

Egészség – fejlesztés – jólét*

Vizsgálódás az újabb egészség-fogalmak körében – I. rész

Prof. Dr. Székely Lajos¹,
Dr. Frans Vergeer²

¹a Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület elnökségi tagja

²Fontys Tanárképző Főiskola, Tilburg, Hollandia

I. Az „egészség” modern fogalma

Néhány újabb fogalom elemzésének időszerűsége

Korunkban a világ mind természetében, mind tudományos eredményeiben, mind társadalmi viszonyaiban minőségileg megváltozott. E változás következményeként a napjainkban használt fogalmak újabb tartalommal telítődtek, különösen azok, amelyek a tudományokkal, a technikai ismeretekkel, a kommunikációs és információs rendszerekkel kapcsolatosak.

Elemzésünk célja ezen egészségi fogalmak társadalmi vonatkozásokban való áttekintése.

1. Az „egészség” modern fogalma

Az „egészség” az ember életében a legnagyobb, mással nem pótolható, alapvető érték. A kérdés így merül fel: mit tartalmaz az „egészség” fogalma? A 18. század óta egyre gyakrabban vetődik fel az egészség fogalmának meghatározása. Az anatómiai-medicinális meghatározás mellett az „egészséges élet” fogalmában a *szociális tényezőket* csupán az utóbbi években vették számításba. Végül az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1946-ban tett közzé állásfoglalást az egészség-fogalom meghatározására: „Az egészség: a teljes testi, lelki és szociális jól-lét állapota, nem csupán a betegség és nyomorékság hiánya.”

1.1. A „modern” egészség-fogalom

Napjainkban a „globalizált világ” viszonyai közé kerültünk, amely a lakosság és a modern világ folyamatos kölcsönhatását és kölcsönös függését eredményezte. A globalizált társadalomban az információ, a tőke, a munkaerő, stb. az államhatárokon szabadon áramlik át. A sokoldalú tájékoztatás,

a szabad migráció és az ezzel együttjáró, változó környezeti hatások (klíma, technikai ellátottság, kulturális hatások) újabbnál újabb alapfeltételeket teremtenek az egészséges élethez. Ebben az életformában döntően az *oki kapcsolatok* (az ún. „*ha, akkor*”-logika) érvényesülnek, amelyek az egészség értelmezését is felülírják (csak *ha* a polgár ezt vagy azt teszi, *akkor* birtokolhatja az egészséget).

E változások következményeként ideje, hogy az „egészség” fogalmát felülvizsgáljuk. A WHO egészségről szóló definícióját nem elvetni, hanem szélesíteni, a jelenlegi életviszonyokhoz illeszteni kívánjuk. „Az egészséget maguk az emberek teremtik meg és élük át a mindennapi élet kulisszái között, amikor tanulnak, dolgoznak, játszanak, szeretkeznek.” (Ottawai Charta, 1986) Az e viszonyok között felmerülő kérdésre („*hogyan élhetünk egészségesen a globalizált világban?*”) csak újraértelmezett egészség-fogalommal lehet érdemben válaszolni.

1.1.1. Az „egészség” mint állapot

A WHO állásfoglalása szerint az *egészség fogalma*: (1) *létezési állapotot (status quo-t, fennálló helyzetet, egészséges létezést) jelöl, illetve (2) az egyed létezésének körülményeit (a fennálló szituációt, az éleletszükségletek kielégítését, a közérzetet) minősíti.* Mindkét meghatározás feltétele – legjobb esetben is – csupán az orvosilag definiált *betegség hiánya*, így az „egészség” a fiziológiailag standardizálható betegség hiányával válik azonossá, azaz: „*a testi viselkedés orvosi stigmatizációjaként jelenik meg.*” (Kickbusch, I.–Wenzel, E., 1981) E felfogás szerint az egészségügyi ellátás rendszere *tradicionálisan gyógyító jellegű* (gyógyításra beállított), ami azt jelzi, hogy az orvosi ellátás nem támaszkodik „multiszektorális” (több tudományágra kiterjedő) ok-keresésre, illetve: „teljeskörű”, összefüggő és egységes rendszert képező „személyiség”-vizsgálatra (ahogyan azt a WHO definíciója kijelöli). Más szóval: az orvosi ellátás *nem terjed ki az ember*

A tanulmány egy két részből álló cikksorozat első darabja. A második részt folyóiratunk 2010/4. lapszámában olvashatják.

* Az elhangzott előadás: *Gesondheid, Promitie, Welbevinden* (fordítás). „Een golidie organisatie waakt over welbevinden” (Tilburg, 2009.06.18.). *Een gemeenschappelijke publikatie van twee vrienden „Gesondheid, Promitie, Welbevinden”* (Monitoring welbevinden binnