

Milyen szerepre vállalkozhat az egészségnevelés a második évezredben?

Prof. Dr. Simon Tamás¹,
Prof. Dr. Székely Lajos²

¹Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Közegészségtani Intézet, Társadalomorvosi Csoport,
a Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület elnöke, a Magyar Rákellenes Liga elnöke

²a Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület elnökségi tagja

Változó világunk

A körülöttünk zajló gazdasági-társadalmi, informatikai-globalizációs átalakulásnak valamennyien szemtanúi vagyunk. Ez a világméretű átalakulás nem megy egyik napról a másikra, főként a kultúrában nem „fájdalmas” beavatkozások nélkül. Az átalakulás érinti az egészségügyet, az egészségvédelmet és az egészségnevelést is. Egy kis túlzással azt mondhatjuk, hogy *korunkban semmi sem állandó, csupán a változás*. Az állandó változás (fejlődés vagy leépülés) a gazdasági szférát éppen úgy érinti, mint a civilizációt, a kultúrát, a társadalmi életet, a népesség reprodukcióját, a „civilizációs” betegségek terjedését, az egészség értéként való elfogadását, stb.

Ebben a „változó világban” az *egészségnevelés* filozófiája (elmélete és gyakorlata) is változik: alkalmazkodik az új életfeltételekhez, megváltoztatja módszereit, segíti a népesség válságos egészségi állapotából való kilábalását, a reprodukciós folyamat súlyosan fenyegető veszélyének elkerülését, az életminőség javítását.

Változik az „élet” értelmezése

Napjaink közfelfogásában nincs egyezés arról, hogy *mi számít egészségesnek, ki és mi mértékben „illetékes” az egészséggel kapcsolatos döntésekben, meddig terjed az egyén és meddig a közösség (a társadalom, az állam) felelőssége*. Vannak, akik az egészség megőrzését és fejlesztését teljes egészében a társadalom (a politika) illetékességi körébe sorolják, de sokan vallják, hogy egészségéért „egyedül” az egyén felelős. Az első csoportba tartozók azzal érvelnek, hogy az egészség a nemzetgazdaság fejlődésének szükséges feltétele, ezért az egyének egészsége nemzeti erőforrás, így az egészség védelme és fejlesztése a *társadalom* kötelessége. Ugyanakkor mások az egészséget az *egyének tulajdonának* tekintik, annak megszerzését, fenntartását az egyéni döntés körébe utalják.

A két szélsőség között az egészségnevelés *az egészséget támogató környezet megteremtését, az egyén és közösség egészségükért vállalt felelősségének fejlesztését, az egészségük érdekében végzett közösségi tevékenységek támogatását* sorolja feladatkörébe.

Az egészségfejlesztési stratégiában az „*emberi élet*” fogalma nem csupán a biológiai létezésre szűkülő tartalmat takar, hanem felöleli a *mindennapi élet* egészét, az „emberi” létezését: így a pszichikus, spirituális és szociális létezés feltételrendszerét is. Az egészségnevelés szempontjából az „*élet*” az *egészséghez kapcsolódó, egymást feltételező fogalom*. Az egészség védelme így egyben az élet védelmét is jelenti, valamint az élet védelme elképzelhetetlen az egészség védelme nélkül.

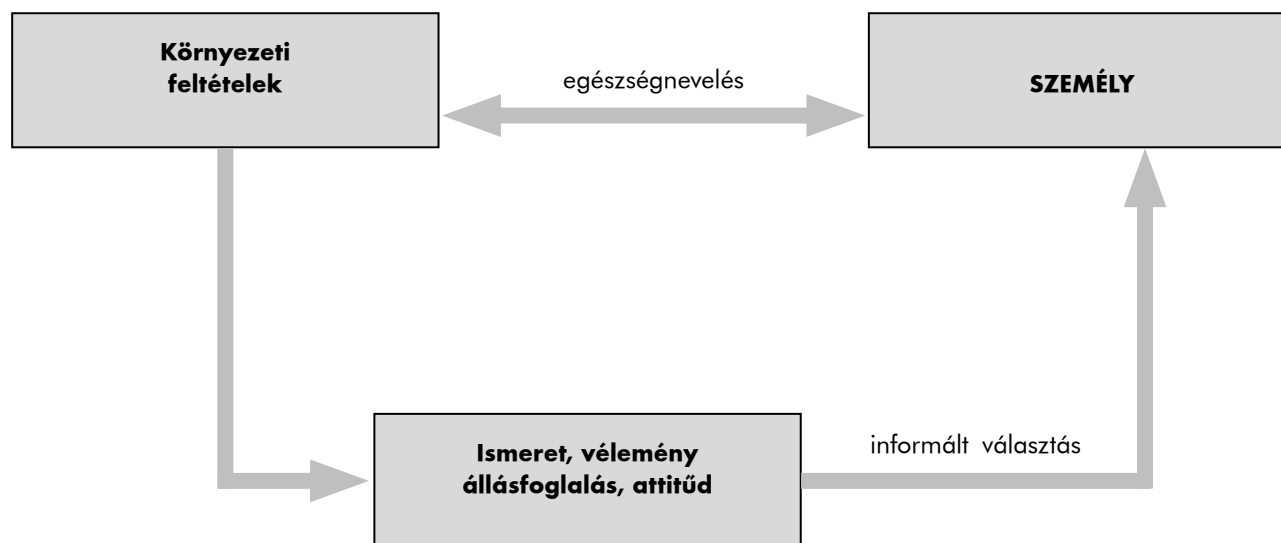
Változik az „egészség” fogalma

Ha végigtekintjük az *Egészségügyi Világszervezetben* és azon kívül folyó kutatásokat, világossá válik, hogy az „*egészség*” fogalmának meghatározása nagy viták tárgya volt. A szakmai rivalizálás hol az egyik, hol a másik fogalmi összetevőt hangsúlyozta, míg végül az ismert (bio-pszichoszociális) egészség-meghatározáshoz eljutottak. Az 1970-es években az egészségi „állapotot” („*state*”) az élet céljaként értelmezték, benne azzal a változatlansággal, amit az „*állapot*” (másként: helyzet, fennállás, mozdulatlanság, változatlanság) fogalom kifejez. Csak az 1980-as évek közepén javasolta az *Egészségügyi Világszervezet*, hogy ezt a koncepciót a *dinamikus* egészségfogalom váltsa fel: „*az egészség az élet forrása*”. Napjainkra ennél is tovább jutottunk. A közismert „*pozitív egészség*” fogalma szinte kiemelte az „egészséget” az egészségügy egyedüli kompetenciaköréből. A „*pozitív egészség*” ugyanis a medicina fogalomrendszerével aligha értelmezhető, mert a „*pozitív egészség*” az egészségnek inkább pszichikus, spirituális és szociális vonatkozásait, mint biológiai oldalát emeli ki. Eme egészségfogalom tartalmában olyan jegyek dominálnak, mint a jó közérzet, az életöröm, a megelégedettség, a kiegyensúlyozottság, a munkakedv, a kreativitás, a fittség, az alkalmazkodóképesség, a személyes hatékonyság, az önrendelkezés, az önfejlesztés, a szociális érzékenység, a kommunikációs kapcsolat, a problémák elviselésére való képesség, az egészséget érintő kérdések döntésében való részvétel joga, stb.

Alaptételünk az, hogy *az ember egészségét sok tényező befolyásolja*, így az *egyén* egészségvédő képessége, maga-

1. ábra

Az informált választást előkészítő egészségnevelés



biztossága, életmódjának önálló irányítási joga, törekvése az egészséget érintő döntésekben való részvételre; továbbá a társadalmi, gazdasági, politikai, szociális körülmények, a természeti és az épített környezet, a kultúra szintje, az egészségügyi és a szociális ellátás. Az egészség *funkcionális* fogalom, megvalósulása személyenként, életszakaszonként, életkörülményenként más és más.

Az egészség fogalmának folyamatos újraértelmezése az egészségnevelés számára azt jelzi, hogy az egészséget *dinamikus* változó életmódi elemként kezeljük, amely – bár az emberi élet minőségének elválaszthatatlan eleme – az emberi élet forrása, de *nem az emberi élet célja*. Az egészség – egészségnevelési megközelítésben – az egyén és a közösség számára *lehetőséget és képességet* takar az élet „erőforrásainak” kihasználására, az élet-teljesítményekre való alkalmasságra, és a *modus vivendi* (a boldogulás útjómódja) megválasztására. Ezért az egészség megtartása és fejlesztése érdekében az egyénnek felelősen, helyesen kell tudni *választania* a környezet számtalan tényezője közül, azaz képesnek kell lennie az egészség érdekében végzendő tevékenységre.

Mindebből adódik az *egészségnevelés új stratégiája*, amely pl. ilyen követelményeket takar: az egészségnevelő támogatja, segíti az egyéneket és a közösségeket egészségük érdekében vállalt tevékenységük sikeres végrehajtásában, megerősíti döntési felelősségérzetüket és az önálló irányításra való képességüket, felkészíti (serkenti, buzdítja, mozgósítja) az egyéneket és a közösségeket arra, hogy az egészségüket érintő ügyekben hallassák szavukat.

Változik az egészségnevelés filozófiája

Napjainkra megváltozott az élet és az egészség feltételrendszere, társadalmi, gazdasági, információs környezete, az egészség védelmének és fejlesztésének állami támogatottsága, és ezzel párhuzamosan megváltozott az emberek általános műveltségi színvonala, átalakult a civilizációs–kulturális kínálat, berobbant a tájékoztatásba a világ információs hálózatába való bekapcsolódás lehetősége. Mindennek közvetlen következménye az *egészségnevelés filozófiájának*: céljának, feltételeinek, elveinek és gyakorlatának *változása* is.

Az egészségnevelés filozófiai megközelítésének főbb irányai az alábbiak lehetnek:

1) Kognitív (ismeretközlésen alapuló) egészségnevelés („health information”)

Az ismeretközlő, „felvilágosító”, informáló jellegű egészségnevelés történetileg a legrégebbi olyan módszer, amely – célja szerint – az egyéneket és közösségeket az egészség kérdéseiről *informálja*; *rávezeti*, *aktivizálja*, *neveli-oktatja* az embereket az egészség megvédésére, ok-okozati összefüggésekkel érvel az egészség megőrzése, fejlesztése mellett; nevel továbbá a betegségek, balesetek, sérülések elkerülésére, az egészséges állapot örömteli megélésére; a beteg, sérült és fogyatékos embertársak iránti elfogadó és segítőkész magatartásra; a szexuális kultúra és magatartás elemeire. Megismerteti a személyi és tárgyi környezet védelmével,

a társadalom egészségi állapotának helyzetével, a társadalom reprodukciós gondjaival, a családi élet szociális-kulturális kérdéseivel.

Az egészségnevelésnek ez az „információs” formája azt kívánja elérni, hogy az egyes emberek, illetve a közösségek az egészség megtartása, illetve fejlesztése érdekében helyesen válasszanak, az egészségükkel kapcsolatos döntéseikhez kellő informáltsággal rendelkezzenek, azaz választásuk informált választás legyen. (1. ábra)

Ez az informált választást elősegítő „felvilágosítás” két-ségkívül más, mint az ötvenes évek „egészségügyi felvilágosítása”: más a személyek kulturáltsága (iskolázottsága), amelyre az információ meggyőző ereje épül, más az „információáradat”, amely az embereket körülveszi, mások az önellenőrzési, önvizsgálati (öntesztelési) lehetőségek, amelyek az információ kontrollját képezik. A legtöbb kritika azért érte az egészségnevelést, mert tevékenységének alapját biomedicinális alapelv képezte, amely a rizikótényezők kivédésére irányult és szabályozási, követelményi kényszer alkalmazott, hiányzott belőle a társadalmi, szociális kapcsolatok rendszere. *Mindezek ellenére hiba lenne ezt az egészségnevelési módszert elvetni, azzal az indoklással, hogy az ismereteket közlő stratégiák ma már korszerűtlenek, eredménytelenek.* Az egészségfejlesztésen belül szükség van az informatív egészségnevelésre az egészség és a betegség környezeti, gazdasági, szociális ok-okozati összefüggéseinek tudatosítása érdekében.

2) Magatartást alakító egészségnevelés („health education”)

Az egészségpedagógiai irányzatú egészségnevelés a viselkedés változtatására épül, az egészségvédő képességek kialakítását célozza, az egészségmagatartás követelményeit gyakoroltatja. Fő tevékenységi területe – az egészségi tanácsadás mellett – a problémahelyzetek elemzése, meghatározott helyzetekben követendő viselkedés gyakorlása, kommunikációs és együttműködési kezdeményezés, magabiztossági tréning; a káros függőséghez vezető szokások kialakulásának megelőzése; krízishelyzetbe jutottaknak nyújtandó segítség. (2. ábra)

Az egészségnevelésnek ezt az irányzatát elsősorban az oktatási-nevelési intézményekben és a művelődésügyben találjuk meg. Mai formáját a viselkedélmélet alakította ki, azt tételezve, hogy ha a viselkedést megváltoztatjuk, megváltozik vele együtt a „mögöttes” vélekedés, nézet, meggyőződés és állásfoglalás (attitűd) is.

