vonatkozásában

[ATTITÚD]

- a kortárs csoportban végzett egészségnevelő munkája közben elkötelezett legyen az egészség értékének képviselője iránt,

[AUTONÓMIA ÉS FELELŐSSÉG]

- készen álljon arra, hogy a hallgatói öntevékeny csoportok egyes foglalkozásait oktatói szupervízió mellett előkészítse, önállóan megvalósítsa, majd oktatói segítségével kiértékelje és tovább folytassa a következő foglalkozás előkészítését

Az egészségfejlesztés egyik legmeghatározóbb elmélete a szalutogenezis Aaron Antonovsky (1979, 1987), az amerikai-izraeli orvos-szociológus nevéhez köthető (*Benkő*, 2005). Maga az elmélet az utóbbi évtizedekben mind az egészségfejlesztés, mind a népegészségügy terén hivatkozási ponttá vált és számtalan az elmélet egyes részeit bemutató vagy megvitató, továbbvivő tanulmány és publikáció született, de összegző, értékelő munkák alig, ami részben annak is tulajdonítható, hogy Antonovsky korai halála miatt nem tudta befejezni elméletét. Az alábbiakban az elmélet bemutatását négy fő téma köré rendezzük (*Benkő*, 2016): Antonovsky stresszre vonatkozó gondolatai, az általános rezisztencia erőforrások és a koherenciaérzet mint az elmélet kulcsfogalmai és végül az elmélet jelentősége.

Antonovsky-t kezdetben a társadalmi helyzet és az egészség összefüggései érdekelték és ennek kapcsán epidemiológiai kutatásokat végzett, ahol olyan izraeli nők kerültek vizsgálatának fókuszába, akik megjárták a II. világháborús koncentrációs táborokat és ennek ellenére képesek voltak jó egészségi állapotukat megőrizni és kielégítő életet élni. Antonovsky-t innentől kezdve az a kérdés foglalkoztatta, hogy hogyan lehetséges, hogy bizonyos emberek egészségesek maradnak annak ellenére, hogy oly sok károsító tényezőnek/stressznek vannak kitéve életük során. Hogyan érik el, hogy felgyógyuljanak betegségeikből? Milyen speciális jellemzőkkel bírnak azok, akik a legszélsőségesebb nyomás és nehézségek ellenére is meg tudják őrizni egészségüket (*Antonovsky*, 1987)? Hogyan lehetséges az, hogy szubjektív egészségérzete van az embernek pedig krónikus beteg vagy egészségtelen körülmények között él vagy épp krízisben van?

Ezek a kérdések különösen feltűnőek voltak egy olyan korszakban, melyben az orvostudományra a betegségek okaira fókuszáló ún. patogenetikus irányultság volt jellemző, és amely a stresszre úgy tekintett, mint olyan negatív faktorra, mely nagyban hozzájárul a betegségek kialakulásához. Antonovsky ezzel szemben azt állította, hogy a betegségek és stressz mindig mindenütt jelen vannak, az élethez hozzátartoznak. Az érdekes kérdés szerinte inkább az: hogy hogyan lehetséges, hogy mindezekkel együtt is túlélünk. Az egészséget a korábbi statikus egészségfelfogással szemben, melyben az egészség egy stabil homeosztatikus állapot, inkább egy folyamatnak tekinti, melyben sokszor éppen az egyensúlyi állapot felborulásán való túllépésen dolgozunk. Így az egészség nem más, mint egy folyamatos mozgás a tökéletes egészség (*ease*) és a rossz egészség, vagyis a betegség (*dis-ease*) kontinuumán. Elgondolásai szerint a betegségek okainak kutatása helyett az egészség okait és

forrásait, vagyis az egészség keletkezését (szalutogenezis) szükséges kutatni (*Lindström és Eriksson, 2006*).

Az egészség Antonovsky elméletében attól függ, hogy az egyén mennyire képes megbirkózni a stresszorokkal, az életben adódó nehézségekkel és így mennyire képes helyreállítani, javítani a szubjektív egészségérzetén, vagyis előremozdulni az egészség-betegség kontinuumon. Ebben a stresszel való megküzdési folyamatban központi szerepet játszanak az Általános Rezisztencia Erőforrások, melyek többek között az alábbiak lehetnek: materiális erőforrások (pl. pénz), tudás és intelligencia, éni-identitás (pl. integráns és rugalmas self), megküzdési stratégiák, társas támogatás, kulturális tőke, vallás, életszemlélet és genetikai tényezők (*Antonovsky 1979, 1987*). Antonovsky úgy vélte, hogy ezek az Általános Rezisztencia Erőforrások segítik a személyt a koherens élettapasztalatok felépítésében. De ami elkezdte innentől kezdve izgatni, hogy ezek az erőforrások miért támogatják, hogyan segítik elő az egészséget? Vagyis mi a közös bennük? Erre a kérdésre született meg Antonovsky másik kulcsfogalma, a koherenciaérzet, hiszen ezek az erőforrások olyan élettapasztalatokhoz vezethetnek, melyek így egy erős koherenciaérzetet fejlesztenek ki.

A koherenciaérzetet egyfajta komplex önbizalomként határozta meg, melynek három összetevője van:

(1) **A világ, a környezet megértésének élménye** arra a képességre utal, amellyel a bennünket körülvevő világot egy strukturált, átláthatóan működő rendszerként látjuk – kognitív komponens

(2) **A kezelhetőség élménye** abból fakad, hogy a problémáknak mindig akadnak megoldásaik, és ezekhez a megoldásokhoz rendelkezünk mobilizálható erőforrásokkal – viselkedéses/instrumentális komponens

(3) **Az értelemteliség (érdemesség) élménye** kulcsfontossággal bír cselekvéseink szempontjából, mert ez teszi lehetővé, hogy aktivizáljuk magunkat erőforrásaink mobilizálására, hiszen felismerjük, hogy megéri számunkra az energia-befektetés – motivációs komponens (*Lindström és Eriksson, 2006*).

Az Általános Rezisztencia Erőforrások és a koherenciaérzet között egy dinamikus és reciprok kapcsolatot feltételezett Antonovsky (*Idan és mtsai, 2016*) Az erőforrások olyan élettapasztalatokhoz vezetnek, melyek egy erős koherenciaérzetet fejlesztenek ki, és akinek

erős koherenciaérzete van, az mozgósítani tudja az erőforrásait, vagyis egészségesebb lesz (Tarkó és Benkő, 2016).

Gyermekkorban az élettapasztalatok három típusa járul hozzá az Általános Rezisztencia Erőforrások kialakulásához és ezáltal jó alapot nyújtanak egy későbbi felnőttkori erős koherenciaérzethez. Ezek az állandóság, a terhelések egyensúlya és a részvétel a kimenetek alakításában. Az állandóság azt jelenti, hogy felnövekvésünk során mennyire volt rend és struktúra az életünkben, mennyire voltak tiszták és egyértelműek a hozzánk intézett üzenetek. Az ilyen típusú élettapasztalatok a koherenciaérzet kognitív összetevőjét, vagyis a világ és a környezet megértésének az élményét alapozzák meg. A terhelések egyensúlya alatt Antonovsky azt érti, hogy az egyén erőforrásai mennyire voltak egyensúlyban a terhelésekkel vagy éppen túl vagy alul volt terhelve; ezek az élettapasztalatok a viselkedéses komponenst, vagyis a kezelhetőség élményét alapozzák meg. És végül a részvétel a kimenetek alakításában azt jelenti, hogy az egyénnek mennyire volt beleszólása döntéshelyzetekbe illetve az élete, sorsa alakulásába. Az ezekkel összefüggő élettapasztalatok a koherenciaérzet motivációs összetevőjéhez, vagyis az értelmetlenség élményéhez járulnak hozzá (Idan és mtsai, 2016). A koherenciaérzet tehát nem személyiségjegy, nem is megküzdési mechanizmus, hanem gyermekkori élmények által formált beállítódás (Sagy és Antonovsky, 2000), mely a személynek a kihívásokkal szembeni válaszkészségét jellemzi, és mintegy „hatodik érzék” generálja az egészség fejlesztésére irányuló képességeket (Antonovsky, 1987).

Sokan a szalutogenetikus elméletet csupán magával a koherenciaérzettel azonosítják. Ennek oka valószínűleg az, hogy ez Antonovsky elméletének legkidolgozottabb fogalma és a későbbi kutatók is leginkább ezt a fogalmat ragadták meg az elméletéből és vitték tovább valószínűleg annak általánosíthatósága, kultúra függetlensége, és mérhetősége miatt (Mittelmark és Bauer, 2016). Antonovsky már 1987-ben publikálta a koherenciaérzet mérésére szolgáló kérdőívét, melyet azóta számos nyelvre lefordítottak és validáltak. Tanulmányok sora bizonyította és bizonyítja azóta is a koherenciaérzet szoros összefüggését az egészséggel és kortól, nemtől, etnikai hovatartozástól függetlenül összefüggését a vélt egészséggel (Eriksson és Lindström, 2006). Tehát minél erősebb az egyén koherenciaérzete, annál nagyobb eséllyel marad egészséges (illetve annál magasabb a relatív egészségi helyzete az egészség/betegség skálán), illetve annál inkább jellemző, hogy olyan helyzetekbe kerül, ahol lehetősége van döntéseket hozni (Veres-Balajti és mtsai, 2007). A magyar társadalomban ilyen magas koherenciaérzettel bír a nők 32%-a és a férfiak 28%-a (Skrabski, 2003).

Antonovsky érdeme azonban nemcsak a koherenciaérzet kifejlesztése volt, hanem a szalutogenetikus szempont behozása a tudományos gondolkodásba. Az alábbi ábra jól összefoglalja és összehasonlítja a patogenetikus és a szalutogenetikus megközelítés lényegét.

1. ábra: A patogenetikus és szalutogenetikus modell összehasonlítása

	Patogenetikus modell	Szalutogenetikus modell
A rendszerek önszabályozása	homeosztázis	az egyensúlyi állapoton való túllépés
Az egészség és betegség meghatározása	dichotómia	kontinuum mentén
Az egészség/betegség felfogás alkalmazhatósága	rendellenességek oki magyarázata, redukcionista szemlélet	a felgyógyulás, rendeződés erőforrásai, koherencia érzés, holisztikus szemlélet
Az egészség/betegség okai	rizikótényezők, stresszhatások	személyes előtörténet
Stressztényezők hatása	elősegítik a betegségek, rendellenességek kialakulását	egyaránt hozzájárulnak a betegségek kialakulásához és az egészség megtartásához
Beavatkozás	hatékony gyógymódok alkalmazása	aktív adaptáció, rizikótényezők minimalizálása, erőforrások mobilizálása

(Bahr és mtsai, 2003 alapján saját szerkesztés)

Antonovsky reményei szerint a patogenetikus és a szalutogenetikus perspektíva egymást kiegészítve jól működhetnek minden az egészséggel kapcsolatos területen. Az éppen akkor feltörekvő, multidiszciplináris szemléletű, vagyis az orvostudományi, a pszichológiai és a szociológiai ismeretekre alapozó új tudományterületen (Benkő, 2016), az egészségfejlesztésen belül viszont a szalutogenetikus orientáció uralmában reménykedett.

Sokféle következtetést, utóhatást lehetne még Antonovsky elméletéhez hozzáfűzni. Elsőként most azt emeljük ki, hogy mennyire jelentős Antonovsky hozzájárulása a stresszhez és

a stresszorokról való tudásunkhoz, és a stresszadaptációs szemléletünkhöz. A 21. századi ember számára talán az egyik legnagyobb kihívás – miközben az egyik alapfeltétele az egészségnek – a változó terhelésekhez való alkalmazkodás (Benkő, 2005). Fontosnak tartjuk hangsúlyozni, hogy Antonovsky az uralkodó patogenetikus szemléletet megtörve, azt mondja, hogy igenis a minket elárasztó stresszoroknak lehetnek „szalutáris” hatásai. Ha a stresszort úgy határozzuk meg, mint ami a „szervezethez intézett olyan követelés, amelyre a szervezetnek nincsenek meg a készen álló vagy automatikusan adaptív válaszai” (Varga, 2005. 41. o.), akkor innen már egyenesen következik az is, hogy ilyen adaptív válaszok csakis ezen kihívások nyomán jöhetnek létre. Ily módon az elmélet rehabilitálja a stresszorokat az emberi életben (Varga, 2005). És ha mindezt kivetítjük a pszichológia területére, akkor azt mondhatjuk, hogy a stresszt, avagy a kríziseket, nehézségeket nem elkerülni, hanem kezelni kell, mely által az egyén személyiségfejlődése egy magasabb fokára juthat és a tanult tehetetlenség helyett, ahogy Kopp és Bugán (2009) fogalmaz a tanult forrásgazdagság állapotába juthat. Ha pedig az egészségpszichológia illetve egészségfejlesztés szemszögéből nézzük, akkor azt mondhatjuk, hogy az egészség társadalmi meghatározottsága továbbra is érvényes, ugyanakkor Antonovsky elmélete rávilágít, hogy ebből „a determináltságból a személyes motivációk, képességek fejlesztésével, az erőforrások építésével és mobilizálásával van vészkijárat” (Lampek és Füzesi, 2013. 55. o.).

A szalutogenetikus elmélet további jelentősége, hogy az 1980-as években éppen feltörekvőben lévő egészségfejlesztésnek elméleti és szemléleti keretet tudott biztosítani. Az Ottawa Chartában megjelenő alapelvekkel harmonizálnak Antonovsky elgondolásai az egészség keletkezéséről és az ahhoz vezető útról. Az erőforrásközpontú szemlélete ugyanúgy a hagyományos biomedicinális paradigma kihívására törekedett, mint ahogyan az egészségfejlesztési mozgalom képviselői és az Ottawai Charta megalkotói. Kulcsfogalmát, a koherenciaérzetet szintén a magukévá tudták tenni az egészségfejlesztés kutatói, hiszen szoros korrelációt mutat a vélt egészséggel, a lelki egészséggel és az életminőséggel (Eriksson and Lindström, 2005). Szemléletmódja a kutatáson kívül az oktatásban is megjelent; számos az egészségfejlesztés terén elindult képzés propedeutikai alapjául szolgált (Benkő és Tarkó, 2016).

Antonovsky élete utolsó éveiben kijelentette, hogy a szalutogenezis elmélete széleskörben elfogadottá vált és hogy már nem említik a nevét az elmélet kapcsán. Ez büszkeséggel töltötte el, hiszen úgy érezte az elmélet önálló életre kelt. Ám ahogy a

bevezetésben is említettük, korai halála miatt a szalutogenezissel kapcsolatos kutatások vezető nélkül maradtak. A számos témában íródott publikáció ellenére nincs vállalkozás az életművének és kutatásainak szisztematikus áttekintésére (*Lindström és Eriksson, 2006*). Mindazonáltal a szalutogenezis elmélete és szemléleti kerete számos más elmélet számára is alapot biztosított, ilyenek például a reziliencia (*Werner és Smith, 1982*) vagy a flow koncepciója (*Csikszentmihályi és Csikszentmihályi, 1998*).

Az egészségfejlesztés aktív, radikális mozgalmi szakasza már lezárult és a 21. század újabb kihívásokat állít az egészségfejlesztés elé, amikor is a rövid távú, gyors és hatékony beavatkozások korát éljük. Ezek a beavatkozások természetesen szükségesek számos égető probléma miatt, köztük számos új típusú megbetegedéssel. Ugyanakkor óriási szükség van hosszabb távú, fenntartható beavatkozások kidolgozására is a népegészségügy és az egészségfejlesztés terén. Ezekben a vezérlő elvnek mindenképpen egy koherens egészségelméletnek kellene állnia, ami további kutatások és elemzések függvényében a szalutogenetikus elmélet lehetne (*Lindström és Eriksson, 2006*).

A fejezet önálló feldolgozását segítő kérdések

- 1) Mutassa be Antonovsky elméletének kulcsfogalmát, a koherenciaérzetet és egy gyakorlati példán keresztül szemléltesse azt!
- 2) Hogyan foglalná össze a szalutogenetikus elmélet hozzáátételét a stresszről és a megküzdésről való jelenlegi tudásunkhoz?

Irodalomjegyzék

- Antonovsky, A. (1979): *Health, Stress and Coping*. San Francisco. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco. Jossey-Bass.
- Bahr, O. és mtsai (2003): *Salutogenesis in General Practice: How to Use the Potential of Doctor-Patient-Communication to Promote Health*. 2nd Conference on Making Sense of Health, Illness and Disease. Oxford, St. Hilda College
- Benkő Zsuzsanna (2005): Bevezetés az egészségfejlesztésbe. In: Benkő Zsuzsanna és Tarkó Klára (2005, szerk.) *Iskolai egészségfejlesztés. Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez*. Szeged: Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. 13-27.

- Benkő Zsuzsanna (2016): Homo Sanus: az egészséggel megáldott ember In: Tarkó Klára, Benkő Zsuzsanna (2016, szerk.) *"Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége": Szemelvények egy multidiszciplináris egészségfejlesztő műhely munkáiból.* Szeged: Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. 25-32.
- Benkő, Zs. és Tarkó, K. (2016): Practice-Based In Service Teacher Training In Health Promotion And Mental Health Promotion On The Basis Of Antonovsky's Theory. *Tojet. Turkish Online Journal of Educational Technology.* 425-431.
- Tarkó, K. and Benkő, Zs. (2016): Promotion of general resistance resources at the University of Szeged, Hungary. In: [AEON] (szerk.): *AEON International Multidisciplinary Conference on Social Sciences and Arts.* Plovdiv: Aeon Eood, pp. 80-86.
- Csikszentmihályi M. és Csikszentmihályi, I. S. (1998): *Optimal Experience. Psychological Studies of Flow in Consciousness.* Cambridge. Cambridge University Press.
- Idan és mtsai (2016): The Salutogenic Model: The Role of Generalized Resistance Resources. In: Mittelmarm és mtsai (2016, szerk.): *The Handbook of Salutogenesis.* Springer. 57-70.
- Lampek Kinga és Füzesi Zsuzsa (2013): Az egészség fogalmának alakulása. In: Tarkó Klára és Lippai László (2013, szerk.) *„GYÜMÖLCS? A FA BEVÁLTJA AZT, AMIT VIRÁGÁVAL ÍGÉRT.” Tanulmányok Benkő Zsuzsanna 60. születésnapjára.* SZTE JGYPK Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet, Szeged. 41-68.
- Eriksson, M és Lindström, B. (2005): Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health.* 59 / **6. sz.** 460-466.
- Lindström B. és Eriksson, M. (2006): Contextualising salutogenesis and Antonovsky in public health. *Health Promotion International,* 21 / **6. sz.** 238-244.
- Kopp Mária és Bugán Antal (2009): A magyar lakosság mentális egészségi állapota, annak kezelése. *Népegészségügy,* 87 / **4. sz.** 291-300.
- Mittelmarm és Bauer (2016): The Meanings of Salutogenesis. In: Mittelmarm és mtsai (szerk.): *The Handbook of Salutogenesis.* Springer. 7-14.
- Sagy, S. és Antonovsky, H. (2000): The development of the sense of coherence: a retrospective study of early life experiences in the family. *International Journal of Aging & Human Development,* 51 / **2. sz.** 155-166.
- Skrabski Árpád (2003): *Társadalmi tőke és egészségi állapot az átalakuló társadalomban.* Hét szabad művészet könyvtára. Budapest.
- Varga Károly (2005): Szalutogenezis – „a visszacsapás rugóhatása”. *Egészségfejlesztés,* 46 / **1-2. sz.** 38-42.
- Veres-Balajti Ilona, Vokó Zoltán, Ádány Róza, és Kósa Karolina (2007): A koherencia-érzés mérésére szolgáló rövidített kérdőív és a lelki egészség (GHQ-12) kérdőív magyar nyelvű változatainak validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika,* 8 / **2. sz.** 147-161.
- Werner, E. és Smith, R. (1982): *Vulnerable but Invincible. A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth.* New York. McGraw Hill

Nádudvari Gabriella

Egészséges szokások – Arisztotelész szokás-koncepciójának jelentősége az egészséges szokások kialakítása szempontjából

A fejezet felvázolja az athéni filozófia virágkorának egyik legmeghatározóbb felismerését, hogy az egyén képes megválasztani önmagát, s így módon szokásait is. A hallgató részben önállóan, részben szemináriumi feladatok révén, primer szövegek elemzése során tárja fel Arisztotelész szokás-koncepciójának korunk számára is releváns tanulságait, miközben

[TUDÁS]

- érti az egészségfejlesztés koncepcióját, behatóan ismeri az egészség holisztikus és szalutogenetikus megközelítését, valamint azonosítja az egészségnevelés helyét, szerepét az egészségfejlesztésben és az egészséges életmód kialakításában

[KÉPESSÉG]

- képes hiteles és meggyőző csoportos tájékoztatót tartani az egészség mint erőforrás értékéről, az egészségfejlesztés koncepciójáról, valamint az egészséges életmód jelentőségéről

[ATTITÚD]

- a kortárscsoportban végzett egészségnevelő munkája közben elkötelezett az egészség értékének képviselője iránt

[AUTONÓMIA ÉS FELELŐSSÉG]

- a testmozgásra motiválás témájában, folyamatos oktatói szupervízió mellett szervez öntevékeny hallgatói csoportokat

Az önmagát és szokásait megválasztó ember az athéni filozófia virágkorában

Az ókori görög világ csodájának „egyik következménye a közösségről leváló magánember megjelenése volt. Talán éppen ez – a magánember, az individuum – nevezhető a görög csoda legértékesebb, legtitokzatosabb – és olykor persze a legszörnyűsegebb – *termékének*. Az önmaga és közössége viszonyrendszerére reflektáló egyén, rálátva saját lehetőségeire, maga választhatta meg értékvilágát” (Nagy, 2016. 127. o.). A szóban filozofáló Szókratész (Kr. e. 469 – 399), akit az utókor az etika atyjaként emleget, sokat elmélkedett és vitázott arról, hogy mit jelent jó életet élni, mi a jó, mi az ember és mivé válhat. „Ahogy az ókorban, úgy (...) persze napjainkban is csodálatos és veszélyes lehetőség az egyén *önmagát-választása*, az individuummá válás” (Nagy, 2016. 127. o.).

A szókratészi kérdésekre adandó válasznak az erényre, a helyes viselkedésre, a jó problémájára vonatkozólag egyetlen kiindulópontja van: „Gnóthi szeauton!” (Ismerd meg önmagad!) A morális viszonyulás filozófiai megalapozásakor a közösség és az egyén viszonyrendszere még korántsem volt olyan összetett, mint a mai modern társadalmakban. „Ennek ellenére már akkor és ott sem volt szükségszerű, hogy a közösségi érdekek és az egyén érdeke harmonikusan illeszkedjenek egymáshoz. (...) a döntés és a cselekvés következményeiért az egyes ember lett felelős. Így hát éppen akkor vált a tetteiért felelősséggel tartozó lényé az ember, amikor megjelent a morális reflexió lehetősége. Ekkor a morális viszonyulását kialakító lény választhatott, és akár szembe is helyezkedhetett az éppen aktuális közösségi elvárásokkal” (Nagy, 2016. 129. o.). Az ember lett a mérték, a jónak és rossznak tudója vagy nem tudója, amihez a cselekedeteit igazíthatja. Az egyén lett a viszonyítási alap minden kérdésben. Amikor az egyén a jót, a szerinte jóként megmutatkozót választhatta, ez, kívülről nézve, akár a morálisan rossz választása is lehetett.

Szókratész a maieutikus módszerrel (bábáskodás), irányított kérdések feltevésével „világra segítette” beszélgetőtársai gondolatait, rávezetve őket a bennük amúgy is meglévő igazságra. Miközben a gondolkodás-gondolkodtatás, a racionális látásmód elkötelezett híve volt, a közösség és az egyén viszonyában mindig a közösség érdekeit tartotta meghatározónak, a közösségi értékek védelmét tartotta fontosnak. „Vele ellentétben a szofisták tevékenységében sokszínű változatban mutatkozik meg az egyén érdekeinek az előtérbe állítása, a haszonelvűség, ugyanakkor ők is a sokféleség láttatói, a saját racionális álláspont kialakításának ösztönzői voltak” (Nagy, 2016. 129. o.). Az alternatívákat felmutató, a választás lehetőségét tudatosító ember szerepét az ókori Athénban Szókratész és a szofisták játszották, ők voltak az ókor ú. n. felvilágosítói. Megkérdőjelezték az elvárt cselekvésmódok

alapjait, felvetették a másféle viszonyulás lehetőségét, azt, hogy az egyén maga választja meg a neki legmegfelelőbb cselekvésmódokat, keresheti a neki való, önazonos magatartásformákat, élheti az igazi életét. „A szofisták szerint az önismeret elengedhetetlen feltétele annak, hogy az ember – tudatosítván a neki természettől rendeltén kijáró életminőséget, értékeket – jó életet éljen, sikeres legyen, megszerezze a számára kívánatos javakat, és ne engedjen az őt gúzsba kötő, nem természettől való elvárások, kényszerek erejének. A szofisták felpezsdítették a poliszok életét, arra buzdították a velük érintkezőket, a tőlük tanulókat, hogy használják ki lehetőségeiket, és éljenek *most jól*” (Nagy, 2016. 130. o.). Mind Szókratésznél, mind a szofistáknál az istenek helyét átvették az emberek.

Az athéni filozófia virágkorának kiemelkedő gondolkodója, Platón tanítványa, Arisztotelész (Kr. e. 384 – 322.) alaposan tanulmányozta a görög történelmi fejlődést, a poliszok társadalmi berendezkedését, és ennek tükrében értelmezte az ember individualizációs folyamatát. Arisztotelész eszménye, hogy mértékletes életmódot kell folytatni. Az etikus erényt, amelyen az ember saját tevékenységének ésszerű szabályozását értette, két szélsőség között középként határozta meg. Az erény közép, de abból a szempontból nézve, hogy mi a legjobb és a helyes, az erény a legfelső csúcs. Az erény a hiány és a túlzás állapotában elpusztul (Nagy Etika 1185b). A mértékeknek megfelelően kell cselekednünk az élet különböző területein. Az erény nem vár jutalmat, mert a jutalom maga az erényes élet, a boldogság (Dörömbözi, 1994).

Arisztotelész elődeivel ellentétben nem a jó ideáját, nem az önmagában vett erkölcsit keresi. Etikája nem az egyetlen, örök, megváltoztathatatlan ideálra irányul, hanem az ember számára elérhető jó belátására. A platonistáktól eltérően úgy vélekedik, hogy még ha létezne is önmagában lévő jó, sem elérni, sem megvalósítani nem tudná az ember: csupán keresheti. Az ember célja nem a megismerés, hanem a cselekvés. Nem azért foglalkozunk etikával, hogy tudjuk, mi az erény, hanem azért, hogy jó, derekas emberekké váljunk.

Van azonban egy jó, amire minden ember magáért a jóért vágyik: ez pedig a boldogság. Ez a legfőbb cél, a legfőbb jó. Arisztotelész a boldogságot nem az érzéki élvezetekben vagy a gazdagság birtoklásában határozza meg, hanem a lélek értelmes és erényes cselekedeteiben. Az ehhez szükséges feltételek: teljes érettség, bizonyos külső javak (egészség, jólét, szép alkat; a másokkal való együttélés egy államban). Etikájának célja nem a jó, hanem a jó ember.

A tökéletes tevékenységet a lélek kiválósága hozza létre, a gondolkodás és az akarat. Ennek alapján az erényeket gondolkodásbéli és karakterbéli (etikai) erényeknek nevezi. A gondolkodásbéli erények (értelem, tudomány, bölcsesség, művészet, gyakorlati belátás) magasabb szintűek. Ezek által az ember karaktere is nevelhető. A karakterbéli erények: a bátorság, a mérsékletesség, előkelőség-érzék, szelídség, igazságosság, barátságosság, jogosság stb. Ezen erények mindegyike a kerülendő szélsőségek között helyezkedik el (*Vorländer*, 1932).

Arisztotelész szerint tehát az emberek nevelhetők és szoktathatók, hiszen „az erkölcsi erények egyike sem természettől fogva van meg bennünk; mert hiszen, ami természettől fogva van, az sohasem lehet mássá szokás által (Nikomakhoszi Etika 1103a). Az erények nem is a természet ellenére fejlődnek ki az emberben, hiszen természettől fogva úgy vagyunk alkotva, hogy befogadhatjuk őket, viszont a szokás által lehetünk bennük tökéletessé. Az embereknek le kell győzniük káros szokásaikat. Az ideáltípus a kalokagathosz, amely ösztönözheti az egyéneket a helyes cselekvésre. A teljesen derekas emberre a kalokagathia megnevezést szokás alkalmazni. „Szép (kalosz) és jó (agathosz), mondják, ha valaki teljesen derekas. A szép és a jó kifejezéseket az erényre szokás alkalmazni, például szépnek mondják az igazságos embert, a bátrát, a mértékletest – általában véve az erények hordozóit” (Nagy Etika 1207b). Erkölcsileg szép és jó az az ember, aki számára a feltétlenül jó dolgok jók, és a feltétlenül szép dolgok szépek. Tehát kalokagathosznak lenni azt is jelenti, hogy az erények összességét birtokolni. Az erkölcsileg szépek egyúttal dicséretre méltók is. A testi erő, az egészség javak ugyan, de nem dicséretre méltók. A megtiszteltetés, a hatalom, a gazdagság természettől fogva jók, de egyeseknek kárt is okozhatnak. Akkor kalokagathosz valaki, ha olyan javakkal él, amelyek önmagukban szépek, s ezeket a javakat valósítja meg (Eudemoszi Etika 1248b). A kalokagathia tehát a tökéletes erény, s a kalokagathosz méltó a természettől fogva jó dolgokra is: a gazdagság, a hatalom, a jó származás illik hozzá (*Dörömbözi*, 1994).

Az ember vagy nem magától vagy magától cselekszi tetteit. A nem magától megcselekedett tettet vagy véletlenül, vagy szükségből követi el. A szükségből elkövetett cselekedetei egyrészt a kényszer, másrészt a természet szülöttei. Így azok a cselekedetek, amelyeket az ember nem magától tesz meg, vagy a véletlen, vagy a kényszer, vagy a természet következményei. Azokat pedig, amelyeket belső késztetésből teszünk meg, és amelyeknek mi vagyunk az okai, részben szokásból tesszük, részben törekvésből. Ez utóbbiak bizonyos részét érzelmi, más részét irracionális törekvésből tesszük. „Az első az akarat; az akarat viszont a jóra való törekvés, mert senki sem akar mást, mint amit jónak gondol; az

irracionális törekvés pedig az indulat és a vágy. Következésképpen minden tettet hét okból követünk el: véletlenül, természettől, kényszerből, szokásból, tudatos kívánságból, indulatból és vágyból” (Rétorika 1369a).

Vágyból azt követi el az ember, amit kellemesnek ítél. A hétköznapi és a megszokott dolgok is a kellemesek közé tartoznak, mert az ember sok olyan dolgot örömmel tesz meg, ami ugyan természettől nem kellemes, de a megszokás kellemessé teszi. Összegzésként ezt mondhatjuk: amit belső késztetésből tesz meg az ember, az jó, vagy kellemes, vagy annak tűnik (Rétorika 1369b).

Arisztotelész szerint „a gyönyör a lélek bizonyos mozgása, a természetes állapotba való hirtelen és érezhető átmenetele; a fájdalom pedig ennek az ellenkezője” (Rétorika 1370a). ebből az következik, hogy kellemes az, ami ezt az állapotot megteremti, míg fájdalmas az, ami ez ellen hat. Természetes állapotba jutni tehát kellemes dolog, „de különösen akkor, ha a dolgok, amelyek természet szerint jöttek létre, elérik saját természetüket; mert a megszokott úgyszólván természetessé válik; a szokás hasonlít a természethez; közel esik ugyanis a „gyakran” a „mindig”-hez, a természet a mindighez tartozik, a szokás a gyakranhoz. Az is kellemes, ami nem erőszakolt, mert az erőszak természetellenes” (Rétorika 1370a). Ami gondot okoz, ami az igyekvésünk és az erőlködésünk következménye, az kellemetlen, mert kényszer és erőszak terméke, ha nem szoktunk hozzá; a megszokás kellemessé teszi mindezt. „Ezen dolgok ellenkezői kellemesek. Ezért a könnyű tevékenységek, a szórakozás, a semmittevés, a gondtalanság, a játék, a pihenés és az alvás a kellemes dolgok közé tartozik, mert egyik sem kényszerből történik. Továbbá mindaz, ami után vágyakozunk, kellemes, mert a vágyakozás a kellemes dolgok megkívánása” (Rétorika 1370a).

Arisztotelész szerint vágyaink irracionálisak vagy racionálisak. Irracionálisak azok, amelyek minden megfontolástól mentesek. Ide tartoznak a természetes vágyak, például a testi vágyak, amelyek a tapintással, a szaglással, a hallással és a látással vannak kapcsolatban. „Racionálisnak hívom mindazokat a vágyakat, amelyek után meggyőződésből vágyakozunk. Mert sok dolog van, amit azért kívánunk látni és megszerezni, mert hallottunk róla, és meg vagyunk győződve, hogy kellemes” (Rétorika 1370a).

A győzelem nemcsak a dicsőségvágyók számára kellemes élmény, mert a felsőbbrendűség érzését kelti az emberben, amire többé-kevésbé a legtöbben vágyakoznak. Amennyiben a győzelem kellemes, szükségképpen kellemesek az olyan játékok, mint a

küzdősportok és a vetélkedők, hiszen gyakran lehet győzni bennük. „De a komoly sportokkal is ez a helyzet, mert némelyik akkor válik kellemessé számunkra, ha járatosak vagyunk bennük, mások kezdettől fogva kellemesek, (...) Versengés esetén ugyanis mindig fönnáll a győzelem reménye” (Rétorika 1371a).

Arisztotelész szokás-konceptiójának tanulságai az egészséges szokások kialakítása szempontjából

Láthattuk tehát, hogy az individualizációs folyamatot megelő ember megválaszthatja értékvilágát, ám lényeges azt a tényt is megfontolnunk, hogy életforma-szervező értékeink korunk uralkodó trendjeinek változásától függhetnek. Felmerül tehát a kérdés, mi képezheti az ember számára az egyensúly fenntartásához, az egészségben létezéshez, vagy a legfőbb jóhoz, a boldogsághoz szükséges stabilitás magját.

Arisztotelész szokás-konceptiója egyfajta lehetséges választ adhat a fenti kérdésre. Ennek alapján a gondolkodásbéli erények által nevelhető az ember. Tehát: felismert erényeink ismételt cselekvések általi stabilizálása karakterünket formálja. Azok vagyunk, amit újra és újra megteszünk. A kiválóság éppen ezért nem cselekedet, hanem szokás. Az ideáltipikus kalokagathosz is szokásaink tökéletesítése révén közelíthető meg. Mindez azt is jelenti, hogy életminőségünk szokásaink minőségétől függ. Minden általunk elért eredmény a cselekvésünkre vezethető vissza. Cselekvéseink nagy része mindeközben egy bizonyos szokáshoz rendelhető hozzá. A dolgok jelentős része, amit naponta teszünk, szokásaink eredménye. Akkor vagyunk képesek arra, hogy életünket magunk irányítsuk, ha képesek vagyunk szokásainkat megváltoztatni. Ahhoz, hogy ez sikerüljön, meg kell ismernünk rossz szokásainkat és el kell tudni képzelni az ideális szokásokat. A szokások döntő módon meghatározzák mindennapjainkat, mert tudatosság nélkül, folyamatosan használjuk azokat.

Aki meg akarja változtatni szokásait, ismerje meg azokat. Sok ember nem foglalkozik cselekvéseinek hátterével, így rossz szokásait sem ismeri fel. Mi örökíthető át a mára Arisztotelész szokás-konceptiójából? A szokás a tudás, a képességek és a vágy metszéspontja. A tudás meghatározza, amit teszünk, és amiért valamit teszünk. A képességek meghatározzák, ahogyan valamit tesszük. A vágy a motiváció, hogy valamit megtegyünk. Ahhoz, hogy egy szokás életünk stabil részévé váljon, mindhárom feltételnek teljesülnie kell: a tudás, a képesség és a vágy jelenléte elengedhetetlen.

A változás örömét akkor is meg tudjuk élni, ha implementálunk új szokásokat. Első lépésként fontos átgondolnunk, mely rossz szokások váltak életünk részévé. Miért tudtak

kifejlődni ezek a szokások? Mivé váltunk e szokások által, illetve mivé válunk e szokások hosszú távon való fenntartása által? Rossz szokásaink felismerése („Ismerd meg önmagad!”), értelmezése után érdemes döntenünk néhány jó, bennünket tökéletesítő szokás mellett: erdei séta, reggeli kocogás, egészséges reggeli, egy dl víz elfogyasztása óránként, vagy akár egy másoknak ajándékba adott mosoly, amely bennünket is boldogít.

Amennyiben a környezetünkben lévő jó példák láttán felébred bennünk a vágy és tudásunk van egy bennünk szunnyadó képességről, ismételt cselekvések által jó szokássá, jó szokások összességévé tehetjük egészségünket is. Íme, egy klasszikus példa. Azok az emberek, akik izmosak, azért izmosak, mert bizonyos dolgokat újra és újra megtesznek: egészségesen étkeznek, eleget pihennek, kitartóan edzenek stb.. Felmerül a kérdés, hogy az ilyen emberek feltétlenül fegyelmezettek-e? Feltételezhetjük, hogy a legtöbb ember nem rendelkezik végtelen önfegyellemmel. Az viszont biztos, hogy a kidolgozott izomzat megalkotására törekvők bizonyos, tudatosan választott cselekvéseket naponta ismételnek, mely cselekvések egy bizonyos idő elteltével szokássá válnak. Természetesen némi önfegyelemre is szükség van ennek az állapotnak a fenntartására. Colin Wringer rámutat egy, a fentiek szempontjából megfontolandó etikai kérdésre, nevezetesen, hogy sokan minden bizonnyal egészségesebbek lennének, ha reggelente hideg zuhanyt vennének, kocognának, betartanák az absztinencia különböző formáit, korán lefeküdnének aludni. „Ez azonban azt jelentené, hogy az élet más, jó dolgairól le kell mondaniuk, ez pedig sokak számára elfogadhatatlan lenne. Ez nem azt jelenti, hogy a jobb egészség nem lehet jó, csak azt, hogy választanunk kell az összeegyeztethetetlen jók között” (Wringer, 2009. 54. o.).

Éljünk individuummá válásunk során szokásaink megválasztásának jogával és lehetőségével! Hagyjuk életünket az erény jegyében megtörténni, „(...) mert ami az erény jegyében történik, az mindig kellemes érzést kelt, vagy legalábbis nem kellemetlent; de semmi esetre sem okoz rossz érzést”(Nikomakhoszi etika, 1120a).

A fejezet önálló feldolgozását segítő kérdések

- 1) Mit jelent az, hogy az önmagát megválasztó ember szokásait is megválaszthatja?
- 2) Hogyan képezhető le Arisztotelész szokás-koncepciója a ma emberének egészségmagatartására?

Irodalom

- Arisztotelész (1975): *Eudemoszi etika. Nagy Etika.* Gondolat, Budapest. 143-338.
- Arisztotelész (1982): *Rétorika.* Gondolat, Budapest. 53-64.
- Arisztotelész (1987): *Nikomakhoszi etika.* Európa, Budapest.
- Dörömbözi János (1994): *A filozófia története és elmélete.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest. 94-140.
- Nagy Edit (2016): Szókratész és Diderot(-Szókratész). In: Tarkó Klára és 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. 127-145.
- Vorländer, K. (1932): *Geschichte der Philosophie.* Gustav Kiepenhauer Verlag, Berlin-Charlottenburg.
- Wringe, C. (2009): Etika. In: Benkő, Zsuzsanna (szerk.): *Egészségfejlesztés módszertani kézikönyv.* Mozaik Kiadó, Szeged. 49-65.

Osváth Viola

A lelki egészség meghatározása. A fiatal felnőtt kor fejlődéslélektani jellemzői, feladatai

A fejezet a testi és lelki egészség összefüggéseit mutatja be, valamint betekintést enged abba, hogy mennyire bonyolult a lelki egészséget meghatározni. A fejezet második felében a hallgatók megismerkedhetnek a fiatal felnőtt korra jellemző pszichés működés alapjaival, mindazokkal a tipikusan előforduló krízisekkel, problémákkal, melyekkel az egyetemista korú fiataloknak meg kell küzdeniük. A témát az előadások mellett részben szemináriumi feladatok segítségével dolgozzuk fel, így a kurzus végére a hallgató:

TUDÁS]

- érti az egészségfejlesztés koncepcióját, behatóan ismeri az egészség holisztikus és szalutogenetikus megközelítését, valamint azonosítja az egészségnevelés helyét, szerepét az egészségfejlesztésben és az egészséges életmód kialakításában

[KÉPESSÉG]

- képes hiteles és meggyőző csoportos tájékoztatót tartani az egészség mint erőforrás értékéről, az egészségfejlesztés koncepciójáról, valamint az egészséges életmód jelentőségéről

[ATTITÚD]

- a kortárscsoportban végzett egészségnevelő munkája közben elkötelezett az egészség értékének képviselője iránt,
- az öntevékeny csoportban végzett tevékenységét kortársainak tisztelete és empátiás elfogadása hatja át

[AUTONÓMIA ÉS FELELŐSSÉG]

- a testmozgásra motiválás témájában, folyamatos oktatói szupervízió mellett szervez öntevékeny hallgatói csoportokat

A lelki egészség meghatározása

Az egészséges életmód kialakításának, az egészség megőrzésének fontosságát egyre többen ismerik fel, és egyre többen tesznek is lépéseket ezért. Kevesebben ismerik fel ugyanakkor, hogy a testünk csak úgy maradhat egészséges, ha az egyik nagyon fontos része, a lélek is egészséges. Ha lelkünk problémákkal, gondokkal küzd tartósan, akkor előbb-utóbb kibillen egyensúlyából (Lippai és Erdei, 2014).

Az ember bio-pszicho-szociálisan meghatározott lény. A biológiai mivoltunk a lét- és fajfenntartást biztosítja, pszichológiai meghatározottságunk az érzelmi, értelmi és akaratni működésen alapszik, míg szociális lényként különböző közösségek tagjaivá válunk, beilleszkedünk a szűkebb és tágabb társas környezetünkbe. Az ember pszichés és szociális megnyilvánulásait nevezzük mentális működésnek. Ez a mentális működés határozza meg a lelki egészséget.

A lelki egészség meghatározása azért nehéz, mert a normalitás fogalma erősen viszonylagos. Az emberek viselkedését a történelem során kialakult normák, szabályok alapján ítélik megfelelőnek vagy abnormálisnak, betegnek az adott kultúrában, amelyben élnek (Lippai és Erdei, 2014). Ami az adott kultúrán belül magától értetődőnek tűnik, az más korok, kultúrák számára sokszor teljesen elfogadhatatlan, érthetetlen (pl. a homoszexualitás megítélése máig is nagyon különböző az egyes országokban, de a történelem során is folyamatosan alakult: voltak kultúrák, ahol törvényszegésként kezelték, vagy gyógyítandó betegségként, de a Római Birodalomban például teljesen hétköznapi, normális életmódként).

A mai pszichiátriai nomenklatúra az alkalmazkodást tekinti a normalitás mércéjének. E megközelítésnek az a nehézsége, hogy az újíto, előre vivő különleges viselkedést is a betegségek közé sorolja ezáltal. A pszichés zavarok ugyanis általában nehezítik az alkalmazkodást, a normák betartását, de ez fordítva nem mindig igaz. Nem minden újszerű, eredeti viselkedés mögött van pszichés zavar.

A WHO (2005) az egészséget úgy határozza meg, mint a testi, lelki, szociális jóllét állapotát, és hangsúlyozza, hogy nem szűkíthetjük le a betegségi tünetek vagy károsodás hiányára. Szinte minden pszichológiai irányzat kialakította a maga elméletét a lelki egészségről, de a számtalan próbálkozás ellenére a lelki egészségről nincs egységesen kialakult vélemény. A leírások függenek az emberről alkotott képtől, az elmélettől, és a vizsgálatok módjától. Nagyon gyakran az egész személyiségre vonatkoznak, de van, hogy

annak egy vagy több kiemelt működésére (Becker, Minsell és Korchin, 1991). Az egyes emberek lelki egészségét, esetleg annak hiányát tesztekkel, vagy pszichodiagnosztikai vizsgálatokkal is mérhetjük. A lélektanban is használják a "normális" és a "nem normális/abnormális" kifejezéseket, amelyek vonatkozhatnak statisztikai értékekre. Ezek szerint azok az emberek az egészségesek, akik úgy viselkednek, mint az emberek többsége. Ugyanakkor nem csak a környezetétől eltérő viselkedés jelenthet problémát, hanem az is, ha a személy a saját megszokott magatartásától tér el (pl. ha egy vidám ember búskomorrá válik, vagy egy csendes személy hirtelen felhangolt lesz, vagy nagyon beszédese).

Számos irodalom hangsúlyozza, hogy a normalitás és az abnormalitás között nincs éles határ, inkább folyamatosságot tételeznek fel. Az egészség nagyon széles skálán mozog, így még az is kérdéses, hogy egyáltalában meghúzható-e a határa? Abban azonban szinte minden irodalom megegyezik, hogy az egészséges ember általában meg tud birkózni nehézségeivel, meg tudja oldani konfliktusait (Lippai, Tarkó és Benkő, 2017; Esser, Schmidt és Woerner, 1990; Hurelmann és Lösel, 1990). A WHO a lelki egészség fogalma alatt sem pusztán a mentális és pszichés zavarok hiányát érti, hanem a szubjektív jóllét olyan állapotának tartja, melyben minden egyén képes felismerni a benne rejlő lehetőségeket és képes az élet természetesnek mondható stresszhelyzeteivel megküzdeni, produktív és gyümölcsöző munkát végezni és tevékenyen részt venni saját közösségeinek életében (WHO, 2010).

A fentieket Szakács Ferenc megfogalmazásában úgy összegezzük, hogy „...az egészséges (normális) ember az, aki önálló életvezetésre képes, aki élethelyzetéből adódó szerepeit elfogadja, képes-ségeinek megfelelő munkát végez, és mindeközben (tehát nem legvégül) örömszerzésre képes, életét más emberekkel együtt közösségi, társadalmi céloknak megfelelően éli.” (Szakács, 1994, 29. o.).

Ha a lelki egészséget a fejlődés oldaláról közelítjük meg, akkor a lelki érettség szintjével is jellemezhetjük a személyt, így beszélhetünk éretlen, infantilis vagy érett, felnőtt személyiségről. A problémák felderítésénél számos irányzat megjelöli a fejlődési fokot, ahol az előrehaladás megakadt. Például a pszichoanalízis szerint beszélhetünk "orálisan fixált" vagy ún. érett "genitális szintre jutott" "autonóm" személyiségről. Freud egyrészt az örömkészség alapján, másrészt az "én" ösztönöket szabályozó, egyensúlyozó működése szerint határozza meg a lelki egészséget. Elméletében az egészséges embert úgy írja le, mint aki örömet lel az életben, illetve képes szeretni és dolgozni. Ugyanakkor fontos szerepe van a frusztráció kezelésének, és annak, hogy bizonyos fokú belátással rendelkezünk saját lelki

világunkat tekintve. Szintén fontos ismérve az egészséges személyiségnek a valósággal való kapcsolat, a lelki világ egyensúlyban tartása, akár annak árán is, hogy bizonyos konfliktusokat megtanul elviselni az ember. Számos elmélet kiemeli a pszichológiai folyamatok egyensúlyban tartását, az önmegfigyelés, belátási készség és önismeret fontosságát (*Sarafino, 1994*).

A fiatal felnőtt kor fejlődéslélektani jellemzői, feladatai

A lelki fejlődés máig legelfogadottabb leírása Erik Erikson nevéhez fűződik, aki Freud pszichoszexuális fejlődésméletéből indult ki, de azt továbbfejlesztette, és a személyiségfejlődést az egész életen át tartó folyamatként értelmezte. Erikson pszichoszociális fejlődésméletének lényege, hogy a fejlődést egymást követő szakaszok sorozataként írja le, ahol minden szakasznak megvan a maga konfliktusa, krízise. Az általa leírt fejlődési szakaszok a következők (*Erikson, 1980*):

1. szakasz –Ősbizalom a bizalmatlansággal szemben (0-2 éves kor)

Ebben a szakaszban az anyai gondoskodás mentén tanulja meg a csecsemő, hogy mit várhat az élettől: biztonságos, segítőkész a világ, vagy semleges, esetleg fenyegető? Az itt kialakuló bizalom, vagy rosszabb esetben bizalmatlanság, áthatja a személyiséget egész élete folyamán.

2. szakasz – Autonómia a szégyennel és kétellyel szemben (2-3 éves kor)

Ebben az életkorban, elsősorban a testi funkciók uralásán keresztül (ld. szobatisztaság) kialakulhat az önuralom, önkontroll, ami a későbbi autonómia, önfegyelem alapját képezi. Amennyiben a gyermek nem kapja meg a megfelelő támogatást ebben a folyamatban, kételkedni fog önmagában, a képességeiben, illetve kialakulhat egy szégyenérzet, amely a további fejlődést nehezíti.

3. szakasz –Kezdeményezés a büntudattal szemben (3-5 éves kor)

Óvodás korban a gyermekek elkezdik a világ felfedezését, és az ezzel járó tapasztalatok megszerzését. Nyitnak a külvilág, a társaik felé, megjelenik a törekvés és a tervezés az életükben.

4. szakasz –Teljesítőkéesség a kisebbrendűséggel szemben (6-11 éves kor)

Ebben a szakaszban kerül a gyermek iskolába, a játék szerepét átveszi a szisztematikus tanulás, melyben már fontos a teljesítményre kapott minősítés is. Mivel az iskola teljesítménycentrikus intézmény, a gyermek énképe saját iskolai eredményei függvényében változik. Nem csak a szülők, tanárok elismerése, de sokszor a barátok hozzáállása is a jó teljesítményhez kötött. Az iskolai sikertelenség kompenzálásaként valamilyen pótcselekvésbe menekül a gyermek. Szerencsésebb esetben talál iskolán kívüli sikerélményt (sport, művészet terén), de ha ez nem sikerül, akkor lelkiismeret furdalása, kisebbrendűségi érzései lesznek, melyeket általában valamilyen deviáns viselkedés megjelenése, vagy pszichés zavar kialakulása követ.

5. szakasz –Identitás a szerepdiffúzióval szemben (12-20 éves kor)

A serdülő keresi saját értékeit, tulajdonságait, a helyét a világban. Az alapképességekből kibontakozhat valamilyen tehetség. Elkezd szerepekkel azonosulni, kiválasztja azokat, melyeket elfogadhatónak tart és ezeket gyakorolja, ezáltal megtalálja helyét a világban. Kialakít egy személyes identitást, amely azonban egészséges esetben mindig a társas csoport részeként határozza őt meg. Ha ez nem sikerül, ha nem tudja a gyermekkori mintákat összeegyeztetni a jelen elvárásokkal, ha nem tudja egységes énképpé kovácsolni annak összetevőit, akkor énídeálja nagyon eltávolodik énképétől s ez szerep konfúziót eredményez. Ilyenkor nem tud egy egészséges felnőtt identitás kialakulni.

Tekintve, hogy a fiatal felnőttkor egy része ebbe az életszakaszba sorolható, ezért az identitás kialakulásának témáját a következő fejezetben még részletesebben kifejtjük.

6. szakasz –Intimitás az izolációval szemben (20-40 éves kor)

Ebben az életkorban a tanulmányok lezárulnak még azoknál a személyeknél is, akik továbbtanulnak. Előtérbe kerül az intimitás iránti igény és a személyek képessé is válnak az intim kapcsolatok felvállalására, az érett genitalitásra ebben a korban. Már nem a szülők, a származási család, a kötelező kapcsolatok lesznek fontosak, hanem mindenkinek meg kell teremtenie azt a közösséget, amelyben jól érzi magát. Kialakítja saját személyes életterét, családot alapít, baráti társaságo(ka)t hoz létre maga körül. Abban az esetben, ha ez nem sikerül, izolálódik, magányossá válik. Az izoláció sokszor annak a konfliktusnak a következménye, amely abból adódik, hogy karrier vágyát nem találja összeegyeztethetőnek az

esetleges családalapítás következtében kialakuló szerepelvárásokkal, ezért elodázza az elköteleződést.

7. szakasz – Alkotóképesség a stagnálással szemben (40-60 éves kor)

Ebben az életszakaszban a kiteljesedés és produktivitás van a középpontban mind a munka, mind a magánélet területén. Legtöbbször ekkor érik el alkotóképességük csúcsát, úgy érzik, hogy termékenyek a munkában, és szülői szerepüket is megfelelően el tudják látni. Ha ez nem alakul ki, akkor a személy úgy érzi, hogy élete stagnál, nem érzi jól magát abban, amiben van, de nem akar változtatni, vagy úgy érzi, hogy nincs lehetősége a változtatásra.

8. szakasz – Integritás vagy kétségbeesés (60 év feletti kor)

Az idős kor feladata, hogy az egyén elfogadja életútját, mint egyszeri és megváltoztathatatlan. Ebben a korban a személy elemzi mindazt, amit elért élete folyamán, és megbékél ezekkel. Ha úgy ítéli meg, hogy nem élt hiába, akkor kialakul az érintegritás-érzés, amely abban segít az illetőt, hogy el is tudja engedni az életet, tehát fel tudjon készülni a halálra. Amennyiben az illető úgy ítéli meg, hogy nem volt értelme az életének, ha nincs megelégedve vele, akkor kétségbeesés alakul ki, hiszen már lehetetlen változtatnia rajta.

Azért fontos Erikson elméletét egészében is ismerni, mert számos életkrízis, megküzdésekben mutatkozó gyengeség mögött az adott életszakaszok nehézségei, sérülései állhatnak, így az önismeretben segítséget nyújthat megérteni problémáinkat. A fejlődés az alapvető készségektől (pl. bizalom) halad az összetettebb (pl. identitás, intimitás) kérdésén át az élet végén felmerülő kérdések felé. Nem lehet érett autonómiát kialakítani érett bizalom nélkül, az érett kezdeményezés az autonómiára épül, és így tovább. Nem érthetünk meg tehát egyetlen életszakaszt sem a többi ismerete nélkül (Cole és Cole, 1998).

A fiatal felnőttkorban végbemenő pszichés változások

A korszak egyik feladata a felnőtt személyiség kialakítása, az önálló lét megkezdése, az egzisztencia megteremtése, illetve megalapozása. Mindezek megvalósításához szükséges egy egészséges identitás kialakítása. Marcia már 1966-ban leírta, hogy az identitás kialakulásának négyféle kimenetele lehet:

- A korai zárás azt jelenti, hogy a személy átveszi a környezet által kínált szerepmintákat, anélkül, hogy valójában sajátjának érezné azokat. Nagyon gyakran ez

családi nyomásra, vagy anyagi megfontolásból történik. Ilyenkor azonban nem tud megtörténni az identitás belsővé válása, hiszen nem beszélhetünk igazi döntésről.

- A moratórium az identitás keresésének az állapota, amely kamasz korban természetes, de ha azon túl nyúlik, akkor a személy elhalasztja a döntést, azaz nem képes elköteleződni. A mai huszonévesek körében ez nagyon gyakori jelenség, melyet a társadalom működése is megerősít, hiszen nem várjuk el a fiatal felnőttektől az önállósodást, akár 30 éves korukig is tanulhatnak, próbálgathatják önmagukat.
- A szerepdiffúzió állapotában a személy nem képes meghatározni önmagát, úgy érzi, hogy különböző szerepei ellentmondásosak, és ettől kialakul benne egy zavartság.
- Az identitás eléréséről akkor beszélhetünk, ha a személy meg tudja határozni önmagát, és kialakít célokat melyek felé tart.

A mai társadalmi rend lehetővé tette, hogy a minden szempontból felelősséget vállaló felnőtté válás időszaka, azaz az érett identitás elérése kitolódjon (Cole és Cole, 1998). A fiataloknak több idejük van a különböző szakmák felderítésére mielőtt végleg elköteleződnének valamelyik mellett, ez azonban egy kitolódó bizonytalan állapotot is eredményez. Már nem serdülők, de még nem is igazi felnőttek. A fiatalok kipróbálnak sok új dolgot, de sokszor egyikben sem találják meg igazán önmagukat. Ilyenkor általában kétségbeesnek, és elkezdik az élet értelmét keresni. Sokszor az az eredménye a túl sok keresgélésnek, hogy úgy érzik nem sok a remény arra, hogy ezután megtalálják a saját útjukat. Ezt hívjuk kapunyitási pániknak. Általában a tanulmányok befejeződéséig ez el is múlik, addig viszont fontos elfogadni, hogy ez manapság gyakori jelenség, majdnem életkori sajátosság. Nincs vele egyedül az ember.

A fejezet önálló feldolgozását segítő kérdések

- 1) Milyen egy lelkiileg egészséges ember?
- 2) A fiatal felnőtt kornak milyen feladatai vannak lelki szempontból?

Irodalomjegyzék

- Cole, M. és Cole, S. R. (1998): *Fejlődéslélektan*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Erikson, E. H. (1980): *Identity and life cycle*. New York, W.W. Norton.
- Esser, G., Schmidt, M.H. és Woerner, W. (1990): Epidemiology and Course of Psychiatric Disorders in School-Age Children- Results of a Longitudinal Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31/ **2. sz.** 243-263
- Hurrelmann, K. és Lösel, F. (1990, eds.): *Health hazards in adolescence*. Oxford, England.
- Lippai László és Erdei Katalin (2014): Lelki egészségfejlesztő programok előkészítése városi szinten - a hódmezővásárhelyi lelki egészségfelmérés elemzésének tanulságai. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15/**4. sz.** 351-371. Lippai László, Tarkó Klára, Benkő Zsuzsanna (2017): Mentális állapot felmérés a Szegedi Tudományegyetem hallgatói körében. *Népegészségügy*, 95/ **2. sz.** 134.
- Marcia, J. E. (1966): Development and validation of ego identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3 / **5. sz.** 551-558.
- Minsel, B., Becker P. és Korchin S.J. (1991): A Cross-Cultural View of Positive Mental Health. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 22 / **2. sz.** 157-181.
- Sarafino, E.P. (1994): *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. JohnWiely & Sons. Inc., New York.
- Szakács, F. (1994, szerk.). *Patopszichológiai vademecum*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- WHO (2005): Ottawai Charta. In Benkő Zsuzsanna és Tarkó Klára (szerk.), *Iskolai egészségfejlesztés. Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez*. Szeged, JGYF Kiadó. 163-170.
- WHO (2010). *Mental health: Strengthening our response. Fact sheet N°220*. Letöltve: 2014. 02. 19-én: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

Pálmai Judit

A holisztikus egészségfogalom felé

A fejezet ismerteti az egészség fogalmának változásait, laikus és tudományos definícióit, végül bemutatja a holisztikus egészségfogalmat és annak számos dimenzióját is. A fejezet témáinak részben önálló hallgatói munkát igénylő, részben szemináriumi feladatok segítségével történő feldolgozása hozzájárul ahhoz, hogy a két féléves kurzus végére a hallgató:

[TUDÁS]

- érti az egészségfejlesztés koncepcióját, behatóan ismeri az egészség holisztikus és szalutogenetikus megközelítését, valamint azonosítja az egészségnevelés helyét, szerepét az egészségfejlesztésben és az egészséges életmód kialakításában

[KÉPESSÉG]

- képes hiteles és meggyőző csoportos tájékoztatót tartani az egészség mint erőforrás értékéről, az egészségfejlesztés koncepciójáról, valamint az egészséges életmód jelentőségéről

[ATTITÚD]

- a kortárcsoportban végzett egészségnevelő munkája közben elkötelezett az egészség értékének képviselője iránt
- az öntevékeny csoportban végzett tevékenységét kortársainak tisztelete és empátiás elfogadása hatja át

[AUTONÓMIA ÉS FELELŐSSÉG]

- a testmozgásra motiválás témájában, folyamatos oktatói szupervízió mellett szervez öntevékeny hallgatói csoportokat

Az egészség eltérő jelentéssel bír a különböző emberek számára. Az egészségről való gondolkodás összefüggésben áll az emberek szociális és kulturális helyzetével, generációkról generációkra öröklődik. Az egészségről alkotott lakossági elképzelésekről számos kutatás született, amelyek azt mutatják, hogy bár a definíciók egybehangzanak, mégis életkor, nem és társadalmi osztály szerint különböznek egymástól. Ezeket nevezzük az egészség laikus megközelítésének (Benkő, 2009, 2016).

Herlich szerint az egészséget az általa megkérdezettek háromféleképpen írják le: egyszer a betegség hiányával, másodszor egy ellenálló képességként, ami nem engedi az egészséget megrendülni, harmadszor pedig olyan állapotként, amely képessé teszi az egyént arra, hogy a lehetőségeit maximálisan kiaknázza (Naidoo és Wills, 1999; Benkő, 1997, 2009).

Idős embereket megkérdezve azt találták, hogy ők az egészséget a szervezet épségével és egyfajta belső erővel azonosítják, amely a nehézségekkel való megküzdésben játszik döntő szerepet (Naidoo és Wills, 1999).

Más kutatók a társadalmi rétegződésben, hierarchiában elfoglalt hely szerint vélnek különbséget felfedezni az egészség laikus értelmezésében. Így a középosztályhoz tartozók az élet élvezetével, a jó erőnléttel és az aktív tevékenységgel kapcsolják össze az egészséget, míg a munkásosztálybeliek elsősorban a fizikai alkalmasságra teszik a hangsúlyt, vagyis akkor tekintik magukat egészségesnek, ha képesek ellátni mindennapi tevékenységeiket. A nemek tekintetében a nők inkább az egészséget a betegség felől közelítik meg, míg a férfiak 'a jó erőben lenni' elv szerint tekintenek az egészségre (Naidoo és Wills, 1999; Ewles, és Simnett, 1999).

Az egészség egységes értelmezése felé

Kérdés, hogy lehetséges-e az egészség egységes értelmezése? Már a laikus megközelítésekben láthatjuk, hogy életkor, nem és a társadalmi hierarchiában elfoglalt hely szerint eltérőek lehetnek az egészségről alkotott elképzelések. A hétköznapi megközelítéseket figyelembe véve tehát az egészségnek két gyakori megközelítése van. Az egyik a negatív definíció, miszerint az egészség a betegség vagy a kóros állapot hiányát jelent. A másik az egészség pozitív definíciója, amely a jó erőnléttel, az élet élvezetével kapcsolható össze. Az egészség pozitív megközelítésének megszilárdításáért 1946-ban az Egészségügyi Világszervezet is óriási lépést tett. A WHO az egészséget a teljes testi, lelki és szociális jóllét

állapotának determinálta, és nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiányának (WHO, 2006; Benkő és Lippai, 2001).

Ez a megközelítés még napjainkban is hódít, annak ellenére, hogy a WHO már többször is módosította, kiegészítette nézőpontját, mivel a definíciót két pontjában is kritika érte, így abban, hogy túl idealisztikus (milyen gyakran érezheti az ember magát a teljes jóllét állapotában?), ill. maga a definíció statikus nézőpontot képvisel, holott az élet és a hozzá tartozó jelenségek folyamatos változásban vannak, nem statikusak.

Ennek ellenére a definíció nagy lépést, paradigmaváltást jelentett az egészség fogalmának meghatározásában, hiszen tartalmazza a pozitív egészség megközelítését, ezek mellett elismeri a szociális és mentális jóllét szerepét (Benkő, 2009).

Az a nézet, melyben az egészség egy folytonosan változó, követelményekhez, elvárásokhoz való alkalmazkodás képességét jelenti, már sokkal elfogadhatóbb definíciót sejtet. Ennek megfelelően a WHO 1984-es meghatározásában már a fenti szempontokat képviseli ez egészség definíciójában: *„az egészség azt jelenti, hogy az egyén vagy csoport milyen mértékben képes realizálni törekvéseit és kielégíteni igényeit; hogyan tud alkalmazkodni környezetéhez, az egészséget tehát úgy lehet felfogni, mint a mindennapi élethez szükséges erőforrást, nem pedig mint életcél. Az egészség olyan pozitív koncepció, amely az egyéni és társadalmi létfeltételeket, valamint a fizikai teljesítőképességet hangsúlyozza”* (Naidoo és Wills, 1999. 20. o.).

Az Egészségügyi Világszervezeten kívül számos egyéb szervezet és tudós is hozzájárult az egészség definíciójának pontosításához. Ennek megfelelően 1986-ban az Ottawai Charta - a WHO 1946-os megfogalmazásából kiindulva - is foglalkozik az egészség definíciójával (Ottawa, 1986. november 17-21.): *„... ahhoz, hogy az egyén vagy a csoport elérje a teljes fizikai, mentális és szociális jóllétet, képesnek kell lennie arra, hogy felismerje és azonosítsa vágyait, kielégítse szükségleteit és boldoguljon környezetével, vagy képes legyen megváltoztatni azt. Az egészség pozitív fogalom, amely hangsúlyozza a társadalmi és személyes forrásokat csakúgy, mint a fizikai képességeket”* (Kishegyi és Makara, 2004. 9. o.).

A WHO 1984-es és az Ottawai Charta egészség definíciója több ponton is összecseng, és fontos részletekkel gazdagítja az egészség értelmezését. A definíciókban fontos gondolat az igények, törekvések beazonosítása és megvalósítása, a környezethez való alkalmazkodás, hogy az egészség erőforrás, nem pedig életcél, hogy egyéni és társadalmi létfeltétel, amelynek fontos momentuma a fizikai teljesítőképesség és az egyéni felelősség. Újszerű és kiemelendő a definícióban, hogy az egészség fogalmát társadalmi és egyéni oldalról is megközelíti,

hangsúlyozza a fogalom dinamikus és pozitív oldalát és azt, hogy az egészség alapvető emberi jog, ezen kívül egy biztos befektetés.

Mások, így Talcot Parsons szerint az egészség az egyén optimális teljesítőképességének állapota, amely arra teszi képessé, hogy betöltse azokat a szerepeket és feladatokat, melyekre az élete folyamán szocializálódott. Badura ezzel szemben az egészséget a problémamegoldásra és az érzelmek irányítására való képességként értelmezte, amely lehetővé teszi a pozitív énkép, a testi-lelki elégedettség megőrzését és újraartikulálását (Benkő és Lippai, 2001; Lampek és Füzesi, 2013).

Más felfogás szerint az egészség válhat árucikké is, ami megvásárolható, ugyanakkor el is veszíthető. Ezt tükrözi David Seedhouse megfogalmazása, miszerint az egészség egy képesség, egy olyan alap, mely lehetővé teszi, hogy az egyén valóra váltsa a benne rejlő lehetőségeket. Ez a meghatározás módot ad arra, hogy egyénileg mást és mást tartsunk egészségnek, de közben mégis szem előtt tartjuk az egyéni feltételeket, melyek szükségesek a személy egészségének fenntartásához (Ewles és Simnett, 1999).

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény megfogalmazása szerint „*az egészség az egyén életminőségének és önmegvalósításának alapvető feltétele, amely döntő hatással van a családra, a munkára és ezáltal az egész nemzetre.*” Ezt kiegészítve az 1997-es Dzsakartai Nyilatkozat az egészséget alapvető emberi jogként azonosítja, amely döntő a társadalmi és gazdasági fejlődés szemszögéből is. A Nyilatkozat részletezi azokat a tényezőket, amelyek az egészség előfeltételeit behatárolják, így a béke, a lakhatás, az oktatás, a társadalmi biztonság, a társadalmi kapcsolatok, az élelem, a jövedelem, a nők jogai, a stabil ökoszisztéma, a források fenntartható felhasználása, a társadalmi igazságosság, az emberi jogok tiszteletben tartása és az egyenlőség. A Dzsakartai Nyilatkozat végül az egészséget leginkább veszélyeztető tényezőnek a szegénységet jelölte meg (Kishegyi és Makara, 2004).

Holisztikus egészségfogalom

A holisztikus egészségfogalom reneszánszát éli, de nem új keletű megközelítés, korábban már az ókori gondolkodásban is megjelent. A holisztikus egészségfogalom az embert egésznek tekinti, feltételezi testének, szellemének és lelkének egységét és ezek kölcsönhatását. A holisztikus szemlélet szerint az egészség az egyénen belüli, az emberek közötti és az ember és a környezeti közötti egyensúly állapota.

A korábbi definíciók alapján láthatjuk, hogy nagyon nehéz egységes egészségfogalmat alkotni, még nehezebb meghatározni, hogy ki tekinthető 'egészségesnek', hiszen az egyének szubjektív módon becsülik meg egészségüket, szemben az orvostudománnyal, mely objektív adatokra alapoz.

A fenti laikus és tudományos meghatározások közös pontja mégis az, hogy az egészségnek különböző elemeit vonultatják fel és hangsúlyozzák az egészség több dimenziós voltát. Azonban a fenti értelmezések egyike sem törekszik a teljességre, szemben a holisztikus egészségszemlélettel, mely figyelembe veszik az egészségelemek teljes skáláját, azok sajátos hatásait az egyén egészségére és egymással való kölcsönhatásait. A holisztikus szemlélet azt vallja, hogy az egészség különböző elemeit semmiféleképpen nem érdemes külön szemlélni, hiszen ezek minden esetben kölcsönhatásban és kölcsönös függőségben állnak egymással.

A modern holisztikus egészségfogalom hat egészségelemet határoz meg:

- **Fizikai egészség:** a test megfelelő működése.
- **Mentális egészség:** a tiszta és következetes gondolkodás képessége.
- **Érzelmi egészség:** az érzelmek (félelem, öröm, bánat, düh, undor) megfelelő felismerésének és kifejezésének a képessége. Az érzelmi, vagy affektív egészség a stresszel, depresszióval, és szorongással való megküzdést is jelenti.
- **Spirituális egészség:** vallásos hit, a vallás gyakorlása; személyes hitvallás, viselkedési elvek, a lelki béke és a belső összhang elérésére való törekvés.
- **Társas egészség:** a másokkal való kapcsolatok kialakításának és fenntartásának képessége.
- **Társadalmi egészség:** a társadalomba való integrálódás igénye, lehetősége. (Naidoo és Wills, 1999).

Az egészséget szélesebb körben befolyásoló dimenziók a társadalmi és a környezeti tényezők. A *társadalmi* dimenzió azt jelent, hogy szoros kapcsolat áll fenn az egyén egészsége és a társadalom berendezkedése között, ide tartozik pl. a megfelelő infrastrukturális környezet, a társadalmi integráltság szintje és a munkamegosztás fejlettsége. A *környezeti* dimenzió a minket körbevevő fizikai valóságot jelenti, ide soroljuk az egészséges ivóvizet, a tiszta levegőt, a zöld területeket, a lakáskörülményeket stb. (Naidoo és Wills, 1999).

A fenti fejezetből jól látható, hogy az egészségnek számos megközelítése van, mindegyik értékes elemmel járult hozzá ahhoz, hogy az egészségfogalom negatív, objektív megközelítéséből eljussunk a pozitív, szubjektív felé, az egy dimenzióstól a multidimenziósig,

az organikustól a személyesig, az individuálistól a szituatív értelmezésig, a statikus egészségfogalomtól a dinamikusig (Benkő, 2005; 2016).

A fejezet önálló feldolgozását segítő kérdések

- 1) Fejtse ki a laikusok egészségfogalmának sajátosságait, jellemezze példákon keresztül!
- 2) Sorolja fel és mondjon példát az egészség dimenzióira!

Irodalomjegyzék

- Benkő Zsuzsanna és Lippai László (2001): Teljességigény egy egészségműhelyben. *Új Pedagógiai Szemle*, 2001/5. sz. 36-53.
- Benkő Zsuzsanna (2005): Bevezetés az egészségfejlesztésbe. In: Benkő Zsuzsanna és Tarkó Klára (2005, szerk.). *Iskolai egészségfejlesztés. Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez*. JGYF Kiadó, Szeged. 13-27. o.
- Benkő Zsuzsanna (2016): Homo Sanus. Az egészséggel megáldott ember. In: Tarkó Klára és Benkő Zsuzsanna (szerk.): "Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége": Szemelvények egy multidiszciplináris egészségfejlesztő műhely munkáiból. Szeged: Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, 2016. 25-31. o.
- Ewles, L. és Simnett, I. (1999): *Egészségfejlesztés*. Gyakorlati útmutató. Medicina Kiadó, Bp.
- Kishegyi Júlia és Makara Péter (2004): *Az egészségfejlesztés alapelvei*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Bp.
- Lampek Kinga és Füzesi Zsuzsanna (2013): Az egészség fogalmának alakulása. In: Tarkó Klára és Lippai László (szerk.): „Gyümölcs? A fa beváltja azt, amit virágával ígér.” *Tanulmányok Benkő Zsuzsanna 60. születésnapjára*. SZTE JGYPK AEEI, Szeged. 39-66.
- Naidoo, J. és Wills, J. (1999): *Egészségmegőrzés*. Medicina Kiadó, Bp.
- WHO (2006): *Basic Documents*. Forty-fifth edition, Supplement. World Health Organization.

A testmozgás szerepe, jelentősége az egészség szalutogenetikus megközelítésében

A testmozgás testi egészségre gyakorolt hatásai, betegségmegelőző szerepe

A fejezet célja a testmozgás fontosságának szemléltetése, egészségre gyakorolt pozitív hatásainak bemutatása. A fejezet témáinak részben önálló hallgatói munkát igénylő, részben szemináriumi feladatok segítségével történő feldolgozása hozzájárul ahhoz, hogy a két féléves kurzus végére a hallgató:

[TUDÁS]

- ismeri a testmozgás jelentőségét az egészségmagatartás rendszerében, azonosítja az egészségfejlesztő céllal végzett testmozgás jellemzőit, és érti a testmozgás mint egészségmagatartási forma szerepét az egészség holisztikus megközelítésében

[KÉPESSÉG]

- képes hiteles és meggyőző csoportos tájékoztatót tartani az egészség mint erőforrás értékéről, az egészségfejlesztés koncepciójáról, valamint az egészséges életmód jelentőségéről
- képes csoportvita beindítására alkalmas, szakszerű kérdéseket felvetni az egészség, egészségfejlesztés, és az egészségfejlesztő céllal végzett testmozgás vonatkozásában

[ATTITÚD]

- tevékenysége során hitelesen képviseli az egészségfejlesztő célú testmozgás jelentőségét, egyúttal törekszik hallgatótársai empatikus elfogadására és autonómiájuk tiszteletben tartására

[AUTONÓMIA ÉS FELELŐSSÉG]

- készen álljon arra, hogy a hallgatói öntevékeny csoportok egyes foglalkozásait oktatói szupervízió mellett előkészítse, önállóan megvalósítsa, majd oktatói segítségével kiértékelje és tovább folytassa a következő foglalkozás előkészítését

A testmozgás szerepe, jelentősége

Az egészséges életmód részeként tartjuk számon a rendszeres testmozgást, sőt az egyik legfontosabb lépés, amit kortól függetlenül az egészségért tenni lehet. Ugyanakkor ennek a fordítottja is igaz, az ember testi-lelki állapota kihatással lesz az aktív szabadidő eltöltésére (*Benkő és Tarkó, 2012*). Már gyermekkorban érdemes elkezdni kialakítani egy olyan szemléletmódot, melyben a kellő gyakorisággal és megfelelő mennyiségben végzett testmozgás a mindennapok részét képezi. Ebben a szemléletformálásban a család mellett az iskolának és a társadalomnak is kiemelkedő szerepe van. A helyes minta követésével ugyanis nagy eséllyel nevelhető egészségtudatos gyermek, míg egy mozgásszegény családban a gyermek is nagy valószínűséggel nem fog rendszeres fizikai aktivitást végezni. Ha már serdülőkorra a napi rutinná válik a mozgás, a későbbi években annál inkább feltételezhetően lesz az életvitel szerves része. Másrészről pedig a komplex egészségfejlesztő szemléletmód elsajátításában a szakembereknek is kulcsszerepük van (*Pálmai, Tarkó, Lippai és Benkő, 2013*).

A testmozgás különböző funkciókat tölthet be, feladata lehet egyrészt az egészségmegőrzés, amikor az egészségi állapot fenntartása a cél, az egészséget veszélyeztető rizikófaktorok csökkentése. Amikor az egészség megőrzése mellett már az ideális testalkat, zsír-izom arány kialakítása is szempont, akkor már a testmozgás egészségfejlesztő funkcióval bír. Továbbá a testmozgást osztályozhatjuk aszerint is, hogy szabadidős eltöltés vagy már versenyszintű sportolást takar. Az aktív szabadidő eltöltés mindemellett megküzdési mechanizmusként is funkcionálhat a problémákkal szemben, amit az életkor, az iskolázottság mértéke, a családi állapot befolyásol, valamint hogy a személy mennyire elégedett az életével, milyen életcélokat fogalmaz meg (*Lippai, Tarkó és Benkő, 2015*). A testmozgás hatását is több szempont befolyásolja. Számít a mozgás intenzitása, az időtartama, a gyakorisága és a tevékenység jellege is. Amiben nincs különbség, hogy a rendszeres testmozgás minden életkorban – így gyermekek, serdülők, felnőttek és idősek számára egyaránt – és testi fogyatékoság mellett is számos egészségbeli haszonnal jár.

A testmozgás élettani hatásai, a testi egészségre gyakorolt hatása

Egészségünk fenntartása érdekében nélkülözhetetlen a rendszeres testmozgás, ami nemcsak a betegségek megelőzésében és kezelésében játszik fontos szerepet, hanem jelentős stresszoldó tevékenységnek is tekinthető. A testmozgás hatására a szervezetben különböző hormonok szabadulnak fel (ilyen hormon a dopamin, a szerotonin, az adrenalin és az

endorfin), amelyek egyrészt fokozzák a boldogságérzetet, másrészt csökkentik a fájdalomérzetet (Loprinzi, Herod, Cardinal és Noakes, 2013). Már a kis mennyiségű testmozgás is jótékonyan befolyásolja az egészséget, és az aktivitás növelésével a pozitív hatásai is felerősödnek. Ráadásul a testmozgás egészségre gyakorolt pozitív hatásai az aktuális testsúlytól és edzettségi állapottól függetlenül is megjelennek a rendszeres aktivitás során.

A testmozgás eredményeként a szív és a tüdő teljesítménye is növekedik, javul a vérkeringés, az ellenálló képesség és gyorsulnak az anyagcsere-folyamatok és a reflexek, javul a koncentrációs képesség. A mozgásban lévő ízületek lazulnak, lassul a természetes kopásuk üteme és az öregedéssel járó elhasználódásuk. Emellett a mozgást végző izmok erősödnek, több oxigén jut el hozzájuk, a teherbíró képességük növekszik és hosszabb ideig képesek működni fájdalomérzet nélkül. Összességében a rendszeres testmozgás javítja az állóképességet, a fizikai és szellemi teljesítményt, a betegségekkel szembeni ellenállást. A lelki egészségre vonatkozó hozadéka a rendszeres testmozgásnak az általános közérzet javulása, az önfegyelem kialakulása, az akaraterő növekedése, jótékonyan befolyásolja a személyiség fejlődését.

Az egyénileg végzett testmozgás a szervezetre gyakorolt hatásai mellett a lelki egészségfejlődés szempontjából is fontos tényező. A rendszeresség kitartásra nevel, javítja az önértékelést és az önbizalmat. A csapatban végzett testmozgás ezzel szemben még további előnyökkel rendelkezik azáltal, hogy a fiatalokat összetartásra neveli, közös élményekhez juttatja, lehetőséget biztosít számukra a társas kapcsolatok erősítésére, egymás jobb megismerésére, mindeközben pedig növeli a közösség összetartó erejét. Az együttműködés mellett szükséges szabályok betartására is rászoktatja a fiatalokat, a másik teljesítményének tiszteletére tanít, sikerélményt nyújt és segíti a kudarckezelést, a nehézségekkel való megküzdés képességének fejlődését.

Az ajánlott testmozgás mennyisége

Az Amerikai Fizikai Aktivitás Ajánlás összefoglalja a különböző életkorokban ajánlott testmozgás mennyiségét (*Physical Activity Guidelines for Americans*, 2008). Az egészségre legkedvezőbb hatással felnőttek számára a heti legalább 2,5 órán át végzett, közepes intenzitású mozgásformák vannak, amilyen például a tempós gyaloglás, a tánc vagy a súlyemelés. A további fizikai aktivitás pedig fokozza a mozgás egészségre gyakorolt pozitív hatását. Gyermekek és fiatal felnőttek számára a javasolt heti 2,5 órában legalább 3

alkalommal izom- és csontrendszert erősítő gyakorlatok végzése is ajánlott. A heti 300 percnél is több ideig tartó közepes intenzitású mozgás végzése pedig már magas szintű aktivitást jelent.

A fizikai aktivitást egyrészt igazítani kell a túlsúly mértékéhez, másrészt pedig az életkorhoz és az aktuális fittségi állapothoz. A korábban inaktív életmódot folytató, azaz a napi alaptevékenységeken kívül egyéb testmozgást nem végző egyének esetében a fokozatosság elvét kell követni, az edzés időtartamát és gyakoriságát illetően, hogy a sérülésveszély és a test hirtelen túlterhelése elkerülhető legyen. Az inaktivitáshoz képest már az alacsony szintű aktivitás (azaz az ajánlott heti 150 perc alatti mozgás) is több pozitívummal rendelkezik az egészségre vonatkozóan.

A testmozgás iránti igény kisgyermekkorban a legmagasabb, az egészséges testi, lelki és szellemi fejlődés részét képezi. 6 éves kor alatt a testmozgás kiválasztása során figyelembe kell még venni a kisgyermek életkorát és a fejlettségi szintjét. A gyermekek és serdülők számára a mindennapi 60 perces vagy annál is több ideig tartó mozgás a javasolt, amely a koruknak megfelelő, élvezetes és változatos mozgásformákból áll. Iskolás korban már meg lehet kezdeni a rendszeres testmozgásra való rászoktatást, hogy szervezett keretek között mozogjanak, és minél korábbi életszakasztól kezdve az életük szerves részévé és életformájukká váljon a rendszeres testmozgás. Az idősek számára a heti 150 perces közepes intenzitású fizikai aktivitás lenne az ajánlott mennyiség, amennyiben ezt valamilyen betegség vagy a fizikai állapotuk nem gátolja. Az idősek számára kiválasztott mozgásformánál figyelembe kell venni az egyéni sajátosságokat, hogy például milyen gyógyszert szednek, milyen gyakorlatokat nem képesek már elvégezni.

A fent említetteknél kevesebb mennyiségű testmozgás esetén az egyén életmódja inaktív, és a mozgáshiányból fakadó betegségek megjelenési esélye megnövekedik. Azonban fontos megjegyezni, hogy az egészséges fejlődéshez a rendszeres testmozgás önmagában kevés, célszerű azt egészségtudatos táplálkozással is kiegészíteni, ami által a leghatékonyabban kialakítható az egészséges életmód.

A testmozgás betegségmegelőző szerepe

A mozgásszegény életmód minden szervrendszerre negatív hatással lesz (Apor, 2011), míg a rendszeresen végzett mozgás a testi egészségre hosszú távú előnyökkel jár együtt, melyet számos, legalább 5 éves utánkövetést végző vizsgálat eredménye bizonyít (Reiner, Niermann, Jekauc és Woll, 2013). A fizikai inaktivitás világszerte hatással van a korai halál

bekövetkezésére, a koszorúér-betegség, a 2-es típusú cukorbetegség, a különböző ráktípusok kialakulásának növekedésére (Lee és mtsai, 2012).

A kutatások által leginkább vizsgált terület az az, hogy a testmozgás milyen hatással van a szív és keringési rendszer működésére. A túlsúly, az érfalakon lerakódó zsírok és a vérnyomás csökkentésével a szív- és érrendszeri betegségek, a stroke, az érelmeszesedés és az infarktus kockázata is alacsonyabbá válik a rendszeres testmozgás által (Apor, 2011), ahogyan a csontállományt is védi, segíti az egyensúlyérzék fejlődését és a csonttritkulás megelőzését. A rendszeres testmozgás további pozitív hatása, hogy javítja az alvás minőségét, csökkenti az álmatlanságot (Lang és mtsai, 2016) és a metabolikus szindróma, vagyis az anyagcsere összetett zavarának kialakulási kockázata szintén alacsonyabb mértékű a gyakori testmozgás esetén (Zhang és mtsai, 2017).

A mozgásszervek normális fejlődése szempontjából is lényeges, hogy legyenek erőfeszítésnek kitéve. Annak hiányában a kötőszövet gyenge lesz, az izomzat elégtelen mértékű és gyenge terhelhetőségű, megjelenhetnek a porckopás, ízületi bántalmak, tartáshibák és lúdtalp már kora gyermekkorban is. Ezek a mozgásszervi problémák megelőzhetőek, kezelhetőek és javíthatóak is a rendszeres beiktatott, speciális testmozgás segítségével (Pavlik, 2015).

A napi aktivitás növelésével megemelkedik az elégetett kalória mennyisége is, ami az egészséges testsúly fenntartása érdekében lényeges kérdés, így a fizikai aktivitás segít megelőzni a túlsúly kialakulását is, illetve annak csökkentését, a helyes energiaegyensúly beállítását. Az elhízás mértéke már a 30-60 percen keresztül, heti 3-5 alkalommal végzett közepes-erőteljes intenzitású testmozgás hatására csökken. A rendszeres testmozgás hatása nemcsak hosszú évek során jelentkezik, hanem viszonylag rövidtávon is kimutatható: a fizikai állóképesség javulása, az izomerő növekedése, a depresszív tünetek és a vérnyomás csökkenése tapasztalható pár hét eltelte után (*Physical Activity Guidelines for Americans*, 2008).

A rendszeresen végzett mozgás a lelki életre is pozitív hatással van: általa javul a hangulat, a kedélyállapot, csökkennek a szorongásos tünetek, azaz a stressz és depresszió csökkentésére is alkalmas (Ohrnberger, Ficher és Sutton, 2017). Ráadásul az egyes mozgásadagok jótékony ereje összeadódik. A legpozitívabb hatás azonban csak a rendszeresen, hosszú ideig végzett testmozgás esetén jelentkezik. Minél gyakoribb a mozgás, az annál hatékonyabb lesz. Azonban a szabadidős jellegű testmozgásnál fontos megemlíteni azt is, hogy a mozgás örömforrást jelentsen, ugyanis az eredményességet tovább növeli. Hatékonyabban javítja az állóképességet és a betegségekkel szembeni ellenállást azokhoz a

fizikai mozgásformákhoz képest, amelyek például a foglalkozásból adódóak és kötelező jellegűek (Pavlik, 2015). Ugyanis az emberek többsége azért végez testmozgás, mert kedvet lel benne, lehetőséget biztosít a családdal vagy barátokkal való együttlétre, a szabadban eltöltött időre, és javulást érzékelnek a fizikai megjelenésükben.

A mozgásszegény életmód következményei

Számos civilizációs tényező következtében (autókkal való közlekedés, ülőmunka elterjedése, szolgáltatások fejlődése, televízió megjelenése) lecsökkent a napi mozgás mennyisége, a természetes mozgásigény kiélése nehezebb, mint korábban volt, sokkal több tudatosságot és tervezettséget igényel. Megnövekedett a fizikai értelemben passzív időtöltések mennyisége, a számítógép és az internet megjelenésével. A kutatások azt mutatják, hogy az internetezéssel eltöltött idő hossza összefügg az egyetemisták kevesebb heti átlagos testmozgásának mennyiségével, a testsúly növekedésével (Derbyshire és mtsai, 2013), metabolikus szindróma kialakulásához vezethet (Mark és Janssen, 2008), továbbá a kardiovaszkuláris betegségek megjelenését is fokozza (National Physical Activity Plan, 2014). A mozgásszegény életvitel, a kialvatlanság nem kedvez a koncentrációnak és a figyelemnek, ezért jellemzően romlik a munkahelyi/iskolai teljesítmény (Lin és Tsai, 2002), csökkenti a szellemi és fizikai teherbírást.

Mindemellett pedig a fokozott stressznek való kitettség szintén kedvezőtlenül hat az egészségre, ahogyan a passzívan a számítógép/televízió előtt töltött idő is növeli a mozgásszegény, ülő életmód kialakulásának kockázatát, ami számos betegség előidézője lehet. Az inaktivitás pedig önmagában rizikófaktornak tekinthető az egészség romlására vonatkozóan. Ahogyan Bíróné Nagy Edit írja „*A sportnak ezért nem csupán hézagpótló, cselekvéskiegészítő és munkaártalmakat korrigáló szerepe van, hanem a modern ember életmódját ellensúlyozó rekreációs szerepe is.*” (Bíróné Nagy, 2004. 49. o.). A testmozgás minden formája, legyen az egyénileg vagy csapatban megvalósuló tevékenység, az egészség megőrzését szolgálja, a testkultúrát növeli.

A fejezet önálló feldolgozását segítő kérdések

- 1) Miként változik az ideális mozgási forma az életkor előrehaladtával? Milyen tényezőket érdemes figyelembe venni a mozgásos tevékenység kiválasztásakor?
- 2) Milyen egészségfejlesztő hatásai vannak a rendszeres testmozgásnak?

Irodalomjegyzék

- Apor Péter (2012): Testedzéssel a megbetegedések ellen. *Magyar Tudomány*, 173 / **12. sz.** 1470–1477.
- Benkő Zsuzsanna és Tarkó Klára (2012): Az egészség és az aktív szabadidő eltöltés összekapcsolása – Egy nemzetközi konferencia tartalmi műhelymunkája. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 13 / **50 sz.** 23.
- Bíróné Nagy Edit (2004, szerk.): *Sportpedagógia - Kézikönyv a testnevelés és a sport pedagógiai kérdéseinek tanulmányozásához*. Dialóg Campus Kiadó, Budapest.
- Derbyshire, K. L., Lust, K. A., Schreiber, L. R. N., Odlaug, B. L., Christenson, G. A., Golden, D. J. és Grant, J. E. (2013): Problematic internet use and associated risks in a college sample. *Comprehensive Psychiatry*, 54 / **5. sz.** 415–422.
- Lang, C., Kalak, N., Brand, S., Holsboer-Trachsler, E., Pühse, U. és Gerber, M. (2016): The relationship between physical activity and sleep from mid adolescence to early adulthood. A systematic review of methodological approaches and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 28, 32–45.
- Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., Katzmarzyk, P. T. és Lancet Physical Activity Series Working Group (2012): Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, 380 / **9838. sz.** 219–229.
- Lin, S. S. J. és Tsai, C. C. (2002): Sensation seeking and internet dependence of Taiwanese high school adolescents. *Computers in Human Behavior*, 18 / **4. sz.** 411–426.
- Lippai László, Tarkó Klára, és Benkő Zsuzsanna (2015): Socio-demographic and psychological variables influencing the application of physical activity as a general resistance resource. In: Radmann, A., Hedenborg, S., és Tsolakidis, E. (szerk.): *20th annual Congress of the European College of Sport Science: Book of Abstracts*. Köln: European College of Sport Science. 158.
- Loprinzi, P. D., Herod, S. M., Cardinal, B. J. és Noakes, T. D. (2013): Physical activity and the brain: A review of this dynamic, bi-directional relationship. *Brain Research*, 1539m 95–104.
- Mark, A. E. és Janssen, I. (2008): Relationship between screen time and metabolic syndrome in adolescents. *Journal of Public Health*, 30 / **2. sz.** 153–160.
- National Physical Activity plan: The 2014 United States report card on physical activity for children & youth http://www.physicalactivityplan.org/reportcard/NationalReportCard_longform_final%20for%20web.pdf
- Ohrnberger, J., Ficher, E. és Sutton, M. (2017): The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. *Social Science & Medicine*, 195. 42–49.
- Pálmai Judit, Tarkó Klára, Lippai László és Benkő Zsuzsanna (2013): Szabadidő és egészség - egy tehetséggutató műhelymunka tapasztalata. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 14 / **2. sz.** 45.
- Pavlik Gábor (2015): A rendszeres fizikai aktivitás szerepe betegségek megelőzésében, az egészség megőrzésében. *Egészségtudomány*, 59 / **2. sz.** 11–26.
- Physical Activity Guidelines for Americans (2008): U.S. Department of Health and Human Services. www.health.gov/paguidelines
- Reiner, M., Niermann, C., Jekauc, D., és Woll, A. (2013): Long-term health benefits of physical activity – a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 13 / **813. sz.** <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/813>
- Zhang, D., Liu, X., Liu, Y., Sun, X., Wang, B., Ren, Y., Zhao, Y., Zhou, J., Han, C., Yin, L., Zhao, J., Shi, Y., Zhang, M., és Hu, D. (2017): Leisure-time physical activity and incident metabolic syndrome: a systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. *Metabolism*, 75. 36–44.

II. AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS FOGALMA, AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ SZEMLÉLETMÓD JELLEGZETESSÉGEI ÉS CÉLKITŰZÉSEI

Kis Bernadett

Az Ottawai Charta és jelentősége az egészségfejlesztésben

A fejezet az egészségfejlesztés alapidokumentumát az Ottawai Chartát mutatja be és elemzi az egészségfejlesztés elmélete és gyakorlata szempontjából valamint betekintést nyújt a Charta nyomán elindult egészségfejlesztési tendenciák alakulásába. A fejezet témáinak részben önálló hallgatói munkát igénylő, részben szemináriumi feladatok segítségével történő feldolgozása hozzájárul ahhoz, hogy a két féléves kurzus végére a hallgató:

[TUDÁS]

- értse az egészségfejlesztés koncepcióját és behatóan ismerje az egészség holisztikus és szalutogenetikus megközelítését, valamint azonosítsa az egészségnevelés helyét, szerepét az egészségfejlesztésben és az egészséges életmód kialakításában
- átfogó ismeretekkel rendelkezzen az egészségfejlesztők feladatairól, azonosítsa az egyetemi kortárs csoportvezetők feladatait a testmozgásfókuszú egészségnevelés vonatkozásában

[KÉPESSÉG]

- képes legyen hiteles és meggyőző csoportos tájékoztatót tartani az egészség mint erőforrás értékéről, az egészségfejlesztés koncepciójáról, valamint az egészséges életmód jelentőségéről
- képes legyen csoportvita beindítására alkalmas, szakszerű kérdéseket felvetni az egészség, egészségfejlesztés, és az egészségfejlesztő céllal végzett testmozgás vonatkozásában

[ATTITÚD]

- a kortárs csoportban végzett egészségnevelő munkája közben elkötelezett legyen az egészség értékének képviselője iránt,

[AUTONÓMIA ÉS FELELŐSSÉG]

- készen álljon arra, hogy a hallgatói öntevékeny csoportok egyes foglalkozásait oktatói szupervízió mellett előkészítse, önállóan megvalósítsa, majd oktatói segítségével kiértékelje és tovább folytassa a következő foglalkozás előkészítését

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által kiadott az egészségfejlesztés alapidokumentumaként aposztrofált Ottawai Charta (1986) mind a mai napig ható az egészségfejlesztés elméletéhez és gyakorlatához alapvető elveket és értékeket biztosító és közvetítő mérföldkő. Kiadásához számos előzmény, köztük a nem fertőző betegségekkel kapcsolatos epidemiológiai ismeretek fejlődése is hozzájárult, melyek eredményei a Hét Ország Vizsgálatban (Seven Countries Study), Geoffrey Rose közleményében illetve az Észak-Karéliai Projektben öltöttek testet¹. Az Ottawai Chartához vezető úton még két politikai dokumentumnak volt meghatározó szerepe, ezek a Lalonde jelentés és az Alma Atai-i Nyilatkozat, melyeket alább részletesebben tárgyalunk.

A Lalonde Jelentés a kanadai egészségügyi és népjóléti miniszter által publikált munkaanyag, mely arra kereste a választ, hogy a kanadaiak egészségének javulása mennyiben függ az egészségügyi ellátórendszer fejlettségétől illetve fejlesztésétől. A jelentés újdonsága, hogy szakít azzal a nézőponttal, hogy az egészség ügye elsősorban az egészségügyi ellátórendszertől és annak fejlettségétől függ. LaLonde statisztikai és kutatási adatokra hivatkozva alakította ki az egészség-mező elméletét, melyben négy tényezőt azonosított, melyek alapján egy adott ország lakosságának megbetegedési és halálozási arányait elemezni és változtatni lehet. A négy tényező, mely azóta bekerült az egészségfejlesztés szemléleti körébe az alábbi: a biológia vagy más néven genetikai háttér, a környezet (természeti, épített és társadalmi egyaránt), az életmód és az egészségügyi ellátórendszer. LaLonde érdeme nemcsak az, hogy az életmód önállóan is bekerült az egészséget befolyásoló tényezők sorába, hanem az, hogy ő már egy pozitív egészségfogalomra épített és az egészség (és fejlesztése) ügyében ágazatközi együttműködéseket szorgalmazott a kormányzati, a civil és az üzleti élet szereplői között, mellyel már az egészségfejlesztés egyik stratégiáját alapozta meg (*Kökény*, 2015).

Az Alma Atai Nyilatkozat (1978) a másik mérföldkő az Ottawai Charta felé. Ez a dokumentum kimondja, hogy az egészség mellett, hogy alapvető emberi jog, társadalmi cél is, mely az egészségügyön kívül számos más gazdasági és társadalmi terület közreműködését igényli. Ennek kimondása azért kulcsfontosságú, mert megnyitja az utat az egészség társadalmi, gazdasági, környezeti és kulturális meghatározói felé, melyek vizsgálata majd

¹ Ezekről lásd bővebben például Kökény Mihály (2015): Az egészségfejlesztés három évtizede Magyarországon a globális kihívások és a politikai változások tükrében. Debreceni Egyetem. Egészségtudományok Doktori Iskola. Doktori értekezés.

multidiszciplináris megközelítést igényel, ami az egészségfejlesztés egyik fő karakterisztikumává válik. A Nyilatkozat további érdeme, hogy meghatározza az egészségügyi alapellátást és az egészségben megnyilvánuló egyenlőtlenségek csökkentését is célul tűzi ki (Kökény, 2015).

Az Alma Atai Nyilatkozat után kevesebb, mint egy évtizedet kellett várni és megszületett az egészségfejlesztés alapidokumentumaként emlegetett Ottawai Charta, melyet 1986 novemberében az 1. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia fogadott el és adott ki. Az alcím „Előre az új népegészségügy felé” már sejteti, hogy korszakalkotó dokumentumról van szó, és hogy a biomedikális szemlélet dominanciájának megtöréseként az alkotók valami olyasmit szerettek volna létrehozni, amiben elsődlegesen az egészség, vagyis az egészség ügye van a középpontban (Kökény, 2015).

A Charta a bevezetőjében először is meghatározza az egészségfejlesztést (health promotion) az alábbi módon: „az a folyamat, mely képessé teszi az embereket egészségi állapotuk fokozottabb ellenőrzésére és javítására”. Már csupán ennek az egy mondatnak a megfogalmazásából is látszik, hogy a Charta egy új szemléletet képvisel, hisz a korábbi jellemzően paternalista megközelítés helyett (Mit tehet az egészségfejlesztés az egyénért?) azt üzeni, hogy a valódi egészségfejlesztés (Mit tehet az egyén saját magáért és hogyan segítheti ebben őt az egészségfejlesztés?) nem nélkülözheti a részvétel alapú megközelítést (Paulus és Petzel, 2009a). A bevezető a továbbiakban megerősíti a Lalonde jelentésben már előrevetített pozitív egészségfogalmat és azt, hogy az egészség kérdése nem csupán egészségügyi kérdés. Újdonságként jelenik meg és a dokumentum egyik sarokpontjának tekinthető (Benkő, 2005), hogy a bevezető felsorolja az egészség alapvető feltételeit, melyek az alábbiak: béke, lakhatás, oktatás, élelem, jövedelem, stabil ökológiai rendszer, fenntartható erőforrások, társadalmi igazságosság és egyenlőség. Ezekből is látható és a Charta is hangsúlyozza a későbbiekben, hogy az egészségért összehangolt cselekvésre van szükség, vagyis az nem lehet kizárólag csak az egészségügy feladata.

A bevezető után a Charta az egészségfejlesztés három kívánatos cselekvési irányát mutatja be: (1) a politika minden területén kiállni az egészségért és az egészség ügyének érvényesítéséért, (2) a közösségek és az egyének képessé tétele, hogy felismerjék a rendelkezésükre álló egészségpotenciálokat, (3) a különböző társadalmi csoportok és területek közötti közvetítés az egészség fejlesztése céljából.

A következőkben a Charta által meghatározott öt egészségfejlesztő tevékenységi területet mutatjuk be, kiegészítve azokat gyakorlatban megvalósuló vagy megvalósítható példákkal Paulus és Petzel (2009b) kiemelési alapján.

- **Egészséget támogató közpolitika megteremtése:** az egészséget a politikai döntéshozás kulcskérdésévé szükséges tenni, hogy ne csak népegészségügyi kérdések kapcsán jelenjen meg. A gyakorlati megvalósulás területei lehetnek törvények, rendeletek, adózási intézkedések, nagyobb egyenlőséget biztosító szociálpolitika vagy szervezeti-strukturális átalakítások.
- **Egészséget támogató környezet megteremtése:** az egyén és környezete közti kapcsolatrendszer képezi az egészség szocio-ökológiai megközelítését. A mindennapi élet színtereinek, vagyis a munkahelynek és az otthonnak az egészség forrásává kell válnia. A gyakorlati megvalósulás területei lehetnek: biztonságos, kényelmes, inspiráló lakó- és munkakörnyezetek, természeti környezet védelme és fenntartása, egészséget támogató eredmények megerősítése a technológia, a munkakörnyezet és a városfejlesztések terén.
- **Közösségi cselekvések erősítése:** közösségek fejlesztése erőforrás-orientáltan vagyis a már meglévő anyagi és emberi erőforrásokra alapozva, hogy nagyobb befolyásuk legyen az egészséggel kapcsolatos kérdésekre és ezáltal sorsuk aktívabb alakítóivá váljanak. A gyakorlati megvalósulás területei lehetnek: szomszédsági kapcsolatok erősítése, önszervezés támogatása, közösségi kezdeményezések megfelelő anyagi támogatása.
- **Egyéni készségek fejlesztése:** minden életkorú és bármilyen egészségi állapotú egyén erősítése információátadás és készségek fejlesztése által, hogy nagyobb ellenőrzést tudjon gyakorolni saját egészsége felett. A gyakorlati megvalósulás példái lehetnek: felkészítés az élethosszig tartó tanulásra, szociális és életvezetési készségek fejlesztése, segítségnyújtás a különböző életkorú embereknek, akár krónikus betegség esetén is.
- **Az egészségügyi ellátórendszer orientációválttatása:** a hagyományos orvosi ellátáson túlmutató egészségügyi rendszer létrehozása, az egészségügyi szektor szorosabb kapcsolata a társadalom más alrendszereivel, az egészségügy kiszélesítése az egyes társadalmi csoportok igényeinek figyelembe vételével. A gyakorlati megvalósulás példái lehetnek: az egészséggel kapcsolatos kutatásokra

fektetett nagyobb hangsúly, az egészségügy és más területek közötti együttműködések fejlesztése, változások a szakember- és szakképzésben.

Látható ebből, hogy az öt egészségfejlesztő tevékenységi terület öt különböző beavatkozási szintet jelöl ki. Sorban: a társadalom, a környezet, a csoportok, az egyének és a szervezetek szintjét, megjelenítve ezáltal az egészségfejlesztés komplexitását.

A dokumentum második részében jelenik meg az azóta talán egyik legtöbbet idézett mondat, hogy „Az egészséget az ember teremti és éli meg mindennapi élethelyzeteiben, ott ahol tanul, dolgozik, játszik és szeret” Az egészséget tehát nem célként, hanem a mindennapi élet erőforrásaként jeleníti meg a dokumentum. Ezáltal egy olyan új erőforrásalapú megközelítést ajánl, mely felválthatja a korábbi betegségmegelőző, prevenciós szemléletet kijelölve ezzel egy új, a harmadik népegészségügyi forradalom kezdetét (Breslow, 1999).

A továbbiakban a dokumentum az egyén és a társadalom felelősségét hangsúlyozza a lehető legjobb egészségi állapot elérése érdekében, amivel az egészség társadalmi meghatározottságának modelljét adja meg.² Elismeri tehát, hogy az egyéni életmódbeli döntéseknek, vagyis az egészségmagatartásnak kiemelt szerepe van az egészség kialakításában, de az egyéni döntéseket befolyásolják olyan környezeti tényezők, mint az egészségügyi ellátórendszer, a pszichoszociális környezet vagy a fizikai környezet. Ez utóbbiakat pedig a társadalmi-gazdasági-politikai környezet befolyásolja. A minden más tényezőt befolyásoló hatása miatt szokták a társadalmi tényezőket az „okok okainak” vagy mesterséges okoknak hívni (Vitrai, 2011). Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők tehát olyan bonyolult összefüggésrendszert alkotnak, hogy ezt az egyes egyének egészségfejlesztése során nem szabad figyelmen kívül hagyni, vagyis mindig a természeti-társadalmi környezetbe integrált egyént szükséges a fókuszba helyezni. Ennek alapgondolata ölt testet az Ottawa Chartában.

Számos hatását ki lehetne emelni a Chartának. Ehelyütt most az egészségfejlesztés egyik specifikumának tartott színtér alapú szemléletet emeljük ki, melynek gyökere a Charta az egészséget támogató környezet megteremtésére irányuló cselekvési területe volt. A színtér (setting) fogalmát úgy határozhatjuk meg, hogy „egy olyan „hely”, ahol az egyén otthon van, és ahol a probléma is „otthon van”, és ahova, az előzőekből adódóan, a beavatkozást is el kell

² Az egészség társadalmi meghatározottságának a gondolata a Marmott (szerk., 2008) jelentésben teljesebben ki.

juttatni” (Simonyi, 2004, 11. o.) Tehát a Charta által inspirált szintér programok³ (egészséges város, egészséges iskola, egészséges munkahely, egészséges kórház, egészséges egyetem stb.) a rizikócsoporthoz megközelítéstől eltérően a természetes életkörnyezetben találják meg a célcsoportjukat. Ez egyrészt azért fontos, mert számos nagylétszámú társadalmi csoport csak bizonyos szintereken keresztül érhető el, másrészt pedig azért, mert az egészségfejlesztésben az információátadáson kívül a legnagyobb szerepe „a részvételen alapuló, begyakorolható és a mindennapi életben megvalósítható tevékenységeknek van” (Füzesi és Tistván, 2004, 7. o.), hisz csak ezáltal képzelhető el, hogy a munka és a pihenés szinterei az egészség forrásává váljanak, és az egyének részesei legyenek saját egészségük fejlesztésének. Ez a szemlélet kijelöli azt a partnerségi viszonyt is, amiben az egészségfejlesztőknek dolgozniuk szükséges, hiszen senkinek az egészségét nem lehet az akarata ellenére fejleszteni.

Az Ottawai Charta érdemei elvitathatatlanok az egészségfejlesztés szemléletének megalapozásában. De mi történt az azóta eltelelt három évtizedben? Látható, hogy az egészségfejlesztés intézményesült: terminológiája megjelent a szakpolitikai stratégiákban, oktatási intézmények, egyesületek, projektek elnevezésében. Folyóiratok, szakkönyvek tömegét adták ki a témában az utóbbi 30 évben. Mindeközben a koncepció radikalizmusa fokozatosan csökkent: míg az 1980-as években az egészségfejlesztés az orvostudomány kihívójaként tűnt fel, ma már egyértelműen látszik, hogy „nem kívánatos az egészségfejlesztés és a betegségmegelőzés kultúrájának éles szembeállítását: a biomedikális szemlélet és a társadalmi determinánsokon alapuló koncepció kiegészítheti egymást” (Kökény, 2016). Az egészségfejlesztőknek szükségük van az orvostársadalom szövetségére, hisz az orvoslás új technológiai és a gyógyszerkutatás eredményei legalább akkora szerepet játszottak az életésélyek javulásában, mint az Ottawa Charta által propagált egészséget támogató politika vagy környezet megteremtése (Kökény, 2016).

Az Ottawai Charta időtállóságát mutatja, hogy alapelveit számos alkalommal megerősítették, és az egészség ügyét veszélyeztető tényezőkre és lehetőségekre is felhívták a figyelmet. Az egészség individuális és szociokonómiai tényezők általi meghatározottsága mellé felsorakozott azóta a globalizáció (a modern társadalmak gyors életvitele, közösségi médiahasználat, mobilitás stb.) és a fenntarthatóság/fenntarthatatlanság (túlfogyasztás, vásárlási szokások, az elhízás járványa és az élelmiszertermelési, -elosztási és fogyasztási rendszerekben az egyensúlytalanság stb.) kérdésköre. Ezek a 21. századi egészségdeterminánsok, ahogy Kickbusch (2012) nevezi őket már sokkal inkább az egészség

³ Lásd bővebben például Benkő és Gyimesi (2009)

politikai determinánsaival állnak kapcsolatban, vagyis még inkább jellemző lesz, hogy (világ)politikai beavatkozások és országok, régiók közti együttműködések lesznek szükségesek a 21. században. Az egészség ügye tehát politikai kérdéssé vált, hisz az országok sikeres társadalmi és gazdasági fejlődése ma már elképzelhetetlen az egészség nélkül. A charta utóéletének ismertetében kijelenthető, hogy olyan szintű összefogást fogalmazott meg a társadalmi alrendszerek, politikai szereplők részéről, melynek megvalósítása valódi kihívás még 30 év elteltével is (Lippai, 2016). Vagyis bár az Ottawai gondolatok továbbra is érvényesek, egyre sürgetőbb az egészség ügyének politikai szintű megközelítése, az egészség politikai determinánsainak a megértése.

A fejezet önálló feldolgozását segítő kérdések

- 1) Mutassa be az Ottawai Charta öt fő cselekvési területét és találjon rájuk a gyakorlatban megvalósuló példákat a környezetéből!
- 2) Emeljen ki a Chartából két-három olyan alapgondolatot, melyek azóta is meghatározzák az egészségfejlesztés szemléleti keretét!

Irodalomjegyzék

- Breslow, L. (1999): *From disease prevention to health promotion*. JAMA, 281, 1030.
- Benkő Zsuzsanna (2005): Bevezetés az egészségfejlesztésbe. In: Benkő Zsuzsanna és Tarkó Klára (2005, szerk.) *Iskolai egészségfejlesztés. Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez..* Szeged: Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. 13-27.
- Benkő Zsuzsanna és Gyimesi Erzsébet (2009): A környezetek és színterek sokfélesége. In: Benkő Zsuzsanna (2009, szerk.): *Egészségfejlesztés. Módszertani szakkönyv. Mozaik kiadó.* Szeged. 145-150.
- Füzesi Zsuzsanna és Tistván László (2004): *Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken*. Egészségfejlesztési módszertani füzetek OEFI, Budapest.
- Kökény Mihály (2015): *Az egészségfejlesztés három évtizede Magyarországon a globális kihívások és a politikai változások tükrében*. Debreceni Egyetem. Egészségtudományok Doktori Iskola. Doktori értekezés.
- Kökény Mihály (2016): *30 évvel az Ottawa Charta után*. Az előadás elhangzott az SZTE JGYPK Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézetében 2016. április 20-án.
- Kickbusch, I. (2012): 21st century determinants of health and wellbeing: a new challenge for health promotion. *Global Health Promotion*. 19 / **3. sz.** 5-7.
- Lippai László (2016): Előszó helyett. Bevezetés az egészségfejlesztésbe, avagy miként járul hozzá a tudomány az egészséges élet művészetéhez. In: Tarkó Klára és Benkő Zsuzsanna (2016, szerk.): *"Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége": Szemelvények egy multidiszciplináris egészségfejlesztő műhely*

- munkáiból.* Szeged: Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. 9-24.
- Marmott, M. (szerk, 2008): *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health.* Geneva, World Health Organization.
- Paulus, P. és Petzel, Th. (2009a): Egészségfejlesztő környezetek és szinterek. In: Benkő Zsuzsanna (2009, szerk.): *Egészségfejlesztés. Módszertani szakkönyv.* Mozaik kiadó. Szeged. 133-144.
- Paulus, P. és Petzel, Th. (2009b): Bevezetés az egészségfejlesztésbe. In: Benkő Zsuzsanna (2009, szerk.): *Egészségfejlesztés. Módszertani szakkönyv.* Mozaik kiadó. Szeged. 20-30.
- Simonyi István (szerk., 2004): *Segédlet az iskolai egészségnevelési és egészségfejlesztési terv elkészítéséhez.*
http://www.nefmi.gov.hu/letolt/kozokt/eg_segedletjav03161750sifp.pdf Letöltés ideje: 2017. nov. 20.
- Vitrai József (2011): *Az egészség és az egészség-egyenlőtlenség egyéni és közösségi szintű befolyásoló tényezői.* Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola. Pécs. Doktori értekezés.
- WHO (1986): *The Ottawa Charter for Health Promotion.*
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> Letöltés ideje: 2017. nov. 20.

Lippai László

Az egészségfejlesztő szakma célja, kompetenciaköre, feladatai és eszközei.

Az „Egészséges Egyetem” koncepciója.

A fejezet az egészségfejlesztő tevékenység céljait, az egészségfejlesztők kompetenciáit, feladatait mutatja be, valamint betekintést enged az „Egészséges Egyetem” koncepciójának célkitűzéseiben. A fejezet témáinak részben önálló hallgatói munkát igénylő, részben szemináriumi feladatok segítségével történő feldolgozása hozzájárul ahhoz, hogy a két féléves kurzus végére a hallgató:

[TUDÁS]

- értse az egészségfejlesztés koncepcióját és behatóan ismerje az egészség holisztikus és szalutogenetikus megközelítését, valamint azonosítsa az egészségnevelés helyét, szerepét az egészségfejlesztésben és az egészséges életmód kialakításában
- átfogó ismeretekkel rendelkezzen az egészségfejlesztők feladatairól, azonosítsa az egyetemi kortárs csoportvezetők feladatait a testmozgásfókuszú egészségnevelés vonatkozásában

[KÉPESSÉG]

- képes legyen hiteles és meggyőző csoportos tájékoztatót tartani az egészség, mint erőforrás értékéről, az egészségfejlesztés koncepciójáról, valamint az egészséges életmód jelentőségéről
- képes legyen csoportvita beindítására alkalmas, szakszerű kérdéseket felvetni az egészség, egészségfejlesztés, és az egészségfejlesztő céllal végzett testmozgás vonatkozásában

[ATTITÚD]

- a kortárscsoportban végzett egészségnevelő munkája közben elkötelezett legyen az egészség értékének képviselője iránt,

[AUTONÓMIA ÉS FELELŐSSÉG]

- készen álljon arra, hogy a hallgatói öntevékeny csoportok egyes foglalkozásait oktatói szupervízió mellett előkészítse, önállóan megvalósítsa, majd oktatói segítségével kiértékelje és tovább folytassa a következő foglalkozás előkészítését

Az egészségfejlesztés koncepciója

Az egészségfejlesztők tevékenysége az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Ottawa Chartájában (WHO, 2005) megfogalmazott szemléletmódra és értékrendszerre épül. Ez az 1986-os alapidokumentum határozta meg első ízben azt, hogy *az egészségfejlesztés elősegíti azt, hogy az emberek nagyobb befolyásra tegyenek szert az egészségüket meghatározó – külső – tényezők felett, másrészt abban is támogatja őket, hogy önmaguk változzanak egészségük érdekében.* Az egészségfejlesztés célja tehát az egészséges életre való esély javítása, egyrészt az egészséget befolyásoló természeti és társadalmi tényezők fejlesztése, másrészt pedig az egészséges életmódot kialakító egyéni döntések támogatása révén (WHO, 2005; Benkő, 2005; Scriven, 2010).

Az egészségfejlesztők kompetenciaköre

Többféle elgondolás létezik arról, hogy milyen felkészültségű szakemberek milyen szakmai keretek között végezzenek egészségfejlesztő tevékenységet.

Az első megközelítés abból az egészségfejlesztési alapelvből indult ki, hogy az egészségfejlesztők tevékenységének az élet minden területére ki kell terjednie. Ha abból indulunk ki, ahogy ezt az Ottawa Charta is teszi, hogy az egészséges életre való esély alakítása és javítása messze nem csak az egészségügyi ellátó rendszer felelőssége, akkor az egészséges életmódot és az egészségeséyleket javító környezet kialakítására és fenntartására az emberi élet minden színterén – a családokban, az iskolákban, a munkahelyek, a lakóhelyeken – egyaránt szükség van. Egyetlen új szakma, önmagában, ezt a rendkívül összetett feladatot biztosan nem tudná ellátni. Ezért írja Ralph Grossmann és Klaus Scala azt, hogy *„... csupán egy új szakma kialakítása nem lenne kívánatos. Mivel az egészséggel kapcsolatos tevékenységekben minden egyes társadalmi szektornak részt kellene vennie, ezért az egészségfejlesztő képesítést nem kellene egyetlen szakmához kötni, hanem úgy kialakítani, hogy számos végzettség felé nyitott maradjon”* (Grossmann és Scala, 2004. 29. o.). De még ők is kiemelik, hogy *„Az elképzelés, hogy az egészségfejlesztő tevékenységet bárki integrálhatja a saját meglévő szakmai szerepébe, nem jelenti azt, hogy nincs szükség szakmai standardokra”* (Grossmann és Scala, 2004. 29. o.). Annak ellenére tehát, hogy kezdetben még nem egy új szakma igénye fogalmazódott meg, hamar világossá vált, hogy az egészséges emberek holisztikus értelemben vett egészségeséyleinek javításáért végzett munka olyan speciális szaktudást és módszertant igényel, amelyet önmagában egyik meglévő szakma- vagy tudományterület sem tud biztosítani.

Éppen ezért az egészségfejlesztő szakemberek felkészítése kezdetben – Magyarországon is – alapdiploma utáni posztgraduális képzések keretében történt (*Benkő és Lippai, 2001*). Számos szakma képviselői – jellemzően pedagógusok, védőnők, szociális munkások, lelkészek, orvosok, jogászok, rendőrök – sajátították el az egészségfejlesztő szemléletmód és tevékenység alapját jelentő „közös szakmai nyelvet”. Nem új szakmaként, hanem *a már meglévő szakmai kompetenciáikba integráltan* (*Benkő és Lippai, 2001*). A posztgraduális képzés elvégezése után, például, a pedagógusok tovább folytatták az óvodákban vagy iskolákban addig is végzett oktató-nevelő tevékenységüket, de az egészségfejlesztés szemléletmódját is figyelembe véve. Egy-egy tanóra, délutáni foglalkozás vagy iskolai rendezvény pedagógiai módszereinek megválasztása során tudatosabban figyeltek arra, hogy az egészség testi, lelki, szociális, spirituális és ökológiai vonatkozásai hangsúlyosabban jelenjenek meg. De sok egészségfejlesztő pedagógus tevékenysége új feladatokkal is gazdagodott. Olyan ötletes, kreatív és módszertanilag innovatív kezdeményezéseket valósítottak meg, amelyekkel oktatási-nevelési intézmények élhetőbb, egészségesebb, jobb közérzetet biztosító környezetté váltak tanulók, szülők és pedagógusok számára egyaránt (*Benkő és Tarkó, 2005*). Az egészségfejlesztő szemléletmód integrálása nemcsak a példaként kiragadott pedagógusok esetében, hanem a többi – képzésben részt vevő – szakmák képviselői körében is, tehát a védőnők, szociális munkások, lelkészek, orvosok, jogászok, rendőrök és még nagyon sok más szakma esetében is hasonlóképpen zajlott le (*Benkő és Lippai, 2001*).

Természetesen továbbra is szükség van olyan képzésekre, amelyek a munkájukban már bizonyított, sikeres szakemberek számára biztosítják az egészségfejlesztési szemléletmód és módszertan elsajátítását. Az egészségfejlesztő célok megvalósítása igen sok tudományterület és szakma – medicina, szociológia, pszichológia, pedagógia, szociális munka, közgazdaságtan, ökológia – jeles képviselőinek empatikus együttműködését igényli. Az egészségfejlesztés jellegét tekintve tehát mindig is *csapatmunka*, és az egészségfejlesztésben részt vállaló, változatos szakmai és tudományos háttérű szakemberek együttműködése következtében megjelenő módszertani gazdagság az egészségfejlesztő tevékenység sikerességének legfontosabb összetevője.

Másrészről azonban megjelent egy olyan igény is, hogy mindemellett szükség van olyan szakemberekre is, akiknek az a fő feladatuk, hogy professzionálisan és következetesen képviseljék a holisztikus egészség koncepcióját, és fő szakmai tevékenységük az egészségesélyeket javító természeti és társadalmi környezet kialakítása, és az egészséges életmódra motiválás.

Az egészségfejlesztés területén napjainkban egyre nagyobb szükség van olyan szakemberekre, akik egészségfejlesztésre specializálódtak. Egységes felkészültséget biztosító képzések indulnak, és jól körülhatárolható munkaerő-piaci követelmények kezdenek megfogalmazódni. Az egészségfejlesztés továbbra is nyitott minden szakmai és tudományos végzettség irányába, de a sokszínűség megőrzéséhez egyre inkább olyan szakemberek kellenek, akik nem egy-egy tudomány vagy szakma iránt elkötelezettek, hanem a sokszínűség fenntartása irányában (Lippai, 2016).

Ebben a folyamatban mérföldkő a 2008-ban kiadott Galway-i Konszenzus Nyilatkozat, amely az egészségfejlesztők képzésére és munkakövetelményeire vonatkozó értékek és kompetenciák nemzetközi konszenzust tükröző megfogalmazását tartalmazza (Barry és mtsai, 2009). A Konszenzus Nyilatkozat az egészségfejlesztő professzió esetében az alábbi *alapelvek és értékek* képviselőjét jelöli meg. Kulcsfontosságú, hogy az egészségfejlesztő szakember képes legyen a holisztikus egészségfogalom hiteles alkalmazására, mégpedig oly módon, hogy az egészségről való gondolkodásban annak társadalmi, kulturális és gazdasági hatótényezőit is figyelembe veszi. Munkájában tükröződnie kell az esélyegyenlőség és a társadalmi igazságosság iránti belső elköteleződésnek, és civil társadalom tiszteletének, valamint annak, hogy belátja a kulturális sokszínűség értékét.

Képviselnie kell a fenntartható fejlődés eszméjének jelentőségét napjaink egyre globalizálódóbb világában, és tevékenysége során figyelembe kell vennie a fenntarthatósági szempontokat.

Továbbá, fel kell ismernie a közösségi részvételen, participáción alapuló egészségfejlesztés jelentőségét, és tudatosan kell törekednie arra, hogy egészségfejlesztő tevékenységének minden lépésébe – legyen az állapot- és szükségletfeltárás, célok megfogalmazása, tervezés, erőforrások mobilizálása, intervenció és értékelés – aktívan bevonja a megcélzott közösség tagjait (Barry és mtsai, 2009).

Milyen feladatokat lát el az egészségfejlesztő professzió? A Galway-ben kiadott Konszenzus Nyilatkozat nyolc lényeges kompetenciakört jelöl ki az egészségfejlesztő tevékenység vonatkozásában (Barry és mtsai, 2009).

Az egészségfejlesztő beavatkozások első lépése *(1) az egészségesélyeket javító változás kezdeményezése*. Az egészségfejlesztő szakember képes az egyének vagy közösségek számára segítséget nyújtani olyan változási / változtatási lehetőségek azonosításában és artikulálásában, melyek – reálisan és tudományosan megalapozott módon – hozzájárulnak az adott egyén vagy adott közösség egészségesélyeinek javulásához.

Az egészségesélyeket alakító életkörülmények és az életmód alakítása sok esetben (2) *egyéni vagy közösségi erőforrások, kapacitások mozgósítását* igényli. Ehhez sok esetben családi, közösségi, szervezeti, politikai és társadalmi döntésekre is szükség van. E döntések érinthetik az emberi erőforrások és anyagi eszközök használatát, adott esetben bővítését vagy újracsoportosítását. E döntések előkészítése, és a döntések megvalósításához szükséges erőforrások mobilizálásának készsége szintén fontos egészségfejlesztési kompetencia.

Az egészségesélyek javítását megcélzó döntések előkészítése a kiindulási helyzet alapos ismeretén, vagyis a „van”-helyzetre vonatkozó információk szakszerű gyűjtésén és elemzésén alapul. (3) *Az egészségesélyekre fókuszáló állapot- és szükségletfeltárás* olyan sajátos kutatómódszertani jártasságot igényel, amely révén azonosíthatóak a holisztikus egészséget befolyásoló viselkedéses, kulturális, társadalmi és szervezeti meghatározók.

Fontos egészségfejlesztő kompetencia az (4) *előrevivő és mérhető célok, célkitűzések kialakításában* való jártasság. Ez részben a stratégiai tervezés szempontjából fontos, részben pedig a megvalósításhoz szükséges módszerek megállapításában nyújt segítséget.

Sajátos felkészültséget igényel az is, hogy az egészségfejlesztő (5) *a beavatkozási módszerek alkalmazása során kultúra-érzékenyen és etikus módon érjen el javulást* az egészségesélyekben, ideértve az emberi és anyagi erőforrások menedzsmentjét is.

Az egészségfejlesztési programok és stratégiai tervek eredményességének meghatározó összetevője a tapasztalatokból való hatékony tanulás. E tanulási folyamatba éppúgy beletartozik a (6) *munkafolyamatok és tevékenységek professzionális értékelése*, mint a tapasztalatok feldolgozása után újabb egészségfejlesztési kezdeményezések kialakítása, és a megvalósult programok eredményeinek fenntartása, illetve disszeminációja (Barry és mtsai, 2009).

A fenti kompetenciákkal párhuzamosan az egészségfejlesztő szakembernek képesnek kell lennie (7) *szószólói feladatok* ellátására, ami alatt főként egyének vagy közösségek motiválását, és bizonyos helyzetekben érdekképviselőt értjük. De képesnek kell lennie az (8) *egyének, szakmák, szak- és tudományterületek közti partneri viszony facilitálására* is, tehát az együttműködés erősítésére az egészségesélyek javításáért tenni tudó vagy akaró aktorok közt (Barry és mtsai, 2009).

A fenti követelményeknek megfelelő, egészségfejlesztésre specializálódott szakemberek 1995 óta képződnek Magyarországon, például főiskolai vagy egyetemi szinten egészségtanárként, bachelor szinten rekreációs szervezés és egészségfejlesztés szakon végzett egészségfejlesztésre specializálódott szakemberként, és tanári mesterszakon egészségfejlesztés-tanárként (Benkő, 2010; 2011).

Az Egyetem, mint egészségfejlesztési színtér: az Egészséges Egyetem koncepciója

Az „Egészséges Egyetem” kifejezés egy nemzetközi egészségfejlesztési kezdeményezés nevének magyar fordítása, ami a pontos fogalomhasználat érdekében némi pontosításra szorul.

Az eredeti, 1998-as dokumentum is Egészségfejlesztő Egyetemek („*Health Promoting Universities*”) címmel jelent meg (Tsouros és mtsai, 1998), de az angolszász irodalomban is szinonimaként használnák az „Egészséges” és az „Egészségfejlesztő” jelzőt (Dooris és Doherty, 2010). Az egyszerűség kedvéért maradunk az „Egészséges Egyetem” kifejezésnél, de a WHO által kezdeményezett egészségfejlesztő célkitűzéseket fogjuk szem előtt tartani. Az „Egyetem” kifejezés fordítása pontos, de az egészségfejlesztési célkitűzések szempontból pontatlan. Az Egészséges Egyetem program a *felsőoktatás* egészét célozza meg, melynek kiemelten fontos, de nem kizárólagos szereplői az egyetemek.

A KSH adatai szerint (www.ksh.hu) Magyarországon, a 2016/2017-es tanévben 287 018 hallgató folytatott felsőfokú tanulmányokat, 65 felsőoktatási intézményben, 22 436 oktató munkája révén. Ezekből az adatokból is kitűnik, hogy a 18-24 éves korosztályhoz tartozó fiatalok egy meghatározó részének életében fontos színtér az egyetem. A hallgatók vonatkozásában – nemzetközi szinten – leginkább a lelki egészség (vö. Tarkó, Lippai és Benkő, 2016), a szexuális egészség, a drog- és alkoholfogyasztási problémák megelőzése, valamint a testmozgás és az egészségesebb étkezés kérdésköreire irányuló programok zajlanak. Azonban, a programokba bevonódó hallgatói kör szélesítése, és a programok minőségének javítása a külföldi egyetemeken is komoly szakmai kihívást jelent.

Ennél is kevesebb egészségfejlesztő program zajlik az egyetem, mint munkahely vonatkozásában. Holott elég jelentős a szakmai konszenzus abban a tekintetben, hogy „a jó egészség jó üzlet” (vö. „good health is good business”; PricewaterhouseCoopers, 2008). Az egyetemeknek is egészséges oktatókra van szüksége ahhoz, hogy azok motiváltan végezzék munkájukat és magas színvonalú oktatást nyújtsanak (Mátó, 2014; Mátó és mtsai, 2016). Végezetül, de nem utolsó sorban, érdemes kiemelni még, hogy az egyetemek a helyi, regionális, országos és globális közösségek meghatározó szereplői. Ha az egyetemi hallgatók és oktatók gondolkodásában, értékeiben és szokásaiban megjelenik az egészség, akkor ez közép- és hosszú távon az egyetemmel kapcsolatban álló tágabb közösség(ek)re is hatással van.

Mindezekből is látható, hogy az Egészséges Egyetem iniciativa nem pusztán azzal kíván élni, hogy a felsőoktatási intézményeken keresztül viszonylag sok ember számára lehet egészségüzeneteket kommunikálni. Az Egyetem, mint egészségfejlesztő színtér valódi hatása

abban rejlik, hogy tartósan befolyásolja a hallgatók és oktatók életkörülményeit és egészségmagatartását. Épp ezért az egyetemi élet- és munkakörülmények, az egyetemi hallgatók és oktatók szokásainak egészségesebbé alakítása a valóban fontos egészségfejlesztési célkitűzés.

A fejezet önálló feldolgozását segítő kérdések

- 1) Milyen felkészültségű, kompetenciakörű szakemberek végeznek egészségfejlesztő tevékenységet?
- 2) Milyen célkitűzései vannak az „Egészséges Egyetem” kezdeményezésnek? Mi a jelentősége annak, hogy a felsőoktatási intézmények egészségfejlesztési színterekké is válhatnak?