A magatartásalakítás a megelőzést szolgálja, célul tűzi ki az egészségre káros szokások elkerülését, a veszélyhelyzetben való viselkedés elsajátítását (krízisintervenciót). Módszerűen az egészségnevelés e preventív szemléletű formája a problémamegbeszélést, a viselkedésgyakorlást, a feladatteljesítést, az érdekérvényesítő tréninget, valamint a szociális érzékenységi tréninget választja. *Ezt az egészségnevelő modellt azzal vetik el, hogy „a rábeszélő stratégiák dominanciájának kora lejárt, hatásszáguk önmagukban egyre jelentéktelenebb”.*

Nem valószínű, hogy az egészségnevelés viselkedést be-

folyásoló módszere kiiktatható a neveléstudomány módszertárából, az egészséges életmódra nevelés kompetenciájából. Minden bizonnyal a „rábeszélés” alatt a stratégia „üres” szövegek hangoztatását érti, és nem vonatkoztatja a korszerű ismereteken alapuló „meggyőzésre”. *Más szóval: a magatartás változtatását célzó filozófia továbbra is az egészségpedagógia gerincét alkotja, amely generációk hosszú sorát vezet el az egészség melletti döntéshez és az egészségmagatartáshoz.*

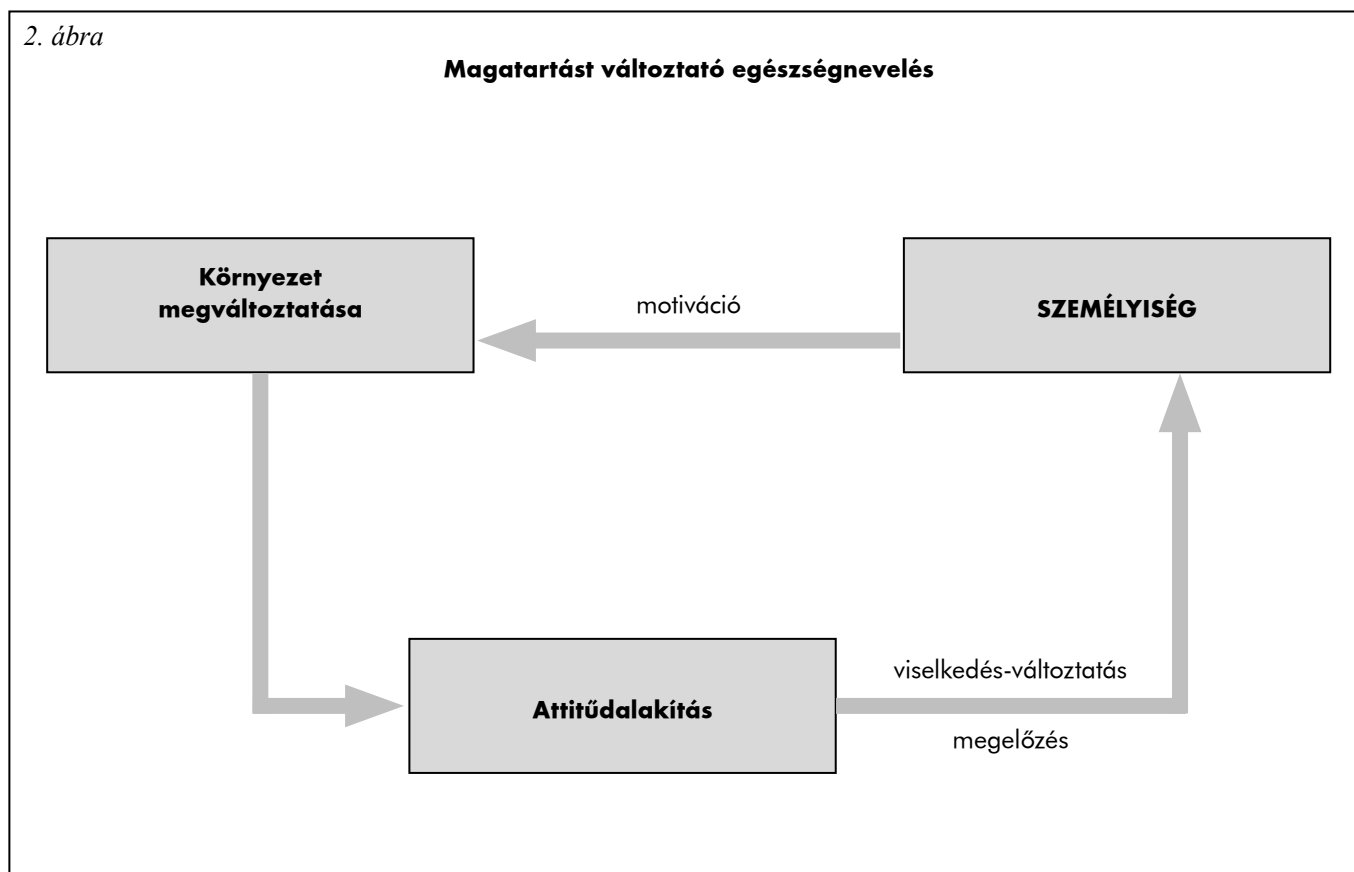
2.1. Személyre szóló (személyes) egészségnevelés, azaz egyéni tanácsadást tartalmazó tevékenység, amelyben az egészségnevelő a személyt arra *facilitálja* (ösztönzi, serkenti, biztatja, segíti), hogy előző élettörténetét tekintse át, vizsgálja meg az életmód változtatásának lehetőségeit, és közösen tervezzék meg a döntést, valamint a végrehajtás lépéseit (*önismereti, önfejlesztő „self-help”, önszolgálat*).

2.2. Közösségben végzett („közösségre orientált”) egészségnevelő tevékenység, amelynek során azonos érdekeltségű, hasonló körülmények között élő emberek közösen lépnek fel (kölsönös segítség keretében) egészségi helyzetük jobbítása, egészségi hátrányuk megszüntetése érdekében. Az ilyen közösségi egészségvédő tevékenység tárgya lehet: a környezet védelme, az egészségfejlesztő mozgáslehetőség fejlesztése, gyermekjátékterület kialakítása, fásítás, virágosítás, az egészségügyi szolgáltatás átszervezése, egészségügyi beruházásokra tett javaslat, stb. („*mutual help*”, *kölsönös segítségnyújtás*).