Irodalomjegyzék

- Barry, M.M, Allegrante, J. P, Lamarre, M. C, Auld, M. E, Taub A. (2009): The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. *Global Health Promotion*, 16(2):5-11.
- Benkő Zsuzsanna és Lippai László (2001): Teljességi igény egy egészségműhelyben. Egészségfejlesztő mentálhigiénikus képzési spektrum a szegedi egyetemen. *Új Pedagógiai Szemle* 51(5), pp. 36-53.
- Benkő Zsuzsanna (2010): Egészségfejlesztés a közoktatásban és a tanárképzésben. *Népegészségügy*, 88 / 1. sz. 37-42.
- Benkő Zsuzsanna (2011): Az egészségfejlesztő szakemberek a magyar közoktatásban. A felsőoktatás válasza. *Egészségfejlesztés*, 52 / 3. sz. 21-26.
- Dooris, M. és Doherty, S. (2010): Healthy universities—time for action: a qualitative research study exploring the potential for a national programme. *Health Promotion International*, 25 / 1. sz. 94-106.
- Grossmann, R. és Scala, K. (2004): *Egészségfejlesztés és szervezetfejlesztés*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. Szeged.
- Lippai László (2016): Előszó helyett... bevezetés az egészségfejlesztésbe, avagy miként járul hozzá a tudomány az egészséges élet művészetéhez. In: Tarkó Klára és 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.
- Mátó Veronika (2014): Szegedi Tudományegyetem dolgozóinak egészségi állapota és életmódja. In: Torgyik Judit (szerk.): *Sokszínű pedagógiai kultúra: II. Neveléstudományi és szakmódszertani konferencia*. Nové Zámky, Szlovákia, 2014.01.09-2014.01.11. Komárno: International Research Institute, 126-131.
- Mátó, V., Tarkó, K., Tóth, K., Nagymajtényi, L. és Paulik, E. (2016): Working Environment of Higher Education Staff – a Survey at University of Szeged, Hungary. *Central European Journal Of Occupational And Environmental Medicine* 22:(1-2) 44-52.

- PricewaterhouseCoopers (2008): *Building the Case for Wellness*.
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/209547/hwwb-dwp-wellness-report-public.pdf (Letöltve: 2017. november 24.).
- Scriven, A. (2010): *Promoting Health: A Practical Guide*. Edinburgh London New York Oxford Philadelphia St. Louis Sydney Toronto, Baillière Tindall Elsevier.
- Tarkó, K., Lippai, L. L., és Benkő, Zs. (2016): Evidence-Based Mental-Health Promotion For University Students – A Way Of Preventing Drop-Out. *TOJET: Turkish Online Journal Of Educational Technology*, 2016. 07. 01. 261-268.
- Tsouros, A., Dowding, G., Thompson, J. és Dooris, M. (1998, Eds.): *Health Promoting Universities: Concept, Experience and Framework for Action*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- WHO (2005): Ottawai Charta. In Benkő Zsuzsanna és Tarkó Klára (szerk.), *Iskolai egészségfejlesztés. Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez*. Szeged, JGYF Kiadó. 163-170.

Internetes forrás:

https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_zoi007a.html?down=75

Nádudvari Gabriella

Európai életmód-mozgalmak a múltban: tanulságok, következmények

A fejezet bemutatja a 19. század utolsó negyedében születő európai életreform-mozgalmak főbb célkitűzéseit, valamint felvázolja alakváltó továbbélésének okait, lehetőségeit és következményeit. A fejezet témáit a hallgatók részben önállóan, részben szemináriumi feladatok segítségével dolgozzák fel, melynek eredményeként a két féléves kurzus végére a hallgató:

Tudás:

- ismeri a testmozgás jelentőségét az egészségmagatartás rendszerében, azonosítja az egészségfejlesztő céllal végzett testmozgás jellemzőit, és érti a testmozgás, mint egészségmagatartási forma szerepét az egészség holisztikus megközelítésében

Képesség:

- képes hiteles és meggyőző csoportos tájékoztatót tartani az egészség, mint erőforrás értékéről, az egészségfejlesztés koncepciójáról, valamint az egészséges életmód jelentőségéről

Attitűd:

- a kortárs csoportban végzett egészségnevelő munkája közben elkötelezett az egészség értékének képviselője iránt

Autonómia és felelősség:

- a testmozgásra motiválás témájában, folyamatos oktatói szupervízió mellett szervez öntevékeny hallgatói csoportokat

Az életreform mozgalmak születése és alakváltó továbbélése

Az európai kultúrkör legmeghatározóbb, széles körben ható, a modern kor válságjelenségei ellen fellépő, az egyéni életforma reformjára irányuló mozgalmi az 1880-as évektől kezdődően bontakoztak ki. Az új életforma-szervező értékek jelentős hatással voltak mind a pedagógiára, mind a különböző életmód-elemekre: a térhasználat kultúrájára (Vissza a természetbe!), az öltözködéskultúrára (természetes ruházat, higiénia), a testkultúrára (nudizmus, testi szépség), a mozgáskultúrára (természetes tánc, természetes gimnasztika), a táplálkozási kultúrára (alkoholellemesség, dohányzásellenesség, vegetáriánus kultúra, természetes étrend), a szabadidő eltöltésének módjára. A mindennapi élet javítását szorgalmazó elképzeléseket befolyásolták továbbá a természet- és környezetvédelmi irányzatok, az új kert- és földművelési törekvések, illetve a különböző teozófiai, spiritualista és okkultista nézetek.

A történelemben jártas és a jelen folyamataira érzékenyen reagáló ember számára jól kirajzolódik a kép: a kétségessé váló élettartalmak, a válságjelenségek miatt manapság ismét fellendülőben van a hamisítatlan természet iránti vágy, a testi egészség és a szépség kultusza, az ezoterikus irányzatok térhódítása, az önismeret fontosságának a hangsúlyozása, nem beszélve a reformpedagógia virágzásáról. A bio- és ökotermékek és bizonyos táplálkozási rituálék a test és a lélek gyógyulásának ígérletét hordozzák ma is. Látható tehát, hogy a mintegy 150 éves hagyományokra építő reformkezdeményezések némelyek számára napjainkban is életformaszervező erővel bírnak (falusi kommunák, zöldségközösségek (Kis, 2006)) és lassan az utánzás gesztusa révén szélesebb társadalmi körben is elfogadottá válhatnak, és akkor esetleg divatjelenségnek is tekinthetők (Nádudvari, 2016). Benkő (2008) Simmel divat-felfogásából kiindulva megállapítja, „a divat pikáns, izgató ingere abban az ellentétben rejlik, amely kiterjedt, mindent átfogó elterjedése, gyors, alapvető mulékonysága és ahhoz való jogunk között áll fenn, hogy hűtlenek legyünk hozzá. A divatot az is vonzóvá teszi, hogy valamely társadalmi kör hordozza, amely kölcsönös utánzásra készíti tagjait, s az egyént – etikai esztétikai – felelősség alól felmenti” (Benkő, 2008, 251. o.). A reformkezdemények divattá válása tehát azok megszüntetésével is együtt járhat. Amennyiben kiemeljük e mozgalmak utópisztikus jellegét, arra is felhívjuk a figyelmet, hogy esetleges divattá válásuk az utópia jelzőfunkciójának elvesztését is maga után vonhatja.

Eurotópia – európai közösségek és biofalvak jegyzéke címmel megjelent egy kiadvány, melyben több száz falusi kommuna jellegű közösség jelent meg, melyek közül néhány Magyarországon található. E közösségek, melyekhez gyakran egy magániskola is

kapcsolódik, a legtöbb esetben valamilyen terápiás illetve pedagógiai célt is megfogalmaznak. A kiadvány egésze és maga az „eurotópia” kifejezés is utópisztikus elemeket tartalmaz, mindazonáltal ténylegesen működő, nagy európai hálózathoz kapcsolódó kezdeményezésről van szó, amely megkísérli egy jobb világ kialakítását. A 19. század végén és a 20. század elején kibontakozó életreform mozgalmak is valamiféle gyógyulást kerestek. Be akarták gyógyítani az emberi lélekben az elidegenedési folyamatok és a modern technikai civilizáció okozta sebeket. „Az életreformerek szerint a nyugati civilizációt meggyengítő kóros állapot gyógyulása az egyes emberek életének megváltozásával érhető el” (Németh és Pirka, 2013. 12. o.). Skiera úgy véli: „Erre igazán csak akkor lenne esély, ha a technikai-ipari civilizáció maga is egy gyógyulási és megtisztulási folyamaton esne át, ha az ember és a világ és a megtermelt áruk dialektikus kapcsolatba kerülnének egymással” (Skiera, 2004. 35. o.).

Edward Carpenter *Civilizáció: okai és gyógyulása* c. könyve a radikális kritikát megfogalmazó életreform mozgalmak közös hitvallásának alapjává vált. Mindegyik mozgalom igyekezett túllépni az elbizonytalanodást okozó elidegenedésen, amely az alábbi területeken értelmezhető: idegenné lesz az emberi test; idegen a városi környezet; idegen az új kihívásokkal terhelt munkahelyi környezet; a tudományok diadalmenete folytán az ember eltávolodik a vallástól; elidegenedés következik be a politikai tevékenységtől. E motívumok termékeny talajt biztosítottak a reformmozgalmaknak, melyekben különböző spirituális, politikai és pszeudotudományos eszmék kavargtak. „Az új ideál az akarat, az érzelem, a heroikus szabad cselekvés új embere, a zseniális életreformáló, a művész lesz” (Skiera, 2004. 35. o.). E mozgalmak nem váltak széles körben elfogadottakká. Értékvilágukat a többségi társadalom elfogadta, hiszen nem érezte fenyegetve alapintézményeit. Az életreform mozgalmak alakváltó továbbélése hasonló reakciókat vált ki napjainkban is: a társadalom többé-kevésbé tolerálja, illetve integrálja a mozgalmak számos értékelemét. A forradalmi jelleg elvesztése mellett megőrizték alapvető céljukat: az új ember és az új társadalom megteremtésére irányuló, a kapitalizmuson és a szocializmuson túllépő, „harmadik utas” törekvésüket.

Életreform mozgalmak a hosszú századfordulón

A hosszú századfordulón tevékenykedő életreformerek az ember megújítását tűzték ki célul a természetes életmód bázisán. Az egészségre irányuló reformtörekvések az étkezést, az alkoholfogyasztást, a higiéniai kérdéseket és a gyógyítást érintették. Az egészségreform fogalma alatt a következő irányzatok értendők: vegetarianizmus, természetgyógyászat, lég- és napfürdőzés, öltözködési reform és testápolás.

Mozgással egybekötött lég- és napfürdőzés

A városokban növekvő szociális nehézségek oly mértékben megterhelték az életkörülményeket, hogy felébredt a vágy az emberekben a szabad levegőn és a napon való mozgás iránt. Ez olyan csoportok megalakulásához vezetett, amelyeknek tagjai a természetben kívántak élni és vándorolni. Új életstílussal kísérleteztek, és készek álltak arra, hogy maguk is megváltozzanak. Kertvárosok épültek, szervezett csoportosulások születtek, mint pl. a „Wadervogel” és annak alcsoportja, a „Heimatschutz”. A fiatalok a természetben végeztek tornagyakorlatokat, megalakulnak az első ritmikus sportgimnasztikai iskolák, melyekből kinőttek a szabad táncot tanító iskolák (például Drezda-Hellerau kertvárosában).

A vidéki közösségi települések közül a München mellett fekvő hollenriegelskreuth-i *Éden* elnevezésű kommunát érdemes még megemlíteni, amely a festő Karl Wilhelm Diefenbach nevéhez kötődik és „az életreform mozgalom legfontosabb, legproduktívabb és leghosszabb ideig működő települése volt” (Feuchter-Schawelka, 1998. 243. o.).

Ruhareform

A női és a férfi öltözet teljes reformját a 19. sz. végén megjelenő sport és más mozgásformák keltette igény táplálta: elterjedt a lezser öltözködés. Az első hatások Angliából érkeztek, melyeket gyorsan adaptáltak Németországban. A polgári norma által előírt konvencionális öltözködés lazulása tehát a sportruházat elterjedésével indul el. A férfi öltözködés női öltözködésre gyakorolt hatása kb. 1870-től figyelhető meg, majd később, a húszas években különleges szerephez jut. Az addig kötelezően viselendő fűzőt eldobták, és 1900 körül már a könnyű, természetes anyagokat részesítették előnyben. A reformerek azt javasolták, hogy a nő többet mutasson a lábából, és általában terjedjen el a könnyebb viselet. Felfogásuk szerint a ruha szépsége nem mehet a kényelem rovására. A ruhareform párhuzamosan halad a szabad tánc elterjedésével. Az újonnan tervezett ruhák követik a test mozgását, a szabások nem gátolják a test által történő önkifejezést.

FKK: a szabad testkultúra

A szabad testkultúrát kb. 1880 óta egészségügyi okokból propagálták, ám ez a kezdeményezés nem aratott tetszést a lakosság teljes körében. Mégis egyre többen elismerték előnyeit, és egyre több követőre talált. E törekvés hozzájárult az emberek testtudatának megerősödéséhez, illetve annak magától értetődő voltát magyarázta. A mozgalom követői meztelenül végeztek tornagyakorlatokat, napfürdőt vettek, úsztak, kerti munkát végeztek. A meztelen test magától értetődővé válásának folyamata felerősödött. Az életreform első

időszakában a fiatal, meztelen ember az individuum szabadságát, a nyitottságot, a természetességet és az egészséget szimbolizálta. A kezdeti szakaszban a szexualitásnak nem volt szerepe; ez a motívum csupán a későbbiekben jelent meg. Az a gondolat állt a háttérben, hogy a meztelen emberek egyenlők, míg a ruha és az ékszer egyértelműen mutatja a társadalmi hovatartozást. A művészek könnyen találtak olyan modelleket, akik szívesen mutatkoztak meztelenül, így a szabad testkultúra képviselőinek öntudatos magatartása a képzőművészetben is leképeződött.

Az életreform festői: Karl Wilhelm Diefenbach és "Fidus"

Karl Wilhelm Diefenbach és tanítványa, Hugo Höppener, akit Fidus néven ismerünk, az életreform első festőinek számítottak. Mindketten a szabad, természetes életről beszéltek, vegetáriánusok voltak, és a meztelen testkultúra szószólóivá váltak.

A hosszú hajú, szakállas, szandált, durva szövésű, laza tunikát viselő Diefenbach ellen a 19. század nyolcvanas éveiben nudista-pert indítottak, de ennek ellenére misszionáriusnak tartotta magát ezen a területen. A *Ne ölj* c. képe vegetáriánus művészetnek is tekinthető. A képen a szarvas mellett egy meztelen gyermek áll, aki az elképzelt vadászt szuggerálja, hogy ne ölje meg a szarvast.

Tanítványa, Fidus a századforduló egyik legismertebb művésze lett, majd a 70-es évek hyppie-mozgalma is szívesen hivatkozott rá (*Feuchter-Schawelka*, 1998). Fidus egyik tipikus, a vegetarianizmust reklámozó képén, amely 1900 körül készült, egy bimbószerűen elrendezett, nagyobb, lándzsaformájú levelekből álló növényt látunk, melynek felfelé törő levelein 7 fiatal, meztelen ember látható. Néhányan gyümölcsbe harapnak, melyet egy középen egyenesen álló fiatal nő kosarából vesznek ki. A képen látható emberek leomló hajfűrtjei a levelek közé ékelődnek, éppen azon a helyen, ahol a gyümölcs átadása történik. E képen összenő az ember és a természet (*Krabbe és Hermand*, 1974).

Fidus képeinek középpontjában a fiatal, meztelen ember áll, minden szexuális konnotáció nélkül. A testkultusz és a szabad testkultúra képi formában érhető nála tetten. Fidus festészete egyértelműen visszatükrözi az emberi test iránti érdeklődés felerősödését, a test újfajta érzékelését és tudatosítását.

A *Lichtgebet* c. képe a „fény-mozgalom” elindulásának egyik jele. A fény a fiatalság metaforája, a jövőorientáltság jelképe. Jaskovski (1912) így interpretálja Fidus figuráit: „Vegetáriánus életet élő harcosok vagy ifjak és szüzek... mindannyian fiatalok. A jövő

emberei... így néznek majd ki az emberek, akik örökségként... mindezt az áldást megtapasztalták, amit Fidus felfogása szerint a vegetarianizmus jelent, a vidéki életet, a vidéki munkát, az akaratnevelést, a teozófiai fejlődést, az új táncművészetet és a gimnasztikát, az új ruhákat” (*Jaskovski*, 1912. 232. o.).

Művészkolóniák. Monte Veritá

Az Ascona fölött fekvő Monte Veritá volt az életreformerek egyik kultikus helye, amely a svájci Alpokon túl is ismertté vált. 1900 nyarán egy belga gyáros gyermeke, Henri Oedenkoven, megvásárolta a Lago Maggiore-ra néző vadregényes dombot. Először vegetáriánusok éltek itt, akik a saját maguk által termesztett növényekből készítették ételeiket. Néhány évvel később megjelentek a művészek is.

Milyen utópiák valósultak meg itt? Egyszerű, természetes életet éltek és a teozófia elveit vallották a Monte Veritá-n megtelepedett művészek, individualista, idealista gondolkodók. A lakás egyszerű formáját választották, a testkultúra központi helyet foglalt el mindennapjaikban. Reformruhákat terveztek, melyek nem szorították le a testet és lélegezni hagyták azt. A férfiak bő, térd alá érő nadrágot viseltek, laza len felsővel. Hajukat kibontva hordták, homlokpánttal.

Monte Veritá azért is izgalmas helyszín, mert itt összekapcsolódtak és egymásra hatottak az egészségreformer és a művészi mozgalmak. Naponta ritmikus mozgásgyakorlatokat végeztek az itt élők, amiből Rudolf von Laban bábáskodásával megszülethetett a szabad tánc. Laban 1913-ban megalapította Monte Veritá-n az Életművészet-iskolát. Az iskolában mozgásművészetet, hangzásművészetet, szóművészetet és formaművészetet tanítottak. A kolónia lakói és a vendégek a magyar származású Laban kultuszorientált koreográfiái alapján, a szabad testkultúra szellemében, melynek alapja az emberi test tisztelete volt, gyakran csoportosan, meztelenül táncoltak a természetben. Egyik legzseniálisabb ötletük az volt, hogy ritmizálással könnyítették meg a kerti munkát. Laban megpróbálta a reformmozgalom szellemében összekapcsolni az életet a művészettel.

1920-ban az alapító Oedenkoven elhagyta Monte Veritá-t, 1924-ben Eduard von der Heydt művészetpártoló megvásárolta a területet és a felújítás után turisztika központot létesített. 1928-ban a kolónia helyén Bauhaus-stílusú szállodát építenek, s ezzel teljesen eltűnik az alapító eredeti intenciója.

Magyarországon az életreformok sajátos vegyülésével Gödöllőn működött néhány évig a „Teljes élet” program. „A hazai szecesszió néhány művésze – európai tájékozottsága révén – olyan telepet hozott létre, amelyen fenntartók és alkalmazottak együttesében bizonyos univerzális személyiségkép formálódott” (Géczi, 2005. 137. o.). Jóllehet a gödöllői telepnek ma már többnyire csak művészeti jelentőséget tulajdonítanak, művelődéstörténeti és pedagógiai jelentősége elvitathatatlan.

A fejezet önálló feldolgozását segítő kérdések

- 1) Milyen célkitűzések mentén szerveződtek az életreform-mozgalmak a hosszú századforduló idején?
- 2) Mivel magyarázható az életreform-mozgalmak reneszánsza a 20. század végén és a 21. század elején?

Irodalomjegyzék

- Benkő Zsuzsanna (2008): A divatról Simmel értelmezése alapján. Hagyomány, modernitás, divat a visegrádi országok családjainak életmódjában. In: Tarkó Klára és Barabás Katalin (2008, szerk.): *Egészségfejlesztés a tudományokban: Szemelvények a Szegedi Egészségfejlesztő Műhely hazai és nemzetközi munkáiból*. Szegedi Egyetemi Kiadó, Szeged. 247-259.
- Feuchter-Schawelka, A. (1998): Siedlungs- und Landkommunebewegung. In: Krebs, D. u.a. (1998, Hgg.): *Handbuch der deutschen Reformbewegungen 1880 - 1933*. Peter Hammer Verlag, Wuppertal.
- Géczi János (2005): Reforméletmód és szimbólum – Nagy Sándor világképének és művészetpedagógiájának elemei. In: Mikonya György, Németh András és Skiera, E. (2005, szerk.): *Életreform és reformpedagógia – nemzetközi törekvések magyar pedagógiai recepciója*. Gondolat, Budapest. 136-164.
- Jaskowski, F. (1912): *Philosophie des Vegetarismus*. Verlag Otto Galle, Berlin.
- Kis Bernadett (2016): Community-supported agriculture from the perspective of health and leisure In: Tarkó Klára és Benkő Zsuzsanna (2016, szerk.): *„Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége”. Szemelvények egy multidiszciplináris egészségfejlesztő műhely munkáiból*. Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged. 215-219.
- Krabbe, W. R. és Hermand, J. (1974): *Meister Fidus*. Göttingen.
- Nádudvari Gabriella (2016): A német életreform mozgalmak a német romantika tükrében. In: Tarkó Klára és Benkő Zsuzsanna (2016, szerk.): *„Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége”. Szemelvények egy multidiszciplináris egészségfejlesztő műhely munkáiból*. Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged. 145-159.
- Németh András (2013): Az életreform társadalmi gyökerei. In: Németh András és Pirka Veronika (2013, szerk.): *Az életreform és reformpedagógia – recepciós és intézményesülési folyamatok a 20. század első felében*. Gondolat Kiadó, Budapest. 11-55.

Skiera, E. (2004): Életreform-mozgalmak és a reformpedagógia. *Iskolakultúra*, 2004/3. sz. 32-44.

Internetes források:

http://monteverita-raumdeutungen.de/rudolf_laban.htm

http://www.fileane.com/deutsch/monte_verita_deutsch.htm

Pálmai Judit

A közösség alapú egészségfejlesztő munka fogalma, módszertana és jellegzetességei

A fejezetben az olvasó megismerheti a közösségfejlesztés néhány alapfogalmát, a közösségfejlesztés célját és feladatát. Ezen kívül betekintést nyer a közösség alapú egészségfejlesztést érintő munkába, megtudhatja milyen előnyei és hátrányai vannak ennek a tevékenységnek, ismeretet szerez a közösségi alapú munka alapelveiről és a közösségfejlesztéshez tartozó tevékenységi formákról. A fejezet témáinak részben önálló hallgatói munkát igénylő, részben szemináriumi feladatok segítségével történő feldolgozása hozzájárul ahhoz, hogy a két féléves kurzus végére a hallgató:

[TUDÁS]

- érti az egészségfejlesztés koncepcióját, behatóan ismeri az egészség holisztikus és szalutogenetikus megközelítését, valamint azonosítja az egészségnevelés helyét, szerepét az egészségfejlesztésben és az egészséges életmód kialakításában

[KÉPESSÉG]

- képes hiteles és meggyőző csoportos tájékoztatót tartani az egészség, mint erőforrás értékéről, az egészségfejlesztés koncepciójáról, valamint az egészséges életmód jelentőségéről

[ATTITÚD]

- a kortárscsoportban végzett egészségnevelő munkája közben elkötelezett az egészség értékének képviselője iránt
- az öntevékeny csoportban végzett tevékenységét kortársainak tisztelete és empátikus elfogadása hatja át

[AUTONÓMIA ÉS FELELŐSSÉG]

- a testmozgásra motiválás témájában, folyamatos oktatói szupervízió mellett szervez öntevékeny hallgatói csoportokat

Annak a tevékenységnek, amelyet ma közösségfejlesztésnek nevezünk, száz évre visszamenő történelme van, és elsősorban a segítő tevékenységeket ölelte fel. Amerikában a múlt század végén a rohamos településfejlődésnek köszönhetően, Európában pedig a II. világháború után intézményesült a közösségfejlesztő tevékenység. A nyugati közösségfejlesztő tevékenység társadalomjobbító szándékkal született, hogy feltárja egyes közösségek problémáját és azokra megoldást találjon (Varga és Vercseg, 1998).

Fogalmak

Ahhoz, hogy meg tudjuk határozni mi is a közösségfejlesztés, tudnunk kell, hogy mik is a *közösségek*. A fogalom értelmezése során egyértelműen kiderül, hogy a kifejezésnek mindenkor erős értéktartalma volt, melyet széles körben használnak. A közösség fogalmát számos módon megközelíthetjük, gondolhatunk rá úgy, mint emberek összefüggő halmazára (Ewles és Simnett, 1999), de talán a leggyakoribb meghatározás a földrajzi, kulturális és társadalmi értelemben vett közösségek (Naidoo és Wills, 1999).

A közösségeket földrajzi vagy szomszédos viszony alapján is meghatározhatjuk, ilyen esetben a földrajzi közelség, a területi egybetartozás befolyásolja az emberek gondolkodásmódját (Naidoo és Wills, 1999; Vercseg, 2004).

Kulturális közösségekről beszélünk, amikor „izraelita közösségeket” vagy „kínai közösségeket” emlegetünk. A közös kulturális hagyományok még a földrajzi vagy egyéb korlátokat is áttörhetik, ezen kívül szétszórt vagy eltérő nézeteket valló embercsoportokat is képesek egyesíteni. Az ilyen típusú csoportokkal szemben az az elvárás, hogy segítsenek egymásnak és, ha szükséges, erőforrásaikat is egymás rendelkezésére bocsátják (Naidoo és Wills, 1999).

Közösségek úgy is kialakulhatnak, hogy közös érdekek vagy érdeklődés hozza össze az embereket és rendezi csoportba. Ezek a közösségek általában a társadalmi megosztottság, valamint a társadalmi rétegződésben elfoglalt hely révén jönnek létre, így beszélhetünk pl. „kisebbségek” közösségéről vagy „munkásosztályról” (Naidoo és Wills, 1999).

A közösség kifejezés azt sugallja számunkra, hogy homogén emberek csoportjából tevődik össze, a fentiek alapján mégis jól látható, hogy pl. a földrajzilag behatárolt közösségek olyan embereket is magukba foglalnak, akik eltérő társadalmi osztályba tartoznak, eltérő neműek, etnikumúak vagy szexuális irányultságúak. Hasonlóképpen elmondható ez azokról a közösségekről is, akik azonos érdeklődés alapján rendeződnek egy közösségbe (pl. nyugdíjasok, kismamák), hiszen ők eltérő földrajzi elhelyezkedésűek és egyéb közösségek

tagjai is lehetnek. Ebből kifolyólag kijelenthető, hogy egy ember élete során számos közösséghez tartozhat, amelyek közül egyik fontosabb lehet számára, mint a másik. Így az emberek különböző közösségek felé kötelezhetik el magukat attól függően, hogy egy adott életszakaszban mit tartanak igazán fontosnak (Naidoo és Wills, 1999).

A *közösségfejlesztés* a közösségek kezdeményező- és cselekvőképességének fejlesztését jelenti, amelyben kulcsszerep jut az állampolgároknak, közösségeknek és azok hálózatainak (Varga és Vercseg, 1998). A közösségfejlesztés ösztönzi az embereket szükségleteik kifejezésére és elősegíti azok kollektív megoldását. Nem az egyének problémáival foglalkozik, hanem célja az egész közösség lehetőségeinek fejlesztése. Magába foglalja az emberek csoportjaival való együttműködést, a problémáik közös megfogalmazását és ezek megoldását. A közösségfejlesztésben tevékenykedő szakemberek helyi személyek, akik feladata, hogy segítsék a közösség tagjait szükségleteik felismerésében, képességeik, ismereteik fejlesztésében és céljaik elérésében (Naidoo és Wills, 1999; Ewles és Simnett, 1999).

A közösségfejlesztő tevékenység tehát mindaz, amit a közösség végez el, hogy önmagát segítse. Ezek a tevékenységek lehetnek helyi társadalom- és gazdaságfejlesztést, környezetvédelmet, egészségfejlesztést, egészségügyet, lakáshelyzetet, oktatást, kultúrát, művészetet, szabadidőt, közösségi információáramlást érintő feladatok (Varga és Vercseg, 1998).

A *közösségfejlesztés*, a *közösségszervezés* és a *közösségi munka* fogalmát gyakran használják szinonimaként, pedig mindegyiknek megvan a maga jelentése. Bármelyik fogalmat is nézzük, mindháromban közös, hogy magukba foglalják mind a közösség, mind a szakemberek munkáját. Azonban közösségi munka, vagy a közösség általi szervező/fejlesztő munka végbemehet szakember irányítása nélkül is, hiszen a közösségfejlesztés egyszerre mozgalom és szakma. A közösségi munka kommunikáció, kapcsolat és együttműködés szervezése emberek, intézmények és közösségek között. Ezzel szemben a közösségfejlesztés egy önálló szakma, mely segíti a közösséget problémáik megfogalmazásában, bevonja a munkába az érintetteket és igyekszik képessé tenni őket a közösségi cselekvésre (Vercseg, 2011).

Közösség alapú egészségfejlesztő munka

Közösségi alapú egészségfejlesztő munka alatt olyan tevékenységeket találunk, melybe az egészségfejlesztés bekapcsolódik és a közösség tagjait együttműködésre ösztönzi,

hogy azok képesek legyenek saját, és ezáltal az egész közösség egészségi állapotának és helyzetének javítására (Ewles és Simnett, 1999).

A közösségfejlesztésnek fontos kulcsszavai közé tartozik az önszerveződés, az önkéntesség, az önségítés, az érdekérvényesítés, a részvétel és a partnerkapcsolatok építése (Varga és Vercseg, 1998). Napjainkban az egészségmegőrzés egy kiemelt feladata: a közösségeket képessé tenni az öntevékenységre. Ilyen formán azonban a közösségfejlesztés, mint az egészségmegőrzés fő stratégiai irányvonala, azt jelzi, hogy felfigyelhetünk egy elmozdulásra a negatív egészségfogalommal kooperáló orvosi modelltől a szociális együttműködésen alapuló, pozitív egészségképet felmutató modell irányába (Naidoo és Wills, 1999; Benkő és Tarkó, 2005; 2016).

A közösségfejlesztés előnyei és hátrányai az egészséget érintő kérdésekben

A közösségfejlesztés előnye először, hogy az emberek érdekeit veszi figyelembe, így nagyobb támogatottság várható el. Másodszor, az egészséget érintő probléma alapvető okait keresi, nem a tüneteket. Harmadszor, az egészségi állapot romlása mögött a szociális tényezőket is figyelme veszi. Negyedszer, munkájában közösségi részvételre épít. Ötödször, újfajta készségek közvetítését látja el, így pl. a kommunikáció vagy az érdekérvényesítés képességét. Hatodszor, erősíti a demokratikus alapelveket azzal, hogy a különböző partnerek egyenrangú félként találkoznak és tárgyalnak (Naidoo és Wills, 1999).

A közösségfejlesztés hátránya az egészséget érintő kérdésekben, hogy a feladat hosszadalmas és sok időt vesz igénybe. Az eredmények gyakran nem látványosak, nehéz őket mérni, nehéz a hatékonyságukat megítélni. Mindezek nélkül viszont nehéz támogatásokat igényelni, pályázatokban részt venni. Végül a közösségfejlesztő szerepe ambivalens, hiszen nem tudja, kinek tartozik elszámolással, a közösségnek vagy a munkáltatójának (Naidoo és Wills, 1999).

Az egészséget felölelő közösségi alapú munka alapelvei

A közösségi alapú munkánál négy alapelvet kell figyelembe venni: a közösség központi helyzetét, a közösségfejlesztő irányadó szerepét, az egészség-egyenlőtlenségek figyelembevételét és az egészség multidimenzionális voltát (Ewles és Simnett, 1999).

Miért fontos a *közösség központi helyzetét* a közösségi munka középpontjába állítani? Mert a közösség egészségi szükségleteit a közösség határozza meg, nem pedig az egészségügyi dolgozók. A közösségfejlesztés egy alulról felfelé irányuló folyamat, nem pedig főlülről lefelé, ahol a hatalom képviselői hozzák meg a közösség egészségi kérdéseivel kapcsolatos döntéseket. A közösségfejlesztő elismeri és értékeli a közösség tudását az egészségi helyzetükkel kapcsolatban és fontosnak tartja ennek a tudásnak a bevonását és felhasználását (Ewles és Simnett, 1999).

A közösségfejlesztő munkában kiemelkedő szerep jut a *közösségi munkát végzőnek* (pl. egészségfejlesztő vagy közösségfejlesztő szakember), aki elsődlegesen nem egészségügyi szakember. A közösségfejlesztő legfőbb feladata az emberek megerősítése, bátorítása, tapasztalataik mozgósítása, készségeik fejlesztése, hogy képesek legyenek felismerni szükségleteiket és képviselni érdekeiket. Mindezen feladatokat nem egyedül látja el, hanem szorosan együttműködve a közösség tagjaival és az egészségügyi kérdésekben érintett szervezetekkel (Ewles és Simnett, 1999).

A közösségi alapú munka során figyelembe kell venni, hogy általában a közösségekben különböző nemű, etnikumú, szexuális irányultságú, a társadalmi hierarchiában eltérő helyet elfoglaló emberekkel kell együtt dolgozni, amely jellemzők nagyban befolyásolhatják egészségi állapotukat. A közösségi munkát végző szakembernek tisztában kell lennie ezekkel a különbségekkel és a belőlük fakadó egészség-egyenlőtlenségekkel (Ewles és Simnett, 1999).

S végül az egészséget érintő közösségi munka során tisztában kell azzal lenni, hogy az egészség egy széleskörű fogalom, mely magába foglalja a fizikai, mentális, érzelmi, spirituális, társas és társadalmi tényezőket, tehát az egészség nem tekinthető egyszerűen a betegség hiányának. Bármely közösség alapú munkában, amely a tagok egészségét érinti, szem előtt kell ezeket a tényezőket tartani (Ewles és Simnett, 1999).

A közösségfejlesztéshez tartozó tevékenységi formák

Smithies és Adams az egészséget érintő közösségfejlesztésben öt tevékenységet különböztetnek meg, ennek megfelelően a formális közreműködést a döntéshozatalban, a közösségi tevékenységeket, a közösségi munkát elősegítő folyamatokat, a hivatalos szakértői és közösségi határterületi tevékenységeket és a stratégiai támogatást (Naidoo és Wills, 1999).

A *döntéshozatalban való formális részvétel* több különböző tevékenységet foglal magában, így részben kisebb véleménynyilvánításokat, többségében pedig a konkrét beavatkozásokat tartalmazza (Naidoo és Wills, 1999).

Közösségi tevékenységet jelent bármely olyan akció vagy program, amely közösségre irányul és annak változását, fejlesztését célozza meg. Az egészségmegőrző, -fejlesztő munka sikere elsősorban attól függ, hogy mennyire sikerül mozgósítani a közösség tagjait.

A *közösségi munkát elősegítő folyamatokhoz* azokat a tevékenységeket soroljuk, amelyekben az emberek készségeit fejlesztik, ilyenek lehetnek például az erre a célra létrehozott tréningek, vagy segítő hálózatok (Naidoo és Wills, 1999).

A *hivatalos szakértői és közösségi határterületi tevékenységek* esetében olyan beavatkozásokat értünk, amelyek azért küzdenek, hogy a szakértői hálózat nyitottá váljon és ismerje el a közösség véleményét az egészséget érintő kérdésekben. A közösségalapú munka csak e két szereplő együttműködésével válhat sikeressé (Naidoo és Wills, 1999).

A *stratégiai támogatás* esetén olyan szervezési munkáról és kezdeményező tevékenységről van szó, amelyek hozzájárulnak a közösség megalakulásához, továbbfejlődéséhez (Naidoo és Wills, 1999).

A fentiek alapján látható, hogy a közösségfejlesztés talán a leetikusabb és legcélravezetőbb egészségmegőrző, -nevelő és -fejlesztő tevékenység, hiszen ezen a módszeren keresztül közvetlenül érhetjük el az embereket. A közösségfejlesztés során számos problémával találkozhatunk szemben magunkat, így az egészséget érintő közösségi munkában szem előtt kell tartani az egészséget érintő egyenlőtlenségeket és az emberek öntevékenységre kell támaszkodni. A közösségfejlesztő tevékenység hadat üzen az egészség negatív megközelítésének, az orvosi modellnek és ezek mellett politikai-stratégiai jelleggel is bír (Naidoo és Wills, 1999).

A fejezet önálló feldolgozását segítő kérdések

- 1) Milyen elsődleges céljai vannak a közösségfejlesztésnek?
- 2) Az egészséget érintő közösségi munkában milyen pozitív eredmények tulajdoníthatók a közösségfejlesztésnek?

Irodalomjegyzék

- Benkő Zsuzsanna és Tarkó Klára (2005, szerk.): *Iskolai egészségfejlesztés. Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged.
- Ewles, L. és Simnett, I. (1999): *Egészségfejlesztés*. Gyakorlati útmutató. Medicina Kiadó, Bp.
- Naidoo, J. és Wills, J. (1999): *Egészségmegőrzés*. Medicina Kiadó, Bp.
- Tarkó Klára és Benkő Zsuzsanna (20016): Promotion of general resistance resources at the University of Szeged, Hungary. In: [AEON] (szerk.): *AEON International Multidisciplinary Conference on Social Sciences and Arts*. Aeon Eood, Plovdiv. 80-86.
- Varga A. Tamás és Vercseg Ilona (1998): *Közösségfejlesztés*. Magyar Művelődési Intézet, Bp.
- Vercseg Ilona (2004): *Legalább ennyit a közösségfejlesztésről*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Bp.
- Vercseg Ilona (2011): *Közösségfejlesztés és közösségi munka*. In: Budai István és Nárai Márta (szerk.): *Közösségi munka, társadalmi bevonás, integráció*. Széchenyi István Egyetem, Győr.

Tóth Erika

A kortárssegítő és az öntevékeny csoportok alapelvei, funkciói, jelentősége az egészségnevelésben és egészségfejlesztésben

A fejezet a kortárssegítő és az öntevékeny csoportok alapelveit, az egészségfejlesztő tevékenységbe illeszkedő céljait, funkcióját veszi sorra. Behatárolásra kerül a kortárscsoportok működésének köre, szerepe az egészségnevelésben. A fejezet témáinak részben önálló hallgatói munkát igénylő, részben szemináriumi feladatok segítségével történő feldolgozása hozzájárul ahhoz, hogy a két féléves kurzus végére a hallgató:

[TUDÁS]

- értse az egészségfejlesztés koncepcióját és behatóan ismerje az egészség holisztikus és szalutogenetikus megközelítését, valamint azonosítsa az egészségnevelés helyét, szerepét az egészségfejlesztésben és az egészséges életmód kialakításában
- átfogó ismeretekkel rendelkezzen az egészségfejlesztők feladatairól, azonosítsa az egyetemi kortárs csoportvezetők feladatait a testmozgásfókuszú egészségnevelés vonatkozásában

[KÉPESSÉG]

- képes legyen hiteles és meggyőző csoportos tájékoztatót tartani az egészség, mint erőforrás értékéről, az egészségfejlesztés koncepciójáról, valamint az egészséges életmód jelentőségéről
- képes legyen csoportvita beindítására alkalmas, szakszerű kérdéseket felvetni az egészség, egészségfejlesztés, és az egészségfejlesztő céllal végzett testmozgás vonatkozásában

[ATTITÚD]

- a kortárscsoportban végzett egészségnevelő munkája közben elkötelezett legyen az egészség értékének képviselője iránt,

[AUTONÓMIA ÉS FELELŐSSÉG]

- készen álljon arra, hogy a hallgatói öntevékeny csoportok egyes foglalkozásait oktatói szupervízió mellett előkészítse, önállóan megvalósítsa, majd oktatói segítségével kiértékelje és tovább folytassa a következő foglalkozás előkészítését

A kortárs segítség („peer helping”) alatt több különböző szolgáltatás típust értünk. Jellemzője ennek a segítő formának az életkorbeli közelség, a tevékenységek köre azonban meglehetősen széleskörű, attól függően, mely területre, milyen segítő célzattal, toboroznak kortárs segítőket (Benkő, 2005). Lehet kortárs segítő egyetemi fogyatékkal élő hallgatók segítője, munkaerőpiaci integrációban hasonló helyzetben lévő pályakezdő (Hegyi-Tóth, 2016), de telefonos lelkisegély szolgálatoknál is találunk kortárs segítőket. Minden kortárs jellegű segítség alapja az önkéntesség. Olyan hallgatókkal, fiatalokkal működnek a kortárs segítség fórumai, akik valamilyen mély elköteleződéssel és érdeklődéssel rendelkeznek a téma iránt.

A kortárssegítés (Gerencsér, 2012), mint alternatív támogató forma komplex tapasztalati tanulás segítségével kialakított tevékenység, mely az önkéntes szolgáltatásokat nyújtó fiatalok sajátja. A fiatal a segítség és munka e különleges formája által adhat és kaphat is élményeket, munkatapasztalatokat szerezhet, személyesen is sokat fejlődik. Fiatal felnőttként kipróbálja magát az élet fontos területein, a segítségben, kortársai facilitálásában.

Ez a tapasztalat hosszú távra megerősítheti olyan témákkal kapcsolatban, mint a felelősség, együttműködés, identitás, reciprocitás a világban, önkéntesség és önállóság. Egészségfejlesztő témákhoz kapcsolódva ő maga is mélyebben azonosul az egészséges, mozgásközpontú szemlélettel. Emellett a kortárs segítői rendszer mással nem helyettesíthető és a maga nemében kiemelkedően jól működő mentálhigiénés szolgáltatást nyújt azon a fiatalok számára, akik a segítő beszélgetésben egy kortársuk értelmezési keretét igénylik (Gerencsér, 2012).

Alapvetően az teszi különlegessé ezeket a programokat, hogy olyan ember nyújt segítséget, akinek nincsen erre vonatkozóan hivatalos szakképzettsége, miközben biztos ismeretekkel rendelkezik a segítettek köréről, hiszen ő maga is azonos kérdések megválaszolásával küzd, keresi a megoldásokat, csak jobb megküzdési stratégiákat alkalmaz, mint kortársai.

Alkalmazásuk előnye továbbá, hogy a kortárs segítők könnyebben elérhetőek lehetnek, mint a professzionális segítők. Hasonló értékekben osztoznak, hasonló referenciáik vannak, otthonosan mozognak az életkori sajátosságokban. Ennek eredményeként sok esetben a kortárs segítővel még az előtt sikerül egy problémát megoldani, hogy az súlyosabbá válhatna (Gerencsér, 2012).

Mint az már elhangzott, a kortárs segítésnek sok formája létezik, sok szintéren. A következőkben ezekről esik szó. A kortárs tanácsadás és a kortárs mentorálás két különböző fogalom a kortárs segítésen belül. Előbbi („peer counseling”) során a fiatal támogatásban részesül ahhoz, hogy problémáira megtalálja a megfelelő megoldást, gondolatait és érzéseit tudatosítsa, mindezt a különböző választási lehetőségek tisztázásán keresztül. A kortárs tanácsadás eltér a kortárs mentorálástól („peer mentoring”) és kortárs tutorálástól („peer tutoring”). A mentorálás és a tutorálás inkább a tananyag elsajátításában nyújtott támogatásra vonatkozik. A kortárs segítés ezzel szemben a segített szerepébe való aktív, értő figyelem által vezetett ráhangolódással jön létre, alapvetően inkább közös gondolkodás a segített által felvetett kérdésekben. Tisztázó beszélgetés. (Szenes és Katona, 2006, in: *Lisznyai és Puskás-Vajda, 2006*)

A kortárs segítés hatékonyságára vonatkozóan számos felmérés született, hatékonynak mondhatók, de a profilok nagyon eltérőek, hogy milyen területen alkalmaznak kortárs segítőket, így nehezen összehasonlíthatók az kapott eredmények. (Gerencsér, 2012, in: *Puskás-Vajda, 2012*)

A Szegedi Tudományegyetemen is már sok éve működnek kortárs segítők, akik számára rendszeres biztosítanak kiégés prevenciók jelleggel, és segítés színvonalának megőrzése érdekében szupervíziókat, melyeket képzett szakemberek vezetnek.

Alapvetően elmondható, hogy a segítők kommunikációs, empátiás és reflexiós képességei fejlődnek leginkább kortárs segítés által. Mint csoport, a kortárs segítők általában koordinátorok által működve maradnak egységben, hordozzák magukban a segítő normát, és a kapcsolódások egymás felé a rendszeres ülések, és közös rendezvények által valósulnak meg. A kortárs segítőket nem csak a segítés normája az, ami összeköti, hanem az is, hogy ők maguk is egy testileg és lelkileg egészséges közösség aktív tagjai, akik képesek arra, hogy megéljék hatékonyságukat, fokozzák önbecsülésüket (Szenes és Katona, 2006).

A folyamatosan működő kortárs csoportok minden évben megújulnak, új tagokat toboroznak. A toborzás általában egy első interjúból, majd egy azt követő tréningből áll, ahol keretet kapnak a későbbi segítő működésük mibenlétére vonatkozóan.

Fontos, hogy a kortárs tanácsadást kategorizálni tudjuk a segítő kapcsolatok hálójában. Wiegiersma (1978) modellje szerint a segítés szintjei a következőképpen rétegződnek. A problémák és a hozzájuk kapcsolódó választási helyzetek, melyekkel az egyének

szembesülhetnek 5 szintre tagozódnak. Ezek mindegyike egyben meghatároz egy bizonyos típusú segítői kapcsolatot is. Az első szinten a döntés meghozatalához a kliensnek csupán információra van szüksége, a választási lehetőségek közül kell választania, tájékozódnia. A második szinten az információon kívül a választáshoz szükséges szempontok, célok, értékek is hiányosak, ezek átbeszélése után lesz képes a kliens döntést hozni. A harmadik szinten a kliens vágyai gyakran nem reálisak, belső konfliktusok gyötrik. A negyedik szinten a kliens elvárásai nem reálisak, viselkedése védekező, neurotikus problémák is felmerülnek. Végül az ötödik szinten a személyiség dezorganizáltsága is akadályozza a klienst a választásaiban nagymértékben nehezített a valósághoz való alkalmazkodás. Jellemzően a második és harmadik szint az, amivel a pszichológiai tanácsadás foglalkozik (*Szenes és Katona, 2006*).

A kortárs tanácsadás során a felmerülő kérdésekhez kapcsolódó gondolatok és érzések megfogalmazása a cél. A célok és értékek tisztázása után a kliens már képes döntést hozni, meg tudja oldani a felmerült problémáját. Jellemző ugyanakkor, hogy néha a különböző alternatívák mérlegeléséből az is adódik, hogy egy bizonyos megoldás mellett való elköteleződés áldozatokkal jár. Ilyen megoldások elfogadásához szükséges lehet egyes, a kor sajátosságaihoz kapcsolódó normatív problémák megoldásában való jártasság. A leválás, a szülői háztól való eltávolodás nehézségei esetén látható például, hogy a függetlenedés pozitívumai mellett nagyobb felelősséget is kell vállalniuk a fiataloknak a saját életükhöz. Egy ilyen esetben a korbéli közelség, a megoldandó feladatok, melyekben a kortárs segítő osztozik a klienssel, sajátosan hitelesebb együttműködést eredményezhet, mint egy hallgató és egy szakképzett professzionális segítő között. Amennyiben mélyebb belső konfliktusokkal terhelt az egyén, irreális vágyakkal komolyabban terhelt problémák merülnek föl, a kortárs segítség már nem javasolt, inkább magasan képzett mentálhigiénés/pszichológiai tanácsadók bevonása szükséges (*Wiegersma, 1978, idézi: Szenes és Katona, 2006*).

A kortárssegítés, mint az önsegítés egy lehetséges formája

Az önsegítés a szociális tanulás révén megvalósuló segítségnyújtás. Úgy is tekinthetjük, mint az együttélés egy lehetséges új válfaját. Az önsegítő csoportokba olyan egyének tömörülnek, akik hasonlóan látják a kérdéseiket, problémáikat, osztoznak ezek terhében és megoldási lehetőségeikben (*Benkő, 2005*). Összefogva, egységbe tömörülve közösen találnak megoldást kérdéseikre. A kölcsönös segítségnyújtás, támogatás alapvető fontosságú szükségletük és normájuk (*Smith és Mackie, 2002*).

Meglehet ugyan, hogy a csoportfejlődés korai szakaszában tehetetlennek érzik magukat az adott problémával szemben, talán úgy is tűnik, hogy nincs mit kezdeni a kérdésekkel, később azonban megtalálják azokat a megoldásokat, amelyek által hatékonyabb lehet életvezetésük.

A csoportfejlődés szakaszairól Smith és Mackie ad részletes leírást. Anyagunkhoz szorosan kapcsolódik, hogy a hatékony kortárs segítőnek rendelkeznie kell a csoport vezetésének alapvető ismereteivel, így a csoportfejlődés szakaszaira vonatkozó tudása is biztos kell, legyen, hogy a megfelelői dinamikai szakaszban a megfelelő eszközt tudja alkalmazni a csoport céljának elérése érdekében.

A csoportfejlődés szakaszai a következők: 1. alakulás: a csoportfejlődés kezdeti szakaszában a tagok nyitottak egymás iránt, kapcsolódásokat keresnek, gyakori a kommunikáció a társas és feladatokhoz kapcsolódó függés.

A következő szakasz a kiforrás szakasza. A konfliktusok és viták megjelenése, érzelmi túlfűtöttség, a kooperációt segítő eszközeik még nem kellően kiforrottak, a komolyabb nézeteltérés esetén hevesebb viták várhatóak.

A normák kialakításának szakaszában már elmondható, hogy kialakult az összhang és egység érzése. A csoporttagok magukévá tették a csoport normáit, azokkal azonosultak. Megelégedettség és együttműködés jellemző.

A működés fázisában kezdődik meg az érdemi munka, együttműködnek a problémák megoldásában, a döntések meghozatalában. Kialakult a csapatszellem.

Végül a megszűnés, vagy újrászerveződés szakaszában a csoport vagy felbomlik, vagy új célokat keres az együttműködésben.

A kortárs segítők aktív szemléletformáló munkájukat csoporthelyzetben leginkább a csoportnormák kialakításának szakaszában, illetve attól kezdődően tudják kifejezni. Fokozott figyelmet igényel tehát ebben a szakaszban a kortárs segítők inter- vagy szupervíziója.

A fejezet önálló feldolgozását segítő kérdések

- 1) Milyen szinteken működhet tanácsadóként a kortárs segítő Wiegersma felosztása szerint?
- 2) Milyen célkitűzései lehetnek a kortárs segítő csoportoknak?

Irodalomjegyzék

- Benkő Zsuzsanna (2005): Bevezetés az egészségfejlesztésbe. In: Benkő Zsuzsanna és Tarkó Klára (2005, szerk.) *Iskolai egészségfejlesztés. Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez*. Szeged: Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. 13-27.
- Gerencsér Dóra (2012): A jövő segítői: A kortárs segítői tapasztalat szerepe a segítői identitás kialakulásában. In: Puskás-Vajda Zsuzsa, Melles Virág Írisz és Lisznai Sándor (2012, szerk.): *A kortárs segítés kultúrája, Kreatív és előremutató példák a hazai felsőoktatási intézményekben 2012-ben*. Felsőoktatási Tanácsadás Egyesület, Budapest. 45-51.
- Hegyi-Tóth Erika (2016): Lelki egészségvédelem a megváltozott munkaképességű fiatalok munkaerőpiaci integrációjában. In: Tarkó Klára és Benkő Zsuzsanna (2016, szerk.): *„Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége”: Szemelvények egy multidiszciplináris egészségfejlesztő műhely munkáiból*. Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged. 181.
- Smith, E.R. és Mackie, D. M. (2002): *Szociálpszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest
- Szenes Márta és Katona Miklós (2006). A kortárs segítés szerepe a diáktanácsadók működésében. In Lisznai Sándor és Puskás-Vajda Zsuzsa (2006, szerk.): *A felsőoktatási Tanácsadás Egyesület (FETA) első tíz éve*. Felsőoktatási Tanácsadás Egyesület, Budapest. 61–69.

III. A TESTMOZGÁS SZEREPE, JELENTŐSÉGE AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁSBAN

Lippai László

Az egészségmagatartás fogalma, egészségvédő és egészségkárosító magatartás orvosi és pszichológiai megközelítése. A testmozgás, mint egészségvédő és egészségkárosító magatartásforma.

A fejezet célja az egészségmagatartás fogalmának és jelenségének bemutatása, értelmezése, valamint a testmozgás, mint magatartásforma jellemzése. A fejezet témáinak részben önálló hallgatói munkát igénylő, részben szemináriumi feladatok segítségével történő feldolgozása hozzájárul ahhoz, hogy a két féléves kurzus végére a hallgató:

[TUDÁS]

- értse az egészségfejlesztés koncepcióját és behatóan ismerje az egészség holisztikus és szalutogenetikus megközelítését, valamint azonosítsa az egészségnevelés helyét, szerepét az egészségfejlesztésben és az egészséges életmód kialakításában
- átfogó ismeretekkel rendelkezzen az egészségfejlesztők feladatairól, azonosítsa az egyetemi kortárs csoportvezetők feladatait a testmozgásfókuszú egészségnevelés vonatkozásában

[KÉPESSÉG]

- képes legyen hiteles és meggyőző csoportos tájékoztatót tartani az egészség, mint erőforrás értékéről, az egészségfejlesztés koncepciójáról, valamint az egészséges életmód jelentőségéről
- képes legyen csoportvita beindítására alkalmas, szakszerű kérdéseket felvetni az egészség, egészségfejlesztés, és az egészségfejlesztő céllal végzett testmozgás vonatkozásában

[ATTITÚD]

- a kortárs csoportban végzett egészségnevelő munkája közben elkötelezett legyen az egészség értékének képviselője iránt,

[AUTONÓMIA ÉS FELELŐSSÉG]

- készen álljon arra, hogy a hallgatói öntevékeny csoportok egyes foglalkozásait oktatói szupervízió mellett előkészítse, önállóan megvalósítsa, majd oktatói segítségével kiértékelje és tovább folytassa a következő foglalkozás előkészítését

Egészségmagatartás fogalma, megközelítései

Az egészséggel – betegséggel kapcsolatos viselkedésformák, ahogy azt Kasl és Cobb (1966) mértékadó tanulmánya bemutatta, három nagyobb kategóriába sorolhatóak. Egyrészt azonosítanak egy olyan kategóriát, ahová a testi betegségek megelőzésére szolgáló szokásokat, magatartásformákat sorolják (pl. egészséges táplálkozás vagy a rendszeres mozgás). A következő kategória azokat a megbetegedéshez köthető magatartásformákat foglalja magába, melyek akkor jelentkeznek, amikor azt gyanítjuk, hogy valamilyen egészségi problémánk van (pl. orvoshoz fordulás). A koncepció harmadik kategóriáját a betegszerephez kapcsolódó magatartásformák alkotják, azok, melyek már a fizikális egészségi állapot javulását célzó egyéni viselkedést foglalják magukba (pl. a gyógyszerek vonatkozásában mennyire tartja magát a beteg az orvos által előírt adagoláshoz).

Matarazzo (1984) más szempontból, mégpedig az adott magatartás egészre gyakorolt hatása alapján alakítja ki kategóriarendszerét. Ennek megfelelően az egészséghöz – betegséghez kapcsolódó magatartásformák egy része közvetlenül is egészségkárosító, melyeket Matarazzo egyenesen viselkedéses patogéneknek nevez. Ilyen egészségkárosító magatartásforma lehet például a túlzott mértékű alkoholfogyasztás, az egészségtelen táplálkozás, a dohányzás, de a mozgásszegény életmód is (Matarazzo, 1984).

A második kategóriába pedig az egészségvédő magatartásformák kerültek, amelyeket Matarazzo viselkedéses immunogéneknek tekintett. Ebbe a körbe olyan közvetlen egészségnyereséggel járó szokásokat, viselkedésformákat sorolt, mint pl. az elegendő alvás, a szűrővizsgálati aktivitás, a biztonsági öv használata, a fogápolás, az egészséges táplálkozás vagy éppen az optimális mértékű megterheléssel együtt járó testmozgás (Matarazzo, 1984).

Az egészségvédő és -károsító magatartásformák jelentősége abban áll a fejlett társadalmakban végzett népegészségügyi kutatások szerint, hogy a vezető halálokok szignifikáns hányadában az egyéni egészségmagatartás jelentős szerepet játszik, miközben e magatartási tényezők megváltoztathatók és alakíthatóak lennének (Conner és Norman, 1996).

Fontos kiemelni, hogy Matarazzo megközelítése az orvostudomány (aktuális) állása alapján dönt arról, hogy mely magatartásforma egészségkárosító és mely magatartásforma egészségvédő. Ez, például a táplálkozás esetében, időről időre egészen szembetűnően és gyorsan változhat. Egészséges-e tojást, tejet, vajat, margarint vagy éppen sót fogyasztani? Az elmúlt években, évtizedben ezeknek az egyszerű, mindennapos élelmiszereknek a besorolása is oda-vissza változott, az éppen aktuális tudományos eredményeknek, vagy médiakampányoknak megfelelően.

Ezért lényeges Harris és Guten pontosítása, akik szerint nemcsak orvostudományi eredmények alapján, hanem pszichológiai alapon is érdemes egészségvédő magatartásról beszélni, ami „minden olyan viselkedés, amelyet a személy azzal a céllal végez, hogy védje, elősegítse vagy fenntartsa egészségét, függetlenül az általa észlelt egészségi állapottól és attól, hogy az adott viselkedés objektíven hatékony-e” (idézi *Kulcsár*, 2001. 30. o.). Kifejezetten érdekes, ahogy Harris és Guten 1979-ben publikált kutatásában az egészségügyi képzettséggel nem rendelkező laikusok vélekednek az egészségvédő magatartásról. Egészségvédőnek tekintik például a megfelelő étkezést (66%), az elegendő alvást (66%), a kellő mértékű pihenést (56,4%), az imádságot (47,5%), a testsúly ellenőrzését (47%), az elégséges testgyakorlást (46%), a nemdohányzást (41,1%) vagy a szabadidő szabadban töltését (33,7%) is (idézi *Kulcsár*, 2002).

Kasl és Cobb (1966), Matarazzo (1984) és Harris és Guten megközelítésének tanulságait összegezve kijelenthetjük tehát, hogy az egészségmagatartás fogalma az összes olyan magatartásformát magában foglalja, amely az egyén egészségi állapotát befolyásolja (*Ogden*, 2007).

Az egészségmagatartás és a szociodemográfiai változók kapcsolata

Kulcsár Zsuzsanna (2002), elsősorban az egészségkárosító magatartásformák vonatkozásában, az alábbi összefüggéseket emeli ki. A *szocioökonómiai státusz* szempontjából, ami elsősorban a jövedelem, az iskolázottság és társadalmi hovatartozás kérdése, számos vizsgálat az mutatja ki, hogy az alacsonyabb státuszúak születéskor várható élettartama rövidebb (*Tarkó és Benkő*, 2017; *Kulcsár*, 2002; *Marks és mtsai*, 2000; *Ogden*, 2007). Ennek oka egyrészt az, hogy az egészségkárosító szokások gyakoribbak az alacsonyabb státuszúak közt, legyen szó akár dohányzásról, alkoholfogyasztásról vagy akár a mozgásszegény életmód gyakoriságáról. Emellett kevésbé vannak arról meggyőződve, hogy az egyén aktívan képes befolyásolni a saját egészségét, és kevesebb tárgyi tudásuk van a kockázati tényezőkről (*Kulcsár*, 2002).

Az életkornak, különösen a magzati korban, a csecsemőkorban és a kisgyermekkorban szerzett tapasztalatoknak, hatásoknak szintén fontos szerepe van az egészségkárosító magatartásformák kialakulásában (*Kulcsár*, 2002; *Ogden*, 2007). E szakaszok fontosságát elismerve, jelen fejezetünk célja szempontjából mégis az adolescens kor egészségmagatartási kockázatainak jellegzetességeit taglaljuk részletesebben. Ez az életkori szakasz kritikus az egészségkárosító magatartásformák szempontjából. Számos, potenciálisan kockázatos magatartásforma ekkor jelenik meg: legyen szó akár a dohányzásról, alkoholfogyasztásról,

droghasználatról, vagy éppen a nemi élet vagy az autóvezetés kockázatairól. Ebben az életkori szakaszban a vezető halálok a közlekedési baleset (*Kulcsár, 2002; Marks és mtsai, 2000; Ogden, 2007*).

Az egészségmagatartás szempontjából jelentősek a nemi különbségek is. A fejlett országokban a nők születéskor várható élettartama néhány évvel hosszabb, mint a férfiaké. Ennek hátterében nemcsak biológiai, főként genetikai és hormonális tényezők húzódnak meg, hanem viselkedéses okok is: például az, hogy a férfiak több alkoholt fogyasztanak, többet dohányoznak, több baleset éri őket, veszélyesebb munkahelyeken dolgoznak és veszélyesebb szabadidős tevékenységeket folytatnak (*Kulcsár, 2002*). Egy egészségvédő magatartásforma jellemző csak jobban a férfiakra, mégpedig az, hogy több testmozgást végeznek.

Tudatos és nem tudatos egészségmagatartás

Az egészségmagatartás tudatos aspektusa nem mindig konzisztens, pszichés hátterét az önkontroll folyamatok biztosítják (*Kulcsár, 2002; Lippai, 2012*). „Az önkontroll a self önmege ellenőrzésére irányuló erőfeszítése. Ez megnyilvánulhat abban, hogy egy személy megkísérli megváltoztatni azt, ahogy egyébként gondolkodik, érez vagy viselkedik” (*Muraven és Baumeister 2000, 247. o.*). Önkontroll szükséges ahhoz, hogy képesek legyünk hosszútávú célokat szem előtt tartani vagy ahhoz is, hogy folytatni tudjuk erőfeszítéseinket akkor is, ha az nem rögtön jár sikerrel vagy jutalommal. De ebbe a jelenségkörbe tartozik az aktuális, hasznos, vagy éppen fárasztó viselkedés közben kísértő vágyak, késztetések gátlása is.

Kijelenthető tehát, hogy „az önkontroll folyamatok úgy is értelmezhetőek, mint a kontrollált folyamatok egy nagyobb alcsoportja, ahol a self arra tesz erőfeszítést, hogy kontrollt gyakoroljon saját válaszai felett, és nem hagyja azokat a maguk automatikus vagy normál módján lezajlani” (*Muraven és Baumeister, 2000, 248. o.*). *Muraven és Baumeister (2000)* szerint az önkontroll az izomhoz hasonlítható. Amit az izmok működése esetében tapasztalunk, nincs másként az önkontroll vonatkozásában sem: korlátozott erő kifejtésére vagyunk képesek, használata közben elfáradunk, és utána regenerálódásra van szükségünk.

Az önkontroll tehát az önszabályozás egyik speciális formája, melyre akkor van szükség, ha erőfeszítéseket teszünk a viselkedésünk tudatos megváltoztatására, vagy ha érzelmi kitöréseinket szeretnénk kordában tartani, de alkalmazható külső-belső kísértéseknek való ellenállás esetében is (*Muraven és Baumeister, 2000*).

Muraven és Baumeister (2000) empirikusan is próbálta igazolni, hogy az emberek véges számú tevékenységet képesek egyszerre végezni, tehát az önkontrollra fordítható

energia is korlátozott. Azonban, a különböző jellegű tevékenységek kontrollálását végző folyamatok energiája egy helyről származik, tehát az önkontroll energiaigénye más folyamatoktól energiát von el. Ha valaki nem mutatja ki valódi érzelmeit (ami nagy energiákat igénylő önkontroll-folyamat), akkor lehetséges, hogy aznap este kevésbé tud ellenállni például egy dobostorta jelentette kísértésnek.

Az önkontroll folyamatokat tehát nem tudjuk folyamatosan működtetni, az önkontrollhoz szükséges energia hiánya esetében viszont a személy már nem tudja fenntartani a viselkedésváltozás szociálisan vagy az egyén számára kívánatos irányát. Ez az én-kimerülés állapota, amely annál gyakrabban lép fel, minél drasztikusabban és erőteljesebben törekszik valaki a viselkedésváltozásra (Muraven és Baumeister, 2000). Ebből adódóan, ha túl hirtelen és túl nagy változást kíván az egyén akaratlagosan elérni, akkor az egészségmagatartás és az egészséges életmód vonatkozásában is az én-kimerülés jelenségére számítani kell.

Leitring, Block és Funder (2005) más módon közelítik meg önkontroll kérdését. Ebben a modellben az önkontrollnak van egy optimális szintje, amelyhez képest az alul- és a túlkontrolláltság is értelmezhetővé válik. Ebben a modellben az egyik változó az „ego-kontroll”, mely kifejezés az impulzusok gátlására, kifejezésére vonatkozik. A másik tényező az „ego-rugalmasság”, ami az egyén külső hatásokra adott válaszaiban alakítja az ego-kontroll mértékét (Leitring és mtsai, 2005).

A nem tudatos egészségmagatartás alatt azt értjük, hogy „... a[z élő] szervezet az egészség fenntartása szempontjából hasznos körülményeket keresi” (Kulcsár, 2002. 35. o.). Igaz ez fizikális szempontból – pl. bizonyos ásványi anyagok megvonása után a kísérleti patkányok olyan táplálékok fogyasztását részesítették előnyben, melyek pontosan a megvont ásványi anyagot tartalmazta nagy dózisban (Marks és mtsai, 2000) – de igaz ez pszichés szempontból is – pl. a magas vérnyomásos betegek esetében azonosított, akár életmentőnek is tekinthető békétűrő magatartás, ami kivédi a vérnyomásemelkedést (Kulcsár, 2002).