A közösségben végzett egészségnevelés tartalmi megfogalmazására az Európai Unió az „*empowerment*” (*empower* = felhatalmaz, feljogosít, felruház, képessé tesz) fogalmat ajánlotta, amelyre talán magyar kifejezés még nem született. A fogalom ugyanis azt takarja, hogy *az egészségnevelés célja életre kelteni (facilitálni) olyan önként alakuló közösségeket, amelyekben*

- a közösségnek önrendelkezési joga van,
- amely politikai, egészségi tájékozottságra törekszik,
- részt kíván venni az egészséget érintő döntésekben,
- hallatni kívánja hangját a környezetet érintő egészségügyi, egészségügyi ellátási, szociális, sportolási és minden más olyan kérdésben, amely az egyes emberek, illetve közösségük egészségét érintik,
- amely kezdeményezőleg lép fel az egészséggel kapcsolatos feladatok megoldásával, a helyi környezet változtatásával kapcsolatban,
- az illetékes szervekkel (a hatalom birtokosaival) nyílt vitát kezdeményez az egészségvédő feladatok megoldására, saját szükségleteit kifejezésre juttatja, érdekképviseleti funkciót vállal fel,
- öntevékenysége során szakértők közreműködésére támaszkodik,
- tevékenységéért vállalja a felelősséget.

Az így megalkotott fogalom („*empowerment*”) több olyan elemet takar, amely a hagyományos egészségnevelésben már polgárjogot nyert, pl. felelősi a pozitív egészség megvalósítását, a személyes hatékonyságot (*asszertivitást*), az önszolgálati és kölsönös segítő funkciókat (a „*self-help*” és a „*mutual help*” fogalmát), a közösségekben való kijárást, a tanácsadást, stb.



Az egészségnevelés a közösségfejlesztés területén az empowerment módszerével megújítja tartalmi és módszertani eszköztárát, így pl. az eddig is működő lakótelepi, lakókörnyezeti, környezetvédő, szociális segítő közösségek (egyesületek, bizottságok, társadalmi szerveződések) munkáját megerősíti, s az egészség prioritásának védelmére, az öntevékeny közösségi együttműködésre (akciókra, ellenőrzésre, korrekcióra, alkotásra) facilitálja. Figyelembe kell venni azonban, hogy az egészségre orientált közösségeknek csak kis része válik tartóssá, legnagyobb részük a „szükséglet kielégítése” után, a jogosultság elismerésével, az egészségfejlesztési cél elérése után „kialszik”, tagjai változnak. (Még az óvodai és iskolai szülői közösségek is váltják tagjaikat.)

3) Szervezett (kiscsoportos) egészségnevelés, egészségtan- oktatás

Az óvodai és iskolai nevelés-oktatás keretében szervezeten folyik, ellenőrzött formában ismereteket és viselkedési előírásokat közöl, minimális egészségkultúrális viselkedési szabályokat ír elő (egészségre való oktatás). Az iskolai egészségnevelés „eredménye” ellenőrizhető; a tanulók egészségvédő tudása és magatartása minősíthető (osztályozható) és a személyiségfejlesztés keretében megalapozó jelentőségű. Az egészségtan-oktatás revíziója és az egészségtan-tanárok képzésének korszerűsítése napirenden álló társadalmi feladat.

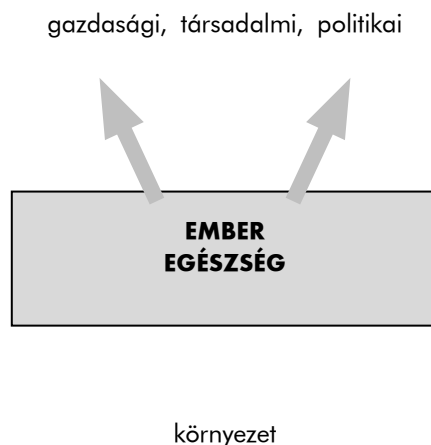
4) Humánökológiai irányultságú egészségnevelés

Az egészségnevelés humánökológiai megközelítése az embernek az élettelen és élő környezettel való kölcsönhatására épül. A humánökológiai irányzat *holisztikus szemléletű*, azaz az embert a maga teljességében: testi, lelki, szellemi, szociális egységében, a természetes és mesterséges környezettel, valamint a társas-társadalmi környezettel kölcsönhatásban vizsgálja.

A humánökológiai orientációjú egészségnevelés az egészségvédelem, az egészségfejlesztés bázisát a társadalmi, gazdasági, politikai tényezőkben látja. Kiindulópontja az, hogy az életfeltételek döntően kihatnak az egészségre. Utal arra, hogy az egyes társadalmi csoportok között jelentős egészségbeli különbségek mutathatóak ki, és az egészségben mutatkozó egyenlőtlenségek gazdasági-társadalmi okokra (szegénység, munkanélküliség, kisebbségi lét) vezethetőek vissza. Ebből adódóan az egészségnevelés újabb feladata az, hogy *fokozza az egészséghez, mint erőforráshoz való hozzájutás esélyét*. Abból az alaphelyzetből indul ki, hogy *az egyéneknek az adott élethelyzetben kell élniük*, és hatalmas erőfeszítéssel kell szembenézniük a változó környezet kedvezőtlen hatásaival. A globalizációval együtt járó problémahelyzeteket el kell viselniük (tolerancia), a megváltoztatásra fel kell készülniük, emberi jogukat meg kell védeniük. Az egyéni életkörülmények megváltoztatásához, az egészségi feltételek javításához az egészségnevelőnek az egyéneket és közösségeket egészségpolitikai tájékoztatással kell segítenie,

3. ábra

Ökológiai orientáltaságú egészségnevelés



hiszen az életminőséget és az egészségüket érintő döntésekben támogatást várnak. Az egészségnevelés újszerű feladata a jogosultság felismertetése, az egészségre való esély biztosítása (főleg azoknál a csoportoknál, amelyek eddig beleszólással nem rendelkeztek vagy visszahúzódtak). (3. ábra)

Ez az irányzat figyelembe veszi, hogy a gazdasági (választási) lehetőségek eléggé beszűkültek, így a tanácsadás is behatárolt. Módszerként az *öntevékenységre, a jogi tájékoztatásra* (a jogok ismertetésére) és az egészségi állapot önellenőrzésére, öntevékeny tréningezésére való mozgósítást választja.