A testmozgás, mint egészségvédő és egészségkárosító magatartásforma

A testmozgás, mint egészségmagatartási forma vonatkozásában az önkontroll jelenségének általában a mozgásszegény életmódot folytató egyének esetében tulajdonítunk jelentőséget. Annak ellenére, hogy a rendszeres, megfelelő intenzitású testmozgás fizikális előnyeit vagy éppen a közérzetre gyakorolt pozitív hatását számos vizsgálat és kutatás igazolja (ODPHP, 2008), szokásként a mozgás a felnőtt lakosság viszonylag kis hányadára jellemző. Pedig meggyőző tudományos eredmények igazolják azt, hogy a rendszeres fizikai

aktivitás csökkenti a szívkoszorúér megbetegedések, a stroke, a magas vérnyomás, a 2 típusú diabetes, a metabolikus szindróma, a vastagbél rák és a mellrák kockázatát; valamint elősegíti – különösen megfelelő táplálkozással kombinálva – az optimális testsúly megőrzését, javítja a kardiorespiratorikus rendszer és a vázizomrendszer fittségét. Továbbá, főként időskorban, hozzájárul az elesésekből fakadó sérülések megelőzéséhez, csökkenti a depresszió előfordulási arányát és elősegíti a kognitív funkciók megőrzését (ODPHP, 2008).

Mindazonáltal, az Európai Unióban átlagosan a nők 26,2%-a, a férfiak 35,7%-a teljesíti a WHO ajánlását a heti 150 percnyi mérsékelt intenzitású testmozgásra vonatkozóan (Lange és Jonas, 2017). A magyar lakosság kétharmada (67%) nem végez nagyobb intenzitású testmozgást naponta 10 percig sem. A felnőtt populáció 4,5%-a végez mindössze a hét minden napján testmozgást. Az izomerősítő, állóképességet javító gyakorlatokat teljes mértékben elhanyagolók aránya 76%. A mérsékelt intenzitású testmozgás vonatkozásában elmondható, hogy a felnőtt magyar népesség 85%-a legalább napi 10 percet gyalogol. Fél óránál többet azonban csak a felnőtt lakosság 47%-a gyalogol jellemzően. A kerékpározás vonatkozásában elmondható, hogy a magyar felnőttek 60%-a egyáltalán nem közlekedik ilyen módon, nagyjából 10% viszont napi rendszerességgel. E 10% több, mint fele napi átlagban kevesebb, mint 30 percet tölt kerékpározással (KSH, 2015).

Ha alakítani kívánunk a fenti szokásokon, az a tudatos egészségmagatartás részét képezi, és jelentős önkontrollt igényel. Mégpedig, Rosenbaum kifejezésével élve, átalakító – vagyis *reformatív* önkontrollt. Ebben az esetben is a végső cél az, hogy a kezdetben tudatos odafigyelést, reformatív önkontrollt igénylő magatartásforma bizonyos mértékig automatikussá váljon, melynek fenntartása szintén igényel erőfeszítést, de már jóval kisebb mértékben. Ezt a fajta önkontrollt Rosenbaum *helyreállító* („redresszív”) önkontrollnak nevezi (idézi Kulcsár, 2002).

Lehet-e a testmozgás egészségkárosító magatartásforma? A válasz sajnos az, hogy igen. A túlzásba vitt testedzést a viselkedéses addikciók egyik potenciális megnyilvánulási formájának tekinthetjük, melyre – minden más függőséghez hasonlóan – jellemző például a megvonásos tünetegyüttes (pl. hangulatingadozás, irritabilitás és alvászavar) megjelenése abban az esetben, ha a személy abbahagyja. A fő veszélye abban van, hogy a testedzés eluralja az egyén mindennapjait, tehát fanatikus módon az edzés körül forognak a gondolatai, eluralja érzéseit és viselkedését. Ebben az esetben, a túlzott mértékű sporttevékenység következtében jelentősen károsodik a személy testi, lelki, társas vagy egyéb más területet érintő működése (Demetrovics és Kurimay, 2008).

A fejezet önálló feldolgozását segítő kérdések

- 1) Mutassa be az egészségmagatartás jelentőségét, elemezze az egészségvédő és egészségkárosító magatartásformák közti különbségeket!
- 2) Milyen jelentősége van az önkontrollnak az életmódváltás szempontjából?
- 3) Elemezze a fizikai aktivitás, mint egészségmagatartás jellemzőit egészségvédő és egészségkárosító aspektusból!

Irodalomjegyzék

- Conner, M. és Norman, P. (1996, eds.): *Predicting Health Behaviour*. Open University Press, Buckingham, UK.
- Demetrovics Zsolt és Kurimay Tamás (2008): Testedzésfüggőség: a sportolás mint addikció. *Psychiatria Hungarica*, 23 / **2. sz.** 129–141.
- Kasl, S. V. és Cobb, S. (1966): Health behaviour, illness behaviour, and sick role behaviour: II. Sick role behaviour, *Archives of Environmental Health*, 12 / **4. sz.** 531–41.
- KSH (2015): Európai lakossági egészségfelmérés, 2014. *Statistikai Tükör*, 2015/29. 2015. április 30.
- Kulcsár Zsuzsanna (2002): *Egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Lange, C. és Finger, J. D. (2017): Gesundheitsverhalten in Europa – Vergleich ausgewählter Indikatoren für Deutschland und die Europäische Union. *Journal of Health Monitoring*, 2(2). DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-024 Robert Koch-Institut, Berlin. Letöltve: 2017. november 20.
- Letzring, T. D., Block, J. és Funder, D. C. (2005): Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of Research in Personality*, 39 / **4. sz.** 395–422.
- Lippai László (2012): Az egészséggel kapcsolatos döntések elemzése a lehetőségelmélet tükrében. In: Hámos Balázs, Vajda Beáta, Tóth László, Derecskei Anita, Prónay Szabolcs (szerk.): *Érzelmek és indulatok a gazdaságban: A gazdasági szereplők viselkedésének sajátosságai a döntésekben és folyamatokban*. Szeged: Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar, 322–345.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B. és Willig, C. (2000): *Health psychology. Theory, research and practice*. Sage Publications, London; Thousand Oaks; New Delhi.
- Matarazzo, J. D. (1984) Behavioral health: a 1990 challenge for the health sciences professions. In: Matarazzo, J. D., Miller, N. E., Weiss, S. M., Herd, J. A. és Weiss, S. M. (1984, eds): *Behavioral Health: A Hand-book of Health Enhancement and Disease Prevention*, Wiley: New York. 3–40.
- Muraven, M. és Baumeister, R. F. (2000): Self-regulation and depletion of limited resources: does self-control resemble a muscle? *Psychological Bulletin*, 126 / **2. sz.** 247–259.
- ODPHP (2008): *2008 Physical Activity Guidelines for Americans*. Office of Disease Prevention and Health Promotion, Office of the Assistant Secretary for Health, Office of the Secretary, U.S. Department of Health and Human Services. <https://health.gov/paguidelines/guidelines/>. Letöltve: 2017. november 10.

- Ogden, J. (2007): *Health Psychology: A Textbook*. 4th Ed. Open University Press. Maidenhead, England.
- Tarko, K. és Benko, Zs. (2017): Sociological Perspectives of education for Lifestyle Counseling Case of Szeged, Hungary. In: Nagla, B. K. és Srivastava, V. K. (2017, szerk.): *Globalisation, leisure and social change*. Rawat Publications, Jaipur. 186.

Osváth Viola

Testkép, énkép, önértékelés fogalma, jelentősége a testmozgás szempontjából

A fejezet célja, hogy az énkép, és hozzá kapcsolódóan a testkép alakulását megismertesse a hallgatókkal. Az önértékelés, mint az előző két fogalommal szorosan összefüggő tényező jelenik meg, majd a fejezet végén a testmozgással való összefüggéseket tárgyaljuk. A téma megértését az előadások mellett szemináriumi feladatokkal is segítjük, így a kurzus végére a hallgató:

[TUDÁS]

- ismeri a testmozgás jelentőségét az egészségmagatartás rendszerében, azonosítja az egészségfejlesztő céllal végzett testmozgás jellemzőit, és érti a testmozgás, mint egészségmagatartási forma szerepét az egészség holisztikus megközelítésében

[KÉPESSÉG]

- képes csoportvita beindítására alkalmas, szakszerű kérdéseket felvetni az egészség, egészségfejlesztés, és az egészségfejlesztő céllal végzett testmozgás vonatkozásában

[ATTITÚD]

- a kortárs csoportban végzett egészségnevelő munkája közben elkötelezett az egészség értékének képviselője iránt,
- az öntevékeny csoportban végzett tevékenységét kortársainak tisztelete és empátikus elfogadása hatja át
- tevékenysége során hitelesen képviseli az egészségfejlesztő célú testmozgás jelentőségét, egyúttal törekszik hallgatótársai empátikus elfogadására és autonómiájuk tiszteletben tartására

[AUTONÓMIA ÉS FELELŐSSÉG]

- a testmozgásra motiválás témájában, folyamatos oktatói szupervízió mellett szervez öntevékeny hallgatói csoportokat

Az énkép és a testkép szerepe a személyiség fejlődésében, az önértékelés alakulása

Önmagunk meghatározása, a társas környezetünkben, a világban való helyünk megtalálása feltétlen alapja az identitásunk kialakulásának (Erikson, 1963/2002). Nem tudjuk önmagunkat meghatározni anélkül, hogy ki ne alakulna az az érzés, hogy saját testünkben otthon vagyunk.

A testkép fogalma csak az elmúlt évtizedekben vált a pszichológia vizsgálatának tárgyává, azzal párhuzamosan, hogy a megjelenés, így a test is egyre hangsúlyosabb szerepet kap a társadalmunkban.

Az énkép egy olyan komplex rendszer, amely azt mutatja meg, hogy a személyiség hogyan határozza meg önmagát. Ennek alapjai az önmagunkról szerzett tapasztalatok, ismeretek. Az énkép teszi lehetővé, hogy elkülönítsük önmagunkat a külvilágtól, és ennek tudatában szabályozzuk a viselkedésünket. Az én egy belső kép saját tulajdonságainkról, társas szerepeinkről, múltbeli tapasztalatainkról, jövőbeli céljainkról, és nagyon fontos, hogy ez egy egészes képpé integrálódjon, amelyet önazonosság jellemez (Cole és Cole, 1998; Erdei és Fodorné, 2003; Kőrössi, 2004;).

A testkép a saját testről alkotott elképzeléseket, attitűdöket foglalja magába, illetve azt, ahogyan ezek élményszinten megjelennek bennünk. A testkép nagymértékben meghatározza az énképet és az önértékelést (Szabó, 2000). A mozgás és a testi tapasztalatok révén alakul ki a testről, a testhatárokról, a test képességeiről való tudás. A testkép azonban nem csak tudást, hanem a saját testhez fűződő érzelmi viszonyulást is tartalmaz (Gallagher és Cole, 1995; Erdei és Fodorné, 2003).

A testkép kialakulása egy összetett folyamat, melyben szociális tanulási folyamatok, a viselkedéses és érzelmi folyamatok fonódnak egybe. Cash 2011-ben közölt modelljében leírja mindazokat a tényezőket, melyeknek szerepe van a testkép alakulásában. Ezek a faktorok ráadásul cirkuláris oksággal kapcsolódnak egymáshoz (Lantos és mtsai, 2008).

Az egyik ilyen faktor a testtel, testi megjelenéssel kapcsolatos kulturális elvárások összessége (pl. testideál, diéták, edzésformák, divat), melyeket legerőteljesebben a média közvetít az egyének felé. Az interperszonális kapcsolatok szintén nagyon fontos szerepet játszanak a testkép alakulásában. Kezdetben a szűkebb család, a szülők visszajelzései, megjegyzései játszanak kulcsszerepet egy belső minta kialakulásában, a felnövekedés során azonban egyre inkább a tágabb környezet, kortársak, tanárok, ismerősök is folyamatos

elvárásokat közvetítenek, illetve visszajelzést arról, hogy az illető megjelenése mennyire vonzó, elfogadható.

Kisiskolás és serdülő korban a kortársak reakciói, illetve ha a felnőttek összehasonlítják őket, szintén nagy befolyással bírnak a testkép kialakulásában, mivel a saját test összehasonlítása a kortársakkal a legerősebb faktor a testkép alakulásában ebben a korban (Smolak, 2011).

A személyiség jellegzetességei közül a legfontosabb faktor az önértékelés. A pozitív önértékelés segít kivédeni a testképet érő negatív hatások következményeit, ugyanakkor, ha valakinek alacsony az önértékelése, az sebezhetővé teszi a testképét is, így még negatívabb testi önértékeléshez vezethet. Az énkép és a testkép alakulásában az egyik legfontosabb faktor tehát az önértékelés. Ugyanakkor ez nem egy egyirányú oksági viszony, hiszen az énkép alakulása befolyásolhatja az önértékelést is. A pozitív testkép általában magabiztossággal és hatékonyság érzéssel jár együtt interperszonális helyzetekben (Grogan, 2008). Azt is fontos felismerés volt, hogy amíg a magas önértékelés pozitívabb testképpel jár együtt, addig ez fordítva nem mindig van így. Kamaszkorban, például a testtel való elégedetlenség nagyon gyakran hamarabb jelentkezik, mint az alacsony önértékelés (Grogan, 2008). Azért fontos erre odafigyelni, mert a kialakuló önértékelés meghatározó lesz az iskolai teljesítményben és abban is, hogy felnövekedve mennyire lesz sikeres az egyén (Grogan, 2008).

A perfekcionizmus azáltal, hogy elérhetetlen testideált közvetít, szintén negatívan hat a testkép alakulására (Cash, 2011). Ha valakinél kialakul a negatív testkép, azaz elégedetlen a saját testével, az fokozza a negatív érzelmek megjelenésének veszélyét, különösen lányoknál (Ricciardelli és mtsai, 2003). Smolak (2011) ugyanakkor azt is leírja, hogy a negatívabb testkép magasabb szociális szorongással, és szociális versengési igénnyel jár együtt.

Az énkép és a testkép fejlődése

Az énről alkotott kép kialakulása egy aktív folyamat, melyben szerepe van a világról szerzett tapasztalataink és önmagunk észlelése mellett annak is, hogy önmagunkat hogyan helyezünk el a világban. Az énkép és a testkép a fejlődés során az identitás alapját adják, mivel a kettő együtt egy olyan komplex konstruktumot alkot, amely érzelmi, társas és fizikai szinten határozza meg a személyiségünket. Az én-élménynek szerves része a saját testről

alkotott elképzelésünk (Erdei és Fodorné, 2003; Kőrössi, 2004). Az én-fogalom a fejlődés során egyre komplexebb lesz, és jó esetben egyre integráltabbá válik. Vannak azonban olyan tényezők, melyek minden életkorban fontos szerepet játszanak. Ilyenek a külső megjelenés, a viselkedés, az interperszonális kapcsolatok, illetve a belső tulajdonságok, melyek az önjellemzés alapját adják a fejlődés bármely pontján (Cole és Cole, 1998; Erdei és Fodorné, 2003). A testkép és énkép fejlődésére vonatkozó longitudinális vizsgálatok hiányában a testkép és az aktuális tünetképződés kapcsolatáról vannak információink. Így pl. a negatív testkép és a depresszív vagy evészavaros tünetek megjelenése között találtak összefüggést (Grogan, 2008).

Fiatal felnőttkorra olyan énreprezentációk jönnek létre, melyekben a külvilágból átvett értékek már belsővé váltak, saját nézetekké alakultak a személyes tapasztalatok mentén, és így egy koherens énkép kialakulását teszik lehetővé. Ez az énkép már nem csak a jelenről szól, hanem jövőbeli célokat is magában foglal, illetve hosszú távú elköteleződést ez irányba. Ebben a korban már létre kell jönnie annak az integrációnak, amely lehetővé teszi, hogy árnyaltabb képet alakítson ki magáról, így akár egymásnak ellentmondani látszó tulajdonságokat is sajátjaként éljen meg. Ennek az árnyaltabb énképnek a kialakításához azonban mindenképpen szükséges egy támogató kortárs környezet, amely megerősíti a fiatalt. A fiatal felnőtt már viszonylag nagy autonómiával rendelkezik, önálló döntéseket tud meghozni, kortárs közösségét is megválaszthatja, így több olyan helyzetet élhet meg, melyek megerősítik az önértékelését (Cole és Cole, 1998; Erdei és Fodorné, 2003; Kőrössi, 2004).

A testkép, énkép és önértékelés szerepe testmozgás alakulásában

Scully és mtsai 1998-as tanulmányukban leírták, hogy már kisgyermek korban megfigyelhető a fizikai aktivitás és a testkép, illetve az önértékelés kapcsolata. Hatótényezőként a sportbeli kompetencia érzését, a fizikai állapotot, a vonzó testet és az erőt mutatták ki vizsgálatukban, ugyanakkor azt is leírták, hogy lényeges eltérés van nemek szerint a testkép és a testmozgás összefüggéseit tekintve. A nőknél hangsúlyosabb a vonzó megjelenés, míg a férfiak a koordinációt, az erőt és a gyorsaságot tartják szem előtt. A külvilág is különbözőképpen reagál a lányok és a fiúk testképére. A lányok főleg vonzóságukra, testi megjelenésükre kapnak megjegyzéseket, jó esetben pozitívokat, de nagyon sokszor negatívakat is. A fiúknak ezzel szemben inkább a testi teljesítményét értékeli (szintén nem csak pozitívan) a környezetük (Frisen és Holmqvist, 2010).

Az, hogy a lányoknál a külsőségekre kerül a hangsúly, azt eredményezi, hogy serdülőkorukban elkezdenek külső szemlélőként tekinteni testükre, és az esetek legnagyobb részében elégedetlenség alakul ki bennük saját testükkel kapcsolatban. Ennek az lesz az eredménye, hogy a testükről szégyenérzettel, szorongással gondolkodnak, aminek következtében csökken az önértékelésük. A testhez kapcsolódó negatív érzések következtében a serdülőkor végére nagyon gyakran lecsökken a lányok testi tudatossága is. A vizsgálatok azt is kimutatták, hogy serdülőkorú lányok, különösen a korábban érők, a testi változások megtapasztalásával egyidőben (testzsír növekedése, mellék kifejlődése) hajlamosak abbahagyni az addig végzett fizikai aktivitást (Abbott és Barber, 2011; Kimm és mtsai, 2002;).

Kimm és mtsai (2002) 10 éves longitudinális vizsgálatukban kimutatták, hogy fiatal felnőtt korra a lányok fizikai aktivitás szintje 83%-al csökkent. Ennek oka az lehet, hogy gyermekkorban még nem befolyásolja a testkép vagy az önértékelés alakulása a testmozgáshoz való viszonyt, de ez serdülőkorban megváltozik. A serdülőkori testi változásokra a lányok önértékelési és hangulati problémákkal reagálnak, illetve a média nyomására a súlynövekedéssel kapcsolatos féltelmek felerősödnek. 11 és 13 éves lányok vizsgálatából kiderült, hogy a negatív testi önértékelés szignifikáns kapcsolatot mutat a serdüléssel megváltozó testzsír arányával (Davison és mtsai, 2007).

Egy másik vizsgálatban Labbrozzi és munkatársai (2013) szintén 11 és 13 éves lányokat hasonlítottak össze. Ők azt találták, hogy a serdülőkor előtt álló lányok testi önértékelése szignifikánsan magasabb szintű volt, a fizikai aktivitásra való motivációjuk is fokozottabb, illetve jobban is élvezték a mozgást, mint a már kamaszkorban lévő társaik. A kapott eredményeket azzal lehet magyarázni, hogy a női test változásairól szegényes információik vannak a lányoknak, így a szorongásuk, szégyenérzetük erősödik ezek megtapasztalása kapcsán (Jackson és mtsai, 2013). Fontos tehát, hogy a serdülők, fiatalok ismereteinek bővítésével, testképének realizálásával segítsük őket abban, hogy ezek a negatív érzések csökkenjenek. Az is fontos, hogy a mozgás élményközpontú megközelítésével segítsük a fiatal lányokat, hogy a mozgás ne teljesítménykényszer, ne nyűg, hanem örömforrás lehessen számukra. A szülők, a család hatása ebben a fiatal felnőtt korra szinte teljesen eltűnik, viszont nagyon felerősödik a kortársak szerepe a mozgáshoz való viszonyban is (Jackson és mtsai, 2013). Fiatal lányoknál a kortárs lányok fizikai aktivitása és testsúlycsökkentő stratégiái szignifikáns kapcsolatot mutattak a saját fizikai aktivitásukkal (Frisen és Holmqvist, 2010).

Mivel a fiúk esetében a kamaszkorban meginduló fizikai változások (izmok növekedése, növekedés) abba az irányba hatnak, ami az ideális férfi alkathoz közelebbi, ezért azt gondolhatjuk, hogy náluk kisebb lesz a testükkel kapcsolatos elégedetlenség mértéke. Kostanski és Gullone azonban 1998-ban kimutatták, hogy serdülőkorban a saját testtel való elégedetlenség mértéke még a fiúknál is 40% volt (lányok esetében ez 80% lett). A lányokkal ellentétben a fiúk testtel kapcsolatos félelmei arról szólnak, hogy túl vékonynak látják magukat, és szeretnének erősebbek, izmosabbak lenni. A saját testtel való elégedetlenség mindkét nemnél alacsonyabb önértékelést, szorongást és depresszív tüneteket okoz (Kostanski és Gullone, 1998). Más vizsgálatok azt mutatták ugyanakkor, hogy a fiúk testképe alapvetően pozitívabb, mint a lányoké (Frisen és Holmqvist, 2010). A testi megjelenésnél talán még fontosabb is a fiúk esetében a teljesítmény (erőnlét, gyorsaság, állóképesség), melynek fejlesztésére a sport a legmegfelelőbb eszköz, illetve itt a versengési vágyukat is kiélhetik a fiúk. Nem meglepő adat tehát, hogy serdülőkorban a fiúk sokkal nagyobb arányban sportolnak, mint a lányok (Slater és Tiggemann, 2011).

A fiúk testképét vizsgáló összes tanulmány hangsúlyozza a sportnak, mint védőfaktornak a szerepét. A sportolás fiúknál magasabb önértékelést eredményez, emeli a kortársak közötti népszerűségüket (Olive és mtsai, 2012; Ricciardelli és McCabe, 2011).

A sport segítségével fejleszthető a testi erő, gyorsaság, kitartás, mozgékonyaság, rugalmasság és a koordináció is. Mindezek erősödésével nőhet a személynek mind a fizikai, mind a lelki kompetencia élménye, ezáltal pozitívabbá válik a testképe, énképe, és nő az önértékelése (Abbott és Barber, 2011).

A fejezet önálló feldolgozását segítő kérdések

- 1) Milyen összefüggést tud megfogalmazni a testkép, énkép és önértékelés között?
- 2) Milyen kölcsönhatásban van a testmozgás és a testkép alakulása?

Irodalomjegyzék

Abbott, B. D. és Barber, B. L. (2011): Differences in functional and aesthetic body image between sedentary girls and girls involved in sports and physical activity: Does sport type make a difference? *Psychology of Sport and Exercise*, 12 / **3. sz.** 333-342.

- Cash, T. F. (2011): Cognitive-behavioral perspective on body image. In: Cash, T.F. és Pruzinsky, T. (2011, eds.): *Body Image. A handbook of science, practice and prevention*. Guilford Press, New York. 39-48.
- Cole, M. és Cole S. R. (1998): *Fejlődéslélektan*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Davison, K. K., Werder, J. L., Trost, S. T., Baker, B.L. és Birch, L. L. (2007): Why are early maturing girls less active? Links between pubertal development, psychological well-being, and physical activity among girls at ages 11 and 13. *Social Science & Medicine*, 64 / **12. sz.** 2391- 2404.
- Erikson, E. H. (1963/2002): *Gyermekkor és társadalom*. Osiris Kiadó, Budapest
- Erdei Katalin és Fodorné Pogány Judit (2003): *Szemelvények a pszichológia témaköréből*. JGYF Kiadó, Szeged.
- Frisen, A. és Holmqvist, K. (2010): What characterizes early adolescents with a positive body image? A qualitative investigation of Swedish girls and boys. *Body Image*, 7 / **3. sz.** 205-212.
- Gallagher, S. és Cole, J. (1995): Body image and body schema in a deafferented subject. *Journal of Mind and Behavior*, 16 / **4. sz.** 369-389.
- Grogan, S. (2008): *Body Image. Understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. Routledge, London and New York.
- Jackson, L., Cumming, S. P., Drenowatz, C., Standage, M., Sherar, L. B. és Malina, R. M. (2013): Biological maturation and physical activity in adolescent British females: The roles of physical self-concept and perceived parental support. *Psychology of Sport and Exercise*, 14 / **4. sz.** 447-454.
- Kimm, S. Y. S., Glynn, N. W., Kriska, A. M., Barton, B. A., Kronsberg, S. S., Daniels, S. R., Crawford, P.B., Sabry, Z.K. és Liu, K. (2002): Decline in physical activity in black girls and white girls during adolescence. *New England Journal of Medicine*, 347 / **10. sz.** 709–715.
- Kostanski M. és Gullone, E. (1998): Adolescent body image dissatisfaction: relationships with self-esteem, anxiety, and depression controlling for body mass. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 / **2. sz.** 255-262.
- Körössy Judit (2004): Az „én” fogalma, az énejlődés elméletei. In: N. Kollár Katalin és Szabó Éva (2004, szerk.): *Pszichológia pedagógusoknak*. Osiris Kiadó, Budapest. 51-73.
- Labbrozzi, D., Robazza, C., Bertollo, M., Bucci, I. és Bortoli, L. (2013): Pubertal development, physical self-perception, and motivation toward physical activity in girls. *Journal Of Adolescence*, 36 / **4. sz.** 759-765.
- Lantos Katalin, Iván Eszter és Pászthy Bea (2008): A testkép és mérése. In: Túry Ferenc és Pászthy Bea (2008, szerk.): *Évészavarok és testképzavarok*. Pro Die Kiadó, Budapest. 299-316.
- Olive, L. S., Byrne, D. G., Cunningham, R. B. és Telford, R. D. (2012): Effects of physical activity, fitness and fatness on children's body image: The australian LOOK longitudinal study. *Mental Health and Physical Activity*, 5 / **2. sz.** 116-124.
- Ricciardelli, L.A., McCabe, M.P., Holt, K.E. és Finemore, J. (2003): A biopsychosocial model for understanding body image and body change strategies among children. *Applied Developmental Psychology*, 24 / **4. sz.** 475-495.
- Ricciardelli, L.A. és McCabe, M.P. (2011): Body image development in adolescent boys. In: Cash, T.F. and Pruzinsky, T. (2011, eds.): *Body Image. A handbook of science, practice and prevention*. Guilford Press, New York. 85-92.
- Scully, D., Kremer, J., Meade, M.M., Graham, R. és Dudgeon K. (1998): Physical exercise and psychological well-being: a critical review. *British Journal of Sports Medicine*, 32 / **2. sz.** 111- 120.

- Slater, A. és Tiggemann, M. (2011): Gender differences in adolescent sport participation, teasing, self-objectification and body image concerns. *Journal of Adolescence*, 34 / **3. sz.** 455-463.
- Smolak, L. (2011): Body images development in childhood. In: Cash, T.F. and Pruzinsky, T. (2011, eds.): *Body Image. A handbook of science, practice and prevention*. Guilford Press, New York. 67-75.
- Szabó Pál (2000): Testkép és testvázlat. In: Túry Ferenc és Szabó Pál (2000, szerk.): A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 59-76.

Prievara Dóra Katalin

A fiatal felnőttek egészségi állapota, egészséggel kapcsolatos tudatos magatartásuk hazai és nemzetközi viszonylatban

A fejezet célja a fiatal felnőttek egészségmagatartására vonatkozó hazai helyzetet bemutatni, illetve összevetni a nemzetközi tendenciákkal. A fejezet témáinak részben önálló hallgatói munkát igénylő, részben szemináriumi feladatok segítségével történő feldolgozása hozzájárul ahhoz, hogy a két féléves kurzus végére a hallgató:

[TUDÁS]

- ismeri a testmozgás jelentőségét az egészségmagatartás rendszerében, azonosítja az egészségfejlesztő céllal végzett testmozgás jellemzőit, és érti a testmozgás, mint egészségmagatartási forma szerepét az egészség holisztikus megközelítésében

[KÉPESSÉG]

- képes hiteles és meggyőző csoportos tájékoztatót tartani az egészség, mint erőforrás értékéről, az egészségfejlesztés koncepciójáról, valamint az egészséges életmód jelentőségéről
- képes csoportvita beindítására alkalmas, szakszerű kérdéseket felvetni az egészség, egészségfejlesztés, és az egészségfejlesztő céllal végzett testmozgás vonatkozásában

[ATTITÚD]

- tevékenysége során hitelesen képviseli az egészségfejlesztő célú testmozgás jelentőségét, egyúttal törekszik hallgatótársai empátiás elfogadására és autonómiájuk tiszteletben tartására

[AUTONÓMIA ÉS FELELŐSSÉG]

- készen álljon arra, hogy a hallgatói öntevékeny csoportok egyes foglalkozásait oktatói szupervízió mellett előkészítse, önállóan megvalósítsa, majd oktatói segítségével kiértékelje és tovább folytassa a következő foglalkozás előkészítését

A preventív és rizikómagatartás összehasonlítása, a fiataalkori problémaviselkedés szindróma bemutatása

Az egészségünket, a betegségek kialakulását és legyőzését nagymértékben befolyásolja az életmód, az egészséget erősítő vagy károsító viselkedésmódok, illetve szokások gyakorisága és az ezzel kapcsolatos döntések, melyek napjainkban egyre inkább belső irányítottaságúak (*Benkő, 2000*). Az egészséggel kapcsolatos magatartásformák a preventív és rizikómagatartás csoportjára oszthatóak (*Pikó, 2002*). A preventív egészségmagatartás azokat a viselkedései elemeket foglalja magába, amelyek célja az egészség megtartása, ilyenek például az egészségtudatos táplálkozás, a rendszeres fizikai aktivitás végzése, az évenkénti szűrővizsgálatokon/fogászati kontrollon való részvétel, a védőoltások beadatása. Ezen magatartásformák együttes megjelenése tovább csökkenti a rizikóprofil kialakulását (*Ufholz és Harlow, 2017*).

A rizikómagatartás az egészséget veszélyeztető, káros tevékenységeket tartalmazza, amilyen például a dohányzás, a drogfogyasztás, a nagyívás vagy a kockázatos szexuális magatartás, de az egészségre kockázatos magatartásformák közé sorolható az állandó rohanás, a rendszertelen életvitel, a nem kielégítő mennyiségű pihenés is. Az egészséget károsító magatartások veszélye az, hogy rövidtávon előnyöket nyújtanak: kellemes hangulatot idéznek elő, nyugtatóan hatnak, oldják a feszültséget és a szorongást. Az egészséget negatívan befolyásoló következmények csak később, hosszú távú használatuk során jelentkeznek. Kialakulásukban hangsúlyos szerepet játszik a mintakövetés, a kortársak, barátok és szülők egészségmagatartása, normarendszere.

Az egészséget károsító viselkedésmódok gyakran együtt fordulnak elő, az egyik megjelenését nagy eséllyel követi a többi is, és a rizikómagatartás egyfajta életmóddá alakul. Ezt nevezi Jessor és Jessor (1977) fiataalkori problémaviselkedés szindrómának, ami a fent említett, egészséget veszélyeztető tevékenységek mellett magába foglalja az agresszív, antiszociális viselkedést, iskolai beilleszkedési problémát, tanulási nehézséget és pszichés zavarokat egyaránt. A szindróma megjelenésének a pszicho-szociális tényezők hatása mellett genetikai-biológiai háttere is van. Kétféle megnyilvánulási formáját különítjük el (*Formoso, Gonzales, és Aiken, 2000*). A fiataalkori problémaviselkedés externalizációs fajtája életvezetési problémákban, antiszociális, normasértó és agresszív viselkedésben jelenik meg; az internalizációs fajtára a szorongás, a szociális visszahúzódás, az alacsony önértékelés és a depresszió megjelenése jellemző. Nemi összevetésben a fiúkra inkább jellemző a problémák externalizációja, míg ezzel szemben a lányokra általában a problémák internalizációja (*Bongers és mtsai, 2003*).