5) Kooperációs irányultságú egészségnevelés

Az egészségnevelés sajátos megközelítése az *együttműködésre alapuló egészségfejlesztés*. A szemlélet abból indul ki, hogy az egyének és közösségek egészségéért vállalt felelősség az államon (kormányon) és az egyes embereken együttesen múlik. Kiemeli, hogy a kormánynak és az egészségügyben dolgozó szakembereknek jelentős a felelőssége az egészségi állapot javításában, a betegségek megelőzésében, illetve a betegellátásban. Az egészségnevelésnek ezért szoros kapcsolatot kell fenntartania a változó szervezetű egészségügyi szolgálattal, valamint azokkal a művelődési, közoktatási és sportintézményekkel, amelyek az egészségvédelmet szolgálják.

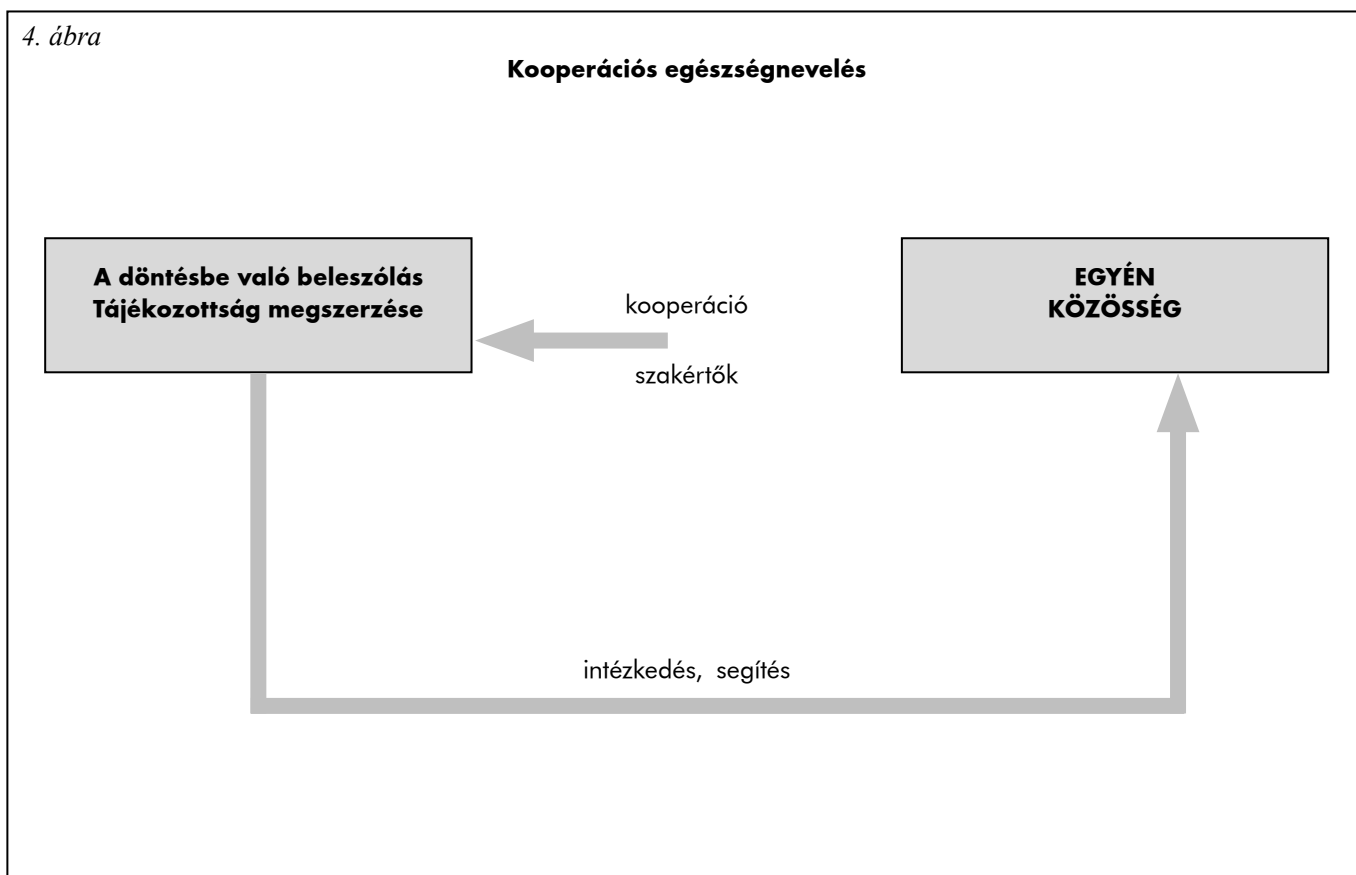
Mindez nem jelenti azt, hogy az egészségnevelés „medikalizálódik”, azaz orvosi akcióvá minősül, csupán arra utal,

hogy az egészségnevelés az egészségügyi, kulturális és sportszakemberek „kötelessége”.

E kooperációs megközelítés szerint az egészségnevelés kiemelt feladata a laikus személyek, közösségek segítése abban, hogy képesek legyenek egészségügyi szakemberekkel, mentálhigiénés trénerekkel, nevelési tanácsadókkal *együttműködni* („need to be empowered”), *szükségeiket felismerve azokat kifejezésre juttatni*. Az együttműködés „értéke” az, hogy a szakemberek tanácsadása, segítő közbenjárása „erősebb” bázist jelenthet az egészséggel kapcsolatos ügyek (jogok, döntések) intézéséhez, mint a laikusok egyedüli „harca”. A kooperáció sikerét az egyik oldalon a laikusok együttműködési képessége, a másik oldalon a szakértők fogadóképessége jelenti.

A kooperációs egészségnevelés nagymértékben számít a szakembereken kívül a *civil szerveződésekre, az önkormányzatokra, a művelődési és sportintézményekre, szórakoztató rendezvényekre és más partnerekre* (pl. a drogmegelőző programban a rendőrségre, a családvédő programban a szociális munkásokra, a tömegtájékoztatásban az információs-kommunikációs szakemberekre).

A kooperációs irányultságú egészségnevelés alapelve: az önálló irányítás jogának meghagyása, a lehetőség biztosítása arra, hogy az egyének és a közösségek beleszólhassanak saját és csoportjuk egészségét érintő kérdésekbe, valamint az, hogy kísérje kezdeményezésüket meghallgatás (intézkedés). Az egészségnevelés egyetlen akciója se tartalmazzon „utasító”, félelmet keltő, rábeszélő, alternatív választási lehetőség nélküli követelményeket.



6) Integrált szemléletű (egészségfejlesztő) egészségnevelés

A különböző megközelítésű egészségnevelési irányzatok az élet és egészség különböző tartalmait, hatótényezőit és tennivalóit foglalják csokorba. Amint az egészségfejlesztés egységes fogalomként integrálja az egészségi felvilágosítás, valamint az egészségnevelés, az egészségi oktatás, továbbá az *empowerment* (önsegítés, önrendelkezés, öntevékenység), és a prevenció rész-stratégiáit, az *integrált egészségnevelés is átlépi a diszciplínák és szektorok közötti határokat*. Napjainkban az egészségnevelés sikerességével kapcsolatos elvárások a következőkben fogalmazhatóak meg:

- épüljön az emberek közvetlen környezetére, sajátos helyi igényeire, biztosítsa a megoldáshoz a közösségi részvételt, erősítse a közösség kohézióját, tanácsaival segítse a közösségi szintű egészségfejlesztési tevékenységet;
- tegye az egyéneket/közösségeket tájékozottá az egészségük védelmével kapcsolatos kérdésekben, fejlessze az egészséggel kapcsolatos ismereteket, készségeket, alakítsa ki az egészségvédő képességet;
- ismertesse meg a rábízottakat jogaikkal és kötelességeikkel, segítse, hogy kezdeményezésük pozitív eredménnyel záruljon;
- tegye képessé az egyéneket/közösségeket arra, hogy az életet és az egészséget érintő kérdésekben hallassák hangjukat;
- vegye figyelembe a különböző környezetű, korú, iskolázottságú, kulturáltságú, érdeklődésű, foglalkozású szemé-

lyek speciális igényeit, ne csupán a veszélyeztetetteket vegye célba;

- az ismeretközlő stratégiát egészítse ki a magatartásalakítás különböző módszereivel;
- tűzze ki célul azt, hogy az egyének/közösségek tekintsék az egészséget *értéknek* és azt véleményalkotásukban, állásfoglalásukban, mindennapi magatartásukban tartsák is be;
- növelje az egészségnevelés az emberek biztonságérzetét és elégedettségét, továbbá az önmagunk és embertársaink egészségéért vállalt felelősségérzetét.

Az egészségnevelő személye eddig és ezután

Az egészségnevelés filozófiai vonulatait áttekintve kíséreljük meg a hazai történelem során előforduló elnevezéseket áttekinteni. Az első hazai egészségnevelési intézményt a m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszter 1926. évi 50 000. sz. rendeletével állította fel *Egészségügyi Propaganda-Központ* néven. Az egészségneveléssel megbízott személyek elnevezései azóta: egészségtan-tanár, egészségügyi propagandista, egészségügyi nevelő, közegészségi felvilágosító, egészségőr (kis egészségőr), egészségügyi szakoktató, egészségnevelő. Ha e felsorolt elnevezések alatt megbúvó elméleteket felszínre hozzuk, úgy legtöbbjükben *a rizikófaktor-elmélet és a hagyományos prevenció célkitűzését* (betegségmegelőzést) ismerhetjük fel. Ezekből a funkciókból *hiányzik a szociális és társadalmi kapcsolat*: az egészséget támogató

környezet megteremtése, a mindenki számára nyújtott esélyegyenlőség, az egészség megőrzésében és fejlesztésében vállalt közösségi részvétel és kezdeményezés, az egészségi szükségletek kifejezésre juttatása, az egészséget érintő döntésekben való részvétel. De hiányzik belőlük az *önkéntesség is*, hiszen utasító, ellenőrző (sőt: osztályozó) funkciókat is tartalmaznak

Az egészségnevelés háromnegyed évszázados szakirodalmára visszatekintve megállapítható, hogy annak lényegét a *viselkedésmélet* (behaviorizmus) gyakorlata, az *oktatásközpontúság* alkotta. Ez a nézet mind felfogásában, mind gyakorlatában az egészségre való nevelés feladatait tulajdonképpen az oktatásra (ismeretközlésre) redukálta, és a nevelés feladatait az oktatás határain belül kívánta megoldani. (Benkő Zs., 1997) Fölfedezhető az elnevezésekben olyan irányzat is, amely a *rábeszélés*, az agitáció, az emberek tömeges meggyőzésére irányuló szóbeli vagy írásbeli tevékenység dominanciáján alapult. Meggyőződésünk, hogy korunkban, a tömegkommunikáció, az internet-információ korában a *tömeges figyelemfelkeltés, informálás módszere nem nélkülözhető* pl. egy-egy egészségfejlesztő akció bevezetések, eredményének értékelésénél, az aktuális döntések befolyásolásánál, vagy azért, hogy az egyének vagy csoportok beleszólhassanak saját vagy közösségük egészségét érintő kérdésekbe. Ugyanakkor az sem állítható, hogy ezzel a módszerrel az egészségvédelem, az egészségfejlesztés sok összetevőjű feladatai megoldhatóak lennének.

A modern egészségnevelő főbb jellemzői az alábbiakban körvonalazhatóak:

a) Filozófiai elkötelezettségű szakértő

A modern egészségnevelő világos *filozófiai tudattal és állásfoglalással* rendelkezik, látja, milyen célok megvalósítására törekszik. Az egészséget értéknek kezeli és annak védelmét minden társára kiterjeszti. Állásfoglalásának alapja az egészségvédő érzékenység (problémaérzékenység), az empátia, a törődő gondoskodás, az érdek nélküli tájékoztatás, a segítség szándéka. Az egészségnevelő – filozófiánk szerint – nem függőségi viszonyban, hanem *párbeszédben* áll az egyénnel vagy közösségekkel, segíti felismertetni emberi (egészségpolitikai) jogaikat, a beleszólással nem rendelkező csoportoknak pedig segít az egészségi esélyegyenlőség megvalósításában.

b) Specializálódott, gyakorlati szakember

Az egészségfejlesztési stratégia megvalósítása feltételezi, hogy az egészségnevelő az alkalmazás szintjén ismeri az egészségpedagógia tartalmi és módszertani kérdéseit, a megvalósítás technikáját, a konfliktusoldó tréningeket. Az eredeti orvos-biológiai felfogást pszichés, spirituális és szociális összetevőkkel egészíti ki, úgy, hogy a betegség-megelőzés helyébe az egészségfejlesztést állítja. Ez a para-

digmaváltás azt követeli, hogy az egészségpedagógia vegye figyelembe az életfeltételek egészségre való kihatását, továbbá a személyiségfejlődéssel, az élettörténettel és életmóddal való összefonódását.