A magyarországi általános egészségi állapot jellemzői

Az Európai Unió statisztikai hivatala, az Eurostat 2009 óta ötévenként felmérést készít az uniós lakosság egészségi állapotáról, az előforduló egészségproblémák gyakoriságáról és a népesség életmódjáról. A 2014-es mérésben már Magyarország is szerepelt, az adatokat 15 éves és annál idősebb személyek szolgáltatták (*Európai Lakossági Egészségfelmérés*, 2014). Az eredmények alapján a magyar lakosság 89%-a legalább kielégítőnek tartja az egészségi állapotát, 58% értékelte jónak vagy nagyon jónak. Ez az elégedettség az életkor előrehaladtával azonban drasztikusan csökken, 75 év felett az egészséggel való elégedettség már csak a lakosság 14%-ára jellemző.

A hazánkban előforduló betegségek aránya magas, a lakosság 55%-a szenved valamilyen tartós, krónikus betegségben. A legelterjedtebb betegségnek a magas vérnyomás (a lakosság 31%-a érintett), valamint más szív- és érrendszeri megbetegedések számítanak. A mozgásszervi problémákban szenvedők száma is jelentős, a derék- vagy hátfájás előfordulása 21%, az ízületi kopásé 17%. A magas koleszterinszint a lakosság 11%-ánál fordul elő, míg cukorbetegségben 8% érintett, de a krónikus depresszió mértéke is eléri a 4%-ot a lakosság körében.

A felmérésben válaszadók 80%-a vélekedik úgy, hogy az egészségi állapota fenntartásában a genetikai és biológiai tényezők mellett az életmód is meghatározó tényező. Ebben a megítélésben fontos szerepe van azonban az iskolázottságnak: minél magasabb iskolai végzettséggel rendelkeztek a személyek, annál inkább gondolták úgy, hogy az életmódjuk alakításával saját maguk is felelősek egészségükért, megőrzéséért aktívan tenni tudnak. Ennek ellenére a különböző rizikómagatartások előfordulása, a szerfogyasztás magas mértékű.

A dohányzás gyakorisága kiemelkedő, amelynek mind az aktív, mind a passzív formája egyaránt szerepet játszik a daganatos megbetegedések mellett a szív-, érrendszeri és légzőszervi megbetegedések kialakulásában. A felmérés szerint a felnőtt lakosság 29%-a rendszeresen dohányzik, míg 5,4% nagyivónak nevezhető. A nagyivó kategóriájába azok kerülnek, akik a megkérdezést megelőző héten legalább egy alkalommal nagy mennyiségű alkoholt fogyasztottak. A nagyivás komoly rizikófaktornak tekinthető például a májzsugorodás, a stroke, a daganatos megbetegedések és akár a születési rendellenességek kialakulásában.

A fizikai aktivitás tekintetében nemcsak a munkavégzéshez kapcsolódik kevés mozgás (a lakosság majdnem fele ülő- vagy állómunkát végez), hanem a szabadidős tevékenységekhez egyaránt. A megkérdezettek 67%-a nem végez napi 10 perc mozgást sem, 76% az izomerőt és az állóképességet fejlesztő gyakorlatokat teljesen elhanyagolja. A mindennapos sportolást végzők aránya csak 4,5%. A kevés mozgás mellett további aggodalomra ad okot a lakosság körében a túlsúly mértéke. A 15-17 éves korosztályban a lányok 12, míg a fiúk 22%-a tartozik a túlsúlyos-elhízott kategóriába. 18-34 év között az arányok megnövekednek: a nők 23, a férfiak 71%-a túlsúlyos vagy elhízott. Az idősebb korosztályban a férfiak aránya közel azonos marad, a nőknél viszont az elhízás-túlsúly gyakorisága tovább emelkedik, 65%-ukra jellemző. Az elhízás több rizikótényezővel jár, a szív- és érrendszeri, a daganatos megbetegedések kockázatával, illetve cukorbetegség megjelenését is okozhatja.

A vezető népbetegségek (vagyis a szív- és érrendszeri, a daganatos, illetve az emésztőszervi megbetegedések) között tehát olyanok állnak, melyek kialakulásában az egészségtelen életmód kulcsszerepet játszik. Éppen ezért napjainkban rendkívül fontos az egészségtudatosság kialakítása már fiatal gyermekkortól kezdődően. Az egészségért való tudatos törekvés magába foglalja a rizikómagatartások csökkentését, az egészséges táplálkozást és a rendszeres testmozgást egyaránt, azaz a pozitív egészségmagatartási tevékenységek gyakorlását, valamint a különböző védőfaktorok, a szociális háló megerősítését is.

Az Európai Unió lakosságának egészségi állapota, összevetése a magyar eredményekkel

Az Európai Lakossági Egészségfelmérés (*European Health Interview Survey*, 2014) összesített eredményei alapján az egészségi állapot értékelése az unió 28 országára vonatkoztatva 67%-ban jó vagy nagyon jó minőségű, ami közel van a magyar átlaghoz (58%). Az uniós lakosságra is jellemző, hogy az egészségükkel való elégedettség az életkor növekedésével negatív kapcsolatban áll. Az elégedettség magas százalékának ellentmond azonban az a statisztikai adat, mely szerint minden harmadik 16 éves vagy annál idősebb lakos valamilyen tartós, krónikus betegségben szenved az Európai Unióban.

A szív- és érrendszeri problémák egész Európában megoldatlan helyzetet teremtenek, 37%-ban ilyen jellegű megbetegedés a halálok, ezt követik a rákos megbetegedések 26%-kal. A magas vérnyomást illetően a magyar lakosság körében mérhető a legmagasabb előfordulási arány (32%), míg az uniós átlagban lényeges különbség található az egyes életkori

csoportokban. Míg 25-34 év között a magas vérnyomás a lakosság 3,3%-ánál fordul elő, addig ez az érték drasztikusan megemelkedik a 75 éves vagy annál idősebbek korcsoportjában, ahol már 52%-os. A légzőszervi megbetegedések előfordulása is eléri a csaknem 8%-os mértéket.

Az egészségtelen életmód következtében az unió lakossága körében a túlsúly előfordulása 51,6%-os, azaz minden második ember túlsúlyos (a magyar átlag ennél valamivel magasabb, a 18 év fölötti lakosságban 55,2%). A cukorbetegség előfordulása azonban alacsonynak mondható, nem éri el a 2%-ot. A túlsúly mellett a fizikai inaktivitás is magas mértékű, a lakosság közel 50%-ára nem jellemző, hogy a munkaköréből adódó aktivitáson kívül testmozgást végezne.

A dohányzás szintén az egyik legkomolyabb egészséget veszélyeztető rizikófaktor az Európai Unióban. Majdnem minden ötödik felnőtt napi szinten dohányzik, különösen a férfiak, a fiatalok és az alacsony iskolai végzettségűek körében gyakori a dohányzás, aminek egyik következménye, hogy az EUROSTAT adatai szerint 2014-ben 272 000 fő halt meg tüdőrákban – a legtöbb Magyarországon, ahogyan a vastagbélrák következtében is hazánkban a legmagasabb a halálozási arány.

A különféle ráktípusok mellett a keringési rendszer megbetegedései a vezető halálokok az unióban, azon belül is az iszkémiás szívbetegség (az európai rangsorban Magyarország a 3. helyen áll). A harmadik leggyakoribb halálokok légzőszervi betegségekből adódik, mint például a krónikus alsó légúti megbetegedés vagy a tüdőgyulladás. Amiben európai szinten 2004-2014 között javulás mutatkozott, az a rák, az iszkémiás szívbetegség és a közlekedési balesetekre vonatkozó halálozási arányok, ezek csökkenő tendenciát mutattak a vizsgált időszakokban.

A preventív egészségmagatartás elemei

Védőfaktornak azt nevezzük, ami a káros egészségmagatartás kialakulásának megelőzésében segít. Ilyen protektív tényezőnek tekinthetjük például a vallás gyakorlását, a társadalmi tőkét (azaz a kapcsolatokban, a közösségben rejlő erőforrásokat), illetve a társas támogatást (Kovács, 2012). Szerepük az egészség megőrzésében és javításában talán még hangsúlyosabb, mint a rizikómagatartásoké, mivel azok sok esetben nehezen változtathatóak, például ha a kulturális háttér vagy a lakóhelyi környezet felelős a kialakulásukért. Ezzel szemben a védőfaktorok képesek lehetnek csökkenteni, akár semlegesíteni is a környezetből érkező, az egészséget egyébként negatívan befolyásoló hatásokat, segítenek a reziliencia, azaz

a rugalmas ellenálló képesség és a problémákkal való megbirkózás kialakításában, belső erőforrásként szolgálnak a nehézségekkel szemben. A felmérések azt mutatják, hogy a reziliencia erősítésére még felnőtt korban is nagy igény lenne, amiben a felsőoktatásnak kulcsszerepe lehet (Tarkó és Benkő, 2016). Szegedi egyetemisták körében végzett kutatás során a megkérdezettek 47%-a vallotta magát mentálisan egészségesnek, míg 42% önmagát sérülékenynek és 11% kimondottan veszélyeztetettnek (Tarkó, Lippai, és Benkő, 2016). A mentális egészség mögött olyan faktorok álltak, mint a család, barátok, lakhatási körülmények, egészségi állapot, tanulás és munka, míg a pénzügyi helyzet negatív hatással bírt.

A család és a kortárs csoport a szerfogyasztást illetően nemcsak védőfaktor lehet, hanem kockázati tényező is. A közvetlen környezet, a releváns társas kapcsolatok mintaadó modellként működnek a szerfogyasztási szokásaikat illetően. Serdülők körében a társas együttlétek növelik az egészségkárosító magatartásformák megjelenését (Vajda, 2002), a vizsgálatok azt mutatják, hogy a kortárs csoport kimondottan ösztönözni tudja a fiatalokat a deviáns magatartásra (Ary és mtsai, 1999).

A családi, a szülői modell abban az esetben védőfaktorként funkcionál, és visszatartó erővel bír, amennyiben ez az otthoni környezet pozitív légkörű, szociális támogatást nyújt és mentes a szülő-gyermek konfliktusoktól. A biztonságos, elfogadó szülői háttér mellett a fiatalok számára könnyebb a problémákkal való megküzdés. A támogató szülői attitűd nemcsak a serdülők szerfogyasztási szokásait mérsékli, hanem hosszú távú hatással bír. A szülőkkel való jó kapcsolat és kötődés a fiatal felnőttek dohányzását, illetve alkoholfogyasztását is csökkenteni képes (Reczek és mtsai, 2017). Azonban ha a szülő-gyermek viszony sérül, ha a gyermek nem kapja meg a tőlük várt szociális támogatást, akkor felértékelődik a kortársak szerepe, viselkedésalakító modellje. A szülői támogatás és kontroll megléte csökkenti a fiatalok szerfogyasztását, míg a fentiek hiányában a deviáns kortárs csoportokhoz kötődő szerfogyasztás mértéke volt magas (Pereyra, és Bean, 2017).

A testmozgás szerepe a preventív egészségmagatartás kialakításában

Az egészséget illetően az egyik legerőteljesebb védőfaktornak a sporttevékenységek végzése tekinthető, amelyek hosszú távon befolyással bírnak a szervezetre fizikai és mentális szinten egyaránt. Számos vizsgálat bizonyítja, hogy a rendszeresen végzett testmozgás jótékony hatással van az egészségre és csökkenti a betegségek megjelenésének kockázatát. A rendszeres testmozgást végző fiatalok körében alacsonyabb a dohányzás megjelenése, a

táplálkozásuk egészségesebb, kevesebb pszichoszomatikus tünetről számolnak be és viselkedésük magabiztosabb (Keresztes, 2007). A szervezetben okozott jótékony változások mellett fontos pszichológiai hatásokkal is bír a rendszeresen végzett testmozgás: növeli az önbizalmat, segíti a pozitív gondolkodás kialakítását (Baker, Little, és Brownell, 2003), javítja a közérzetet és csökkenti a pszichoszomatikus tünetek megjelenését (Pluhár, Keresztes, és Pikó, 2004).

A fejezet önálló feldolgozását segítő kérdések

- 1) Melyek az egészségmagatartás elemei, miként szolgálják a betegségek kialakulásának megelőzését?
- 2) Miként tartja elképzelhetőnek javítani a fiatal felnőttek egészségmagatartását, a felelősségvállalást saját egészségükért?

Irodalomjegyzék

- Ary, D. V., Duncan, T. E., Biglan, A., Metzler, C. W., Noell, J. W., és Smolkowski, K. (1999): Development of adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27 / 2. sz. 41–150.
- Baker, C. W., Little, T. D., és Brownell, K. D. (2003): Predicting adolescent eating and activity behaviors: the role of social norms and personal agency. *Health Psychology*, 22 / 2. sz. 189–198.
- Benkő Zsuzsanna (2000): A családok életmódját meghatározó társadalmi tényezők. *Szenvedélybetegségek: Addictologia Hungarica*, 1, 54–58.
- Bongers, I. L., Koot, H. M., van der Ende, J., és Verhulst, F. C. (2003): The normative development of child and adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 112 / 2. sz. 179–192.
- Európai Lakossági Egészségfelmérés (2014) Statisztikai Tükör 2015/29. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf>
- Eurostat - European Health Interview Survey <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health>
- Formoso, D., Gonzales, N. A., és Aiken, L. S. (2000): Family conflict and children's internalizing and externalizing behavior: Protective factors. *American Journal of Community Psychology*, 28 / 2. sz. 175–199.
- Jessor, R., és Jessor, S. L. (1977): *Problem behavior and psychological development*. Academic Press, New York.
- Keresztes Noémi (2007): Ifjúság és sport. In: Pikó Bettina (szerk.): *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. L'Harmattan Kiadó, Budapest. 184–199.
- Kovács Klára (2012): Egyetemisták és káros szenvedélyek - Rizikó- és védőfaktorok a debreceni egyetemisták egészségmagatartásában. In: Dusa Ágnes Réka, Kovács Klára, Márkus Zsuzsanna, Nyüsti Szilvia és Sörös Anett (szerk.): *Egyetemi élethelyzetek Ifjúságszociológiai tanulmányok II*. Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen. 145–164.

- Pereyra, S. B., és Bean, R. A. (2017): Latino adolescent substance use: A mediating model of inter-parental conflict, deviant peer associations, and parenting. *Children and Youth Services Review*, 76 / 1-2 sz. 154–162.
- Pikó Bettina (2002): *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Akadémiai Kiadó, Budapest
- Pluhár Zsuzsanna, és Pikó Bettina (2003): A sport előfordulása és esetleges protektív hatása fiatalok körében. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 2003 / 4. sz. 26–29.
- Reczek, C., Thomeer, M. B., Kissling, A., és Liu, H. (2017): Relationships with parents and adult children's substance use. *Addictive Behaviors*, 65. 198–206.
- Tarkó Klára és Benkő Zsuzsanna (2016): Promotion of general resistance resources at the University of Szeged, Hungary. In: AEON (2016, szerk.): *AEON International Multidisciplinary Conference on Social Sciences and Arts*. Plovdiv: Aeon Eood. 80–86.
- Tarkó Klára, Lippai László, és Benkő Zsuzsanna (2016): Evidence-Based Mental-Health Promotion For University Students – A Way Of Preventing Drop-Out. *TOJET: Turkish Online Journal Of Educational Technology*, 2016. 07. 01. 261–268.
- Ufholz, K. E., és Harlow, L. L. (2017): Modeling multiple health behaviors and general health. *Preventive Medicine*, 105. 127–134.
- Vajda Zsuzsanna (2002): A társas kapcsolatok és a viselkedés fejlődése kisiskolás kortól serdülőkorig. In: Mészáros Aranka. (szerk.): *Az iskola szociálpszichológiai jelenségtudomány*. Eötvös Kiadó, Budapest. 147–163.

Tóth Erika

Egészségmagatartáshoz kapcsolódó döntések - pszichológiai jellemzők

A tanulmány tisztázza az egészségmagatartáshoz kapcsolódó döntések körét, az egyének pszichológiai motivációs rendszerét, céljait, azokat az egyéni jellemzőket, melyek az egészségfejlesztő döntések háttérében állnak. Betekintést enged a hiedelem és konfliktus modellbe.

A tanulmány témáinak részben önálló hallgatói munkát igénylő, részben szemináriumi feladatok segítségével történő feldolgozása hozzájárul ahhoz, hogy a két féléves kurzus végére a hallgató:

[TUDÁS]

- értse az egészségfejlesztés koncepcióját és behatóan ismerje az egészség holisztikus és szalutogenetikus megközelítését, valamint azonosítsa az egészségnevelés helyét, szerepét az egészségfejlesztésben és az egészséges életmód kialakításában
- átfogó ismeretekkel rendelkezzen az egészségfejlesztők feladatairól, azonosítsa az egyetemi kortárs csoportvezetők feladatait a testmozgásfókuszú egészségnevelés vonatkozásában

[KÉPESSÉG]

- képes legyen hiteles és meggyőző csoportos tájékoztatót tartani az egészség, mint erőforrás értékéről, az egészségfejlesztés koncepciójáról, valamint az egészséges életmód jelentőségéről
- képes legyen csoportvita beindítására alkalmas, szakszerű kérdéseket felvetni az egészség, egészségfejlesztés, és az egészségfejlesztő céllal végzett testmozgás vonatkozásában

[ATTITŰD]

- a kortárs csoportban végzett egészségnevelő munkája közben elkötelezett legyen az egészség értékének képviselője iránt,

[AUTONÓMIA ÉS FELELŐSSÉG]

- készen álljon arra, hogy a hallgatói öntevékeny csoportok egyes foglalkozásait oktatói szupervízió mellett előkészítse, önállóan megvalósítsa, majd oktatói segítségével kiértékelje és tovább folytassa a következő foglalkozás előkészítését

A döntések pszichológiai háttere: sztereotípiák, attitűdök és megváltoztatásuk

A döntések pszichológiai hátterének megértéséhez először is tisztáznunk kell azokat a jellemzőket, amelyek a sztereotípiákhoz vagy előítéletekhez kapcsolódnak, hiszen amikor döntési vagy választási helyzetbe kerülünk valójában a fejünkben lévő sztereotípiák és forgatókönyvek mentén kezdünk el először működni. Ahhoz, hogy megfelelő egészségfejlesztő szemléletű döntéseket tudjunk hozni, szükséges ennek a működésnek a tisztázása, az egyéneken való tudatosítása (*Atkinson és mtsai*, 1995).

Hétköznapi helyzetekben a sztereotípiáknak nincs negatív konnotációjuk, a szociálpszichológiában alapvetően, mint jelenséget, értéksemlegesen kezelik. Sőt sokszor kifejezetten hasznos a meglétük. Eddigi tapasztalataink alapján kialakítunk egy-egy személlyel, jelenséggel, helyzettel kapcsolatban egy sztereotípiát, sémát, egy forgatókönyvet, s amikor hasonlóval találkozunk, bekapcsol a fejünkben ez a meglévő „lenyomat”, mely követése során fellép a kognitív gazdaságosság, mint szempont. Amennyiben ezt a fejünkben lévő mentális reprezentációt követjük, tehermentesítjük magunkat, ugyanis nem szükséges a helyzet, vagy személy sok oldalról való megközelítése, az alapos információgyűjtés, és annak elemzése. Könnyen tudunk döntést hozni a jelenséggel való interakció során a felszíni jellegzetességek alapján.

A sztereotípiák tehát olyan sémák, amelyek elősegítik a gyors és hatékony adatfeldolgozást. Vitathatatlan a hasznuk, de sokszor félrevezetőek, és helytelen döntéseket hozhatunk a sztereotípiák mentén (*Smith és Mackie*, 2001). Probléma akkor merül föl, ha eddigi tapasztalatainknak ellentmondó jelentést hordoz az új helyzet, vagy személy. Ekkor szükséges a helyzet mély és árnyalt elemzése. Át kell alakítanunk a gondolkodási struktúránkat ahhoz, hogy jobban tudjunk alkalmazkodni, szisztematikusan információt kell gyűjtenünk az eddigi sémáinkba nem simuló jelenséggel kapcsolatban.

Amikor egészségfejlesztő szemléletváltás a célunk, valójában ezekhez a kognitív struktúrákhoz kell visszanyúlnunk és átformálnunk azokat. Ennek lehet információs megközelítése is, adatokat gyűjtünk, kognitív struktúránkat újrendezzük, de fontos számolnunk a jelenséghez kapcsolt viszony, attitűd, érzelmi komponenseire is. Valódi viselkedésváltozás akkor lehetséges, ha képesek vagyunk nem csak a kategorizációnkat, sztereotípiánkat, kognitív struktúránkat átalakítani, hanem az attitűdtárggyal való érzelmi viszony is tudatosul és megváltozik.

Ezen a ponton kell kitérnünk az attitűd fogalmára. Az attitűd a szociálpszichológiában valamihez való viszonyt jelöl. Kognitív, érzelmi és viselkedési komponensei vannak. Sokszínűek, társas tanulás során alakulnak ki, társas befolyásnak jelentősen kitettek, de sokszor meglehetősen nehezen változtathatóak (*Smith és Mackie, 2001*).

Amikor egészségfejlesztő döntéseket hozunk, vagy erre facilitáljuk kortársainkat, valójában az attitűdök és sztereotípiák, illetve a hozzájuk kapcsolódó, általuk működésbe hozott forgatókönyveink megváltoztatása a célunk. Ennek eszköze lehet az egyéni tanácsadás, vagy a csoportos konzultáció, ahol képzett szakember hatására változik meg a jelenséggel kapcsolatos hozzáállás, de létrejöhet kortárs segítség eredményeként, ahol a segítők, a vélemény- és viselkedésváltozásban közrejátszó fontos mások valójában inkább facilitátorai a változásnak.

A döntések háttérében mindig valamilyen változás elérésének igénye húzódik meg. Ez megközelíthető a problémamegoldás és az önszabályozott tanulás oldaláról is. Mindkét esetben axiomatikus kiindulást jelent a személy változás melletti elköteleződése, illetve a helyzet diagnosztizálásának képessége (*Watzlawick és mtsai, 1974*). Ez azért is nagyon fontos, mert az egészség maga is valójában, mint a problémamegoldásra és az érzelmek irányítására való képesség definiálható (*Benkő, 2005*).

A klasszikus döntéelméletek két szempontot vesznek figyelembe a döntéshozatal kutatása során. Az egyik szempont a hasznosság, a másik a valószínűség. Előbbi alatt azt értjük, hogy a személy mérlegeli az esemény bekövetkezése kapcsán a nyereség és veszteség kockázatát, milyen következménnyel jár számára az esemény bekövetkezése, a másik szempont szerint pedig az egyént az vezeti a döntésében, hogy az esemény bekövetkezésének mekkora a valószínűsége (*Engländer, 1978*).

Az egyének motivációs rendszerei

A modern személyiségmodellek köréből Henry Murray motivációs elmélete kapcsolódik a döntéshozatal, és egészségfejlesztő viselkedésváltozások koncepciójához. Három központi fogalom áll a motivált viselkedés háttérében. Ezek a szükséglet, a motívum és a környezeti ráhatás. Mindezek interakciója az, amely meghatározza a viselkedésben megnyilvánuló változást.

A szükséglet alatt olyan belső irányító erőt értük, amely a környezet tárgyaira vagy helyzeteire adott válaszokat határozza meg. Megkülönböztetünk elsődleges és másodlagos szükségleteket. Előbbiek valamilyen fiziológiás igény kielégítését szolgálják, biológiai szükségletek, az ember biológiai természetében gyökereznek. Utóbbiak, úgynevezett pszichogén szükségletek, humánspecifikus sajátosságokat hordoznak (*Carver és Scheier, 2006*).

A motívumok érzelmi felhanggal rendelkező ismeretkészletek, amelyek végső soron a viselkedésben jelennek meg, de alapvetően gondolatokban és elképzelésekben léteznek. A környezeti ráhatás olyan ingerfelvétel, mely valaminek a megszerzésére vagy elkerülésére való vágyat kelt. A pillanatnyi viselkedést az határozza meg, hogy melyik motívum intenzitása a legerősebb.

A következőkben ismereteket két olyan modellt, amely alapján bejósolható, hogy az egyén milyen eséllyel dönt az életminőség változtatása mellett: előbbi az egészséghiedelem modell névre hallgat, és Rosenstock nevéhez kapcsolódik, utóbbi az egészséghiedelem modell módosított változata, a konfliktusokat állítja középpontba, Janis és Mann neve fémjelzi. (*Kulcsár, 2002*).

Az egészséghiedelem modell szerint az orvos-beteg együttműködésből kiindulva azt vizsgálja, hogy a személy milyen mértékben észleli a betegség általi fenyegetettséget illetve hajlamot, hogyan vélekedik az egészségvédő akcióról milyen előnyöket vár ezzel kapcsolatban, esetleg ehhez kapcsolódóan milyen kockázatokat vesz figyelembe. A modell kitér továbbá arra is, hogy az egyén mennyire érzékeny és hogyan reagál a jelzésekre, érkezzenek azok akár a tömegkommunikációból, akár legyenek belső testi jelzések. A modell kitér arra is, hogy az egészségtudatos döntések meghozatala egyéb pszichológiai és demográfiai tényezőknek is függvénye. Nem emeli ki azonban azt a sajátosságot, miszerint az egyén maga aktív döntéshozó, s mint ilyen racionális és irracionális szempontok által egyaránt vezérelt. A modell nevét kibontva, a kérdés és a feszültség abban áll, hogy az egyén milyen mértékben vállal kellemetlenséget a jelenben az élet veszélyeztetésének jövőbeli vállalásával szemben. A konfliktushelyzet (jelen kellemetlensége vs. jövőbeli veszélyek) feloldása a racionális döntéshozatali képességet provokálja (*Kulcsár, 2002*).

E racionális döntésnek öt fázisát különböztetjük meg: a jelen viselkedés megkérdőjelezését, a kereső szakaszban az alternatív megoldások felkutatása, majd az alternatívák mérlegelését, és valamelyik amelletti elköteleződésen túl, az esetlegesen

felmerülő negatív visszajelzések ellenére is kitartást az elköteleződés mellett. Ebben az esetben az akarati élete arra fókuszál, hogy képes legyen a viselkedés fenntartására a környezet ellenállása ellenére is. A döntési folyamat bárhol megrekedhet, de a személy tovább is lendülhet a következő szakaszba.

Az észlelt stressz jelentősen befolyásolhatja a döntési folyamatot, hiszen a stressz miatt bekövetkező debilizáló szorongás, vagy kognitív hiba jelentkezhet. Három faktor meghatározó: a kockázat, a remény és az időnyomás. Kombinációjuk ötféle megküzdést tesz lehetővé, ezek: a konfliktusátélés teljes hiánya, olyan alternatíva keresése, amely kivédi a kockázatot, a konfliktus halogatása, vagy tagadása, kapkodó megoldáskeresés, illetve a vigilancia, amely szerint a nagyfokú stressz ellenére is a személy képes a racionális döntéshozásra, remény és problémamegoldás jellemzi (*Kulcsár, 2002*).

Amikor viselkedésváltozást szeretnénk eszközölni, figyelemmel kell legyünk az egyén elemi biológiai szükségleteire is. Amennyiben azok nem elégülnek ki, nehezen tudunk magasabb szinten működő szükségletek mentén a viselkedésváltozásba bekapcsolódni. Amíg valaki például nagyon éhes, könnyen lehet, hogy nem tud kellő nyitottsággal viszonyulni az egészséges táplálkozás olyan aspektusaihoz, amelyek a csökkentett kalóriabevitelt célozzák. Amennyiben azonban a meglévő biológiai szükségletek kielégülést nyernek, a magasabbrendű pszichológiai szükségletek hangjai is érvényesülni tudnak és a környezeti ráhatások, például egy kortárs csoport egészségmegőrző normája is be tud kapcsolni. Ennek eredményeképpen a viselkedésben is pozitív változás idézhető elő. Itt is, mint az egészségmagatartással kapcsolatos egyén területen nagyon fontos hangsúlyozni azt a szempontot, hogy az egyén igényeiből, szükségleteinek felméréséből kell kiinduljon a változás, ennek kapcsán a célkijelölés.

Ő maga aktív részese kell, hogy legyen szükségleteinek, erőforrásainak meghatározásában, ezekre épülhetnek olyan környezeti ráhatások, melyek alapján az eddigi sémái szerinti döntéseit megváltoztathatják, így egy egészségtudatosabb működésbe tudják átsegíteni.

A magasabb pszichológiai motivációk sokszínűek, jól tudunk építeni ezekre a pozitív szemléletű egészségmagatartás kiépítése során is. Néhány kiemelt fontosságú lehet az egészségfejlesztés terén. Ilyen például a teljesítménymotiváció, mely az egyénnek azt a szükségletét jelenti, hogy minél hatékonyabbá váljon, minél jobb teljesítményt érjen el az élete során.

Döntéseit úgy hozza, életét úgy szervezi, hogy önbecsülése a növekvő teljesítménnyel párhuzamosan növekedjen. Ehhez kapcsolódik az igényszint fogalma, mely azt takarja, hogy az egyén hogyan becsüli meg, hogy egy adott feladat elvégzése során, hogyan fog alakulni a teljesítménye. Ez lehet reális, irreálisan magas, vagy alacsony. Ahhoz, hogy egy testmozgásfókuszú egészségfejlesztő viselkedésváltozást tudjunk eszközölni, kell, hogy ismerjük a személy egyéni becsléseit, szükségleteit, igényszintjén e téren, illetve azt az attitűdöt, ami a viselkedésváltozás előidézésében jelen van.

Az igényszint és teljesítményszint viszonya kapcsán elmondható, hogy amennyiben az igényszint a teljesítményszint alatt marad, azt az egyén sikerként éli meg, ha az igényszint alatti az elért teljesítmény, akkor az egyén kudarcként éli meg, és nem motivált a további viselkedésváltozásra, illetve a változás iránti elköteleződése megingathatóvá válik. Sikerorientált viselkedés esetén az egyén tovább folytatja a viselkedésváltozást, a siker a céljai elérése felé tereli, növekszik énhatékonysága, feladat iránti elköteleződése, erősödnek önmegvalósító tendenciái. Kudarckerülő hozzáállás esetén a személy a büntetéstől, az eredménytelenségtől való félelmében inkább kerüli azokat a helyzeteket, ahol a teljesítményszintje az igényszintje alatt maradhat.

Az egészségmagatartás és egészséggel kapcsolatos pozitív attitűd kialakításánál különösen fontos annak ismerete, hogy a személy, aki a változás melletti döntését meghozta, vajon inkább sikerorientált vagy inkább kudarckerülő-e, hiszen eltérő eszköztárral, módszerekkel lehet a viselkedésváltozást a kétféle attitűd esetén megvalósítani.

A fentiek alapján látható, hogy a döntéshozás és a motiváció kérdése mennyire központi jelentőségű az egészségfejlesztésben, milyen szerteágazó kérdés. Ugyanakkor a kutatások azt is alátámasztják, hogy bár nagyon eltérőek az emberek a döntések kontextusától függően a hosszútávú kimenetek preferenciája szempontjából, mégis az egészség esetében legjellemzőbb az önkontroll, azaz az olyan út választása, ahol kezdetben többet kell befektetni, de később jóval nagyobb mértékben megtérül az erőfeszítés (Lippai, 2010). Ezért is fontos a kérdés alapos, sok irányból történő körüljárása.

A fejezet önálló feldolgozását segítő kérdések

- 1) Milyen egyéni és csoportos mozgásos megoldásokat javasolna azoknak a kortársainak, akik kudarcokba fulladnak és milyeneket azoknak, akik sikerorientáltak?
- 2) Hogyan mérné fel a viselkedésváltozásban elkötelezettek igény szintjét?

Irodalomjegyzék

- Atkinson, R. L.; Atkinson, R. C.; Smith, E. E.; Bem, D.J. és Nolen-Hoeksema, S. (1995) *Pszichológia*. Osiris, Budapest. 514-515.
- Benkő Zsuzsanna (2005): Bevezetés az egészségfejlesztésbe. In: Benkő Zsuzsanna és Tarkó Klára (2005, szerk.): *Iskolai egészségfejlesztés, Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged. 13-27.
- Carver C. S. és Scheier, M. F.(2006): *Személyiségpszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest
- Engländer Tibor (1979): *Bevezetés a leíró döntéshozatalba*. ÉVM TK, Budapest.
- Kulcsár Zsuzsanna (2002): *Egészségpszichológia*, ELTE Kiadó, Budapest
- Lippai László (2010): Az önkontroll jelensége magatartás-gazdaságtani és pszichológiai perspektívából. In: *Pszichológia*, 30 / 1. sz. 59-75.
- Smith, E.R. és Mackie, D.M. (2001): *Szociálpszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest
- Watzlavick, P., Weakland, J.H., Fisch, R. (1974): *Change. The Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. Norton, New York.

Jelen tananyag a Szegedi Tudományegyetemen készült az Európai Unió támogatásával.

Projekt azonosító: EFOP-3.4.3-16-2016-00014