c) Humánus, segítő beállítottságú pártfogó

Az egészségnevelő legfőbb karakterisztikuma a rábízottakhoz való pozitív odafordulás, a feltétel nélküli segítő szándék, az őszinte kommunikáció, az asszertivitás (szociális és érzelmi nyitottság, magabiztosság), aki segíti a rábízottakat véleményük kifejtésében, az egészségüket érintő döntésekbe való beleszólásban. Igyekszik képessé tenni („*empower*”) az embereket arra, hogy javítsanak környezetükön, hogy saját egészségük védelmében döntéseket hozzanak. „*Miután ezek a lehetőségek más szakemberek számára nem könnyen hozzáférhetőek*”, (Heathcote, G., 2000, 12.), ezért az egészségnevelő kitüntetett helyzetben van. Az egészségnevelő azonban nem „pótanya”, nem „pártfogó”, nem „jogi képviselő”, nem „szolgáltató”, hanem *elkötelezett, kapcsolattartásra kész partner*, aki önként vállal felelősséget a közösség egészségéért és az önfejlesztéshez nyújt segítséget.

d) Kezdeményező készségű szervező

Ahhoz, hogy az egyének és közösségek megszervezzék, megvalósítsák az egészségük javításával kapcsolatos tevékenységüket, az egészségnevelő *bátor, önszorgatást kezdeményező közreműködésére (facilitációra)* van szükség. Az egészségnevelő az egészségfejlesztési stratégiában *nem menedzser, nem irányító szerepet betöltő vezetőként* kap feladatokat! Tudása és készségbeli felkészültsége alapján arra kell alkalmassá válnia, hogy aktivizálja a rábízottakban a „*self-empowerment*” (önszorgatás, önfejlesztés) képességét.

A jövő egészségnevelője kezdeményezi a hasonló érdekltségű, hasonló életkörülmények között élő emberek fellépését egészségük jobbítása érdekében. (A lakóhelyi, ifjúsági, női, etnikai, vallási, stb. csoportokat arra indítja, hogy merjék hallatni szavukat, biztosítja számukra a nyílt vitát, a döntéshozzájárulást és a szakemberekkel való együttműködést.)

e) Paradigmaváltás az egészségnevelő munkában

A globalizációban az egészségnevelés az *egyén* helyett mindinkább a *közösségre* (csoportra) összpontosít. Az összpontosítás a társadalmi-szociális körülmények megváltoztatására – az egyes személyek mellett kiemelten a társadalmi folyamatok (helyzetek, intézkedések) hatásrendszerére – is kiterjed, s az interakció lehetőségét szorgalmazza. Kritikus megközelítéssel a *betegség elkerüléséről az egészség értékére teszi át a hangsúlyt*, a megelőzésben a korai (primér) prevenciót részesíti előnyben, és szakít a biológiai-medicinális jellegű „*betegségmegelőzés*” elvével.

f) Az egészségnevelő kompetenciája

Az egészség értéként történő elfogadtatása szakít a mérlegelés nélküli engedelmességgel, az autokratikus rábeszélés módszerével. Ez felveti az *egészségnevelő személy intézkedési jogkörének kérdését*: meddig mehet el az egészségnevelő a rábízottak facilitálásában? Meddig juthat el a közösségfejlesztésben, az önszervezés vagy a kölcsönös segítség szervezésében? Felvállalhat-e az egészségnevelő az egészségfejlesztési stratégiában érdekképviselői funkciót, egy-egy egészségvédő döntéshez kapcsolódó lobbizást? A kompetencia gyakorlatilag a szakértelem tekintélyén nyugszik. Az egészségvédelem kérdésében az orvosi, gazdasági, szociális, pedagógiai, pszichológiai szakértelem hordozhatja ugyan a szakmai tudás tekintélyét, *de etikai értelemben nem*, ugyanis *erkölcsi szakértelem* nem létezik, azaz a medicina szakemberei vagy a menedzserek nem irányíthatják az egészségnevelést pusztán azon a jogcímen, hogy ők orvosok, közigazdászok vagy szociális szakemberek. Már ez a felvetés is igazolja, hogy az új egészségnevelői státuszról eredő kompetencia határai kidolgozásra várnak.

g) Egészségnevelő a közoktatásban

A *Nemzeti Alaptanterv* és a kerettantervek körülhatárolják az egyes évfolyamokban kitűzendő és elérendő egészségnevelési célokat és feladatokat. A műveltségi területek közös követelményei között megjelennek a „*testi és lelki egészség*” megvalósításának pedagógiai feladatai. (NAT, 13. old.) E feladatok a rizikófaktor-elmélet nyomán sorolják fel a prevenció követelményeit, amelyekkel egyes betegségek specifikus kockázati tényezőit csökkenteni lehet. A pozitívista tudományosság befolyását a NAT azzal kísérli meg kivédeni, hogy a biológiai-orvosi felfogást lelki és szociális összetevőkkel egészíti ki. Az iskolai egészségnevelés két lehetőséget aknázhat ki: az egyik a mindennapos oktató munkához illeszkedő egészségre nevelő tevékenység (mintaadás, ismeretközlés, beszámoltatás, viselkedési minta-állítást), a másik az egészségtan tantárgy keretében az egészséges életmódra való oktatás. Anélkül, hogy bármelyik egészségnevelési irányt elemeznénk vagy bírálnánk, jegyezzük meg, hogy mindkettő *egyetemi szintű egészségpedagógiai felkészültséget (képzettséget) igényel*. A jövő egészségnevelő tanárának a viselkedésméleti modellről (a tanári közlést türelmesen elfogadó, memorizáló, ismétlő jellegű tanításról) át kell térnie az ún. *tranzakciós* modellre. A tranzakciós modell a tanuló és a tanár közötti *partneri kapcsolatot* feltételez, amelyben a tanuló is részt vesz a döntéshozatalban, osztozik a felelősségben és a megvalósítás elkötelezettségében is. Ilyen tanári kompetenciaváltáshoz didaktikailag is jól felkészült diplomás egészségnevelőkre (egészségtan-tanárokra) van társadalmi igény.

h) Közösségi egészségnevelő

Más az egészségnevelés feladatköre és módszere az iskolákban, amelynek kiscsoportos keretei között szervezett és ellenőrzött tanulás folyik, és ismét más az egyéb célcsoportokban,

a különböző szintű *önszervező* (önkéntes, önkézzemélynéző) *közösségeiben*. Míg a közoktatásban az egészségtan tantárgy témaköre meghatározott, addig az utóbbiban egyes egészségfejlesztési kulcsterületek szükségleteire, feladataira fókuszálnak (pl.: a család- és gyermekvédelemre, a lelki egészségre, a szexuális magatartásra, a szív- és érrendszeri betegségekre, a daganatos megbetegedésekre, a balesetekre). A közösségre orientáló egészségfejlesztés–egészségnevelés *önirányítás* alatt áll, működése során véleményt nyilvánít, kritikát mond, részt vesz az egészséget érintő döntésekben, befolyásolja az egészségpolitikát. Mindebből következően *más az egészségnevelés módszere a közösségben, mint a nevelési-oktatási intézményekben*. A „szabad” közösségekben az egészségvédelem tárgya az ügyes-bajos kérdések megbeszélése, előterjesztés, vita kezdeményezése, tanácsadás, érdekérvényesítés, vagy valamely – egészséggel összefüggő – akció, rendezvény, munka, eljárás, segélyezés, mozgásprogram, sportolási lehetőség biztosítása, szépítés, környezetvédelmi tevékenység, stb. Ebben az egészségnevelőnek elsősorban facilitáló szerepe van, bár nem egy esetben menedzser szerepre, akciók szervezésére, tömeges rendezvények lebonyolítására is vállalkoznia kell.

Az egészségnevelő személyéről bemutatott metszetkép jelzi, hogy a globalizáció és a széleskörű információ világában az egészség fejlesztését és védelmét szolgáló sikeres egészségnevelés *speciális felkészültségű szakembert igényel. Ennek megvalósítása közös feladatunk!*

Összefoglalás

Az egészségfejlesztés aktuális kérdése napjainkban: *milyen szerepet kap az egészségnevelés a változó világban?* A szerzők bemutatják, hogyan változik az *élet* és az *egészség* fogalmának értelmezése, milyen változáson megy keresztül az egészségnevelés filozófiája. A filozófiai megközelítés irányai közül elemzik a kognitív (*health information*), a magatartást alakító (*health education*), a személyre szóló (*self-help*), a közösségben végzett (*közösségre orientált*), a szervezett (*kiscsoportos*), a humánökológiai irányultságú, a kooperációs irányultságú és az integrált szemléletű (*egészségfejlesztő*) irányzatokat. Ezekből válogat a jövő egészségnevelése. A szerzők sorra veszik azokat az elnevezéseket (és tartalmakat), amelyekkel a magyar egészségnevelőket elnevezték. Mindezek alapján felteszik a kérdést: van-e a jövőben az egészségnevelésnek funkcionális és szervezeti létjogosultsága? Végül összegyűjtik a modern egészségnevelő karakterisztikumait és kitekintenek a második évezredre, igazolva, hogy a népesség egészségének válságos helyzetéből való kilábaláshoz diplomás egészségnevelőkre van szükség.

IRODALOM

- Aszmann, A.: *Tájékoztató az oktatási intézmények vezetői és pedagógusai számára*. Anonymus, Budapest, 1999.
- Bang, R.: *A segítő kapcsolat*. Tankönyvkiadó, Budapest, 1981.
- Befektetés az egészségért Magyarországon*. WHO Európai Területi Iroda, Budapest, 1997.

- Benkő, Zs.: „Az egészségfelfogás változása. Kísérlet az egészség és az egészségfejlesztés értelmezésére.” In: Benkő, Zs. (szerk.): *Mert életem millió gyökerű.* Juhász Gyula Tanárképző Főiskola, Szeged, 1997.
- Bronfenbrenner, U.: *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung.* Klett-Cott, Stuttgart, 1997.
- Buda, B.: *Fejezetek az orvosi szociológia és társasléktan tárgyköréből.* Budapest, 1994.
- Döbrössy, B.: *Az egészségmegőrzés etikája.* NEVI, Budapest, 1999.
- Forgács, I.: *Egészségügy.* Kossuth, Budapest, 1985.
- Gerevich, J.: *Közösségi mentálhigiéne.* Budapest, 1989.
- Heathcote, G.: „Integráció a Projekt2000-ben.” In: Slevin, O.–Buckenham, M.: *Ápolóképzés a jövőnek.* Semmelweis, Budapest, 1994.
- Heathcote, G.: „Közösségi ápolás és egészségvédelem: egy erős és felvértezhető kapcsolat.” In: *Védőnő*, 2000/3. 11–13. old.
- Hoffmann, E. (1981): „Sozialpsychologische Methoden. Neure Sammlung.” In: Bang, R.: *i.m.*
- James, J.–Jones, D.: „Képzés a jövőnek: megfelelés a változó igényeknek.” In: Slevin, O.–Buckenham, M.: *i.m.*
- Karsdorf, G.–Renker, K.: *Prophylaxe.* Berlin, 1987.
- Kézdy, B.: *Közművelődés és mentálhigiéne.* Budapest, 1980.
- Kickbusch, I.: „Gesundheits-förderung: ein soziales Projekt.” *Eur. Monogr.* No. 6., Wien, 1984.
- Ludwig, W. (szerk.): *Grundriss der Gesundheitserziehung.* Berlin, 1988.
- Mc Alister, A.–Puska, P.–Salonen, J. (1981): „Theory and Action for Health Promotion.” *Amer. Journ. Publ. Health*, 43–50.
- Nádori, L.: „Ajánlások a szomatikus nevelés műveltségtartalmára.” In: Rét, R. (szerk.): *Műveltségkép az ezredfordulón.* Kossuth, Budapest, 1980.
- Nemzeti Alaptanterv.* MKM, Budapest, 1995.
- „Nemzeti Egészségfejlesztési Stratégia.” In: *Népegészségügy*, 1999/4. sz.
- Springlet, J.: *Gyakorlati kézikönyv az egészségmegőrzés értékeléséhez.* WHO Euro, Budapest, 1999.
- Székely, L.: *Egészségfejlesztés – Egészségpedagógia.* EON, Budapest, 1999.
- Waller, H.: *Sozial-medizin.* Kohlhammer, Köln, 1985.
- Wenzel, E.: *Die Ökologie des Körpers.* Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1986.
- Zsékány, Zs.–Belicza, É.: *Egészségügyi minőségbiztosítási alapfogalmak.* Soros Alapítvány, Budapest, 1999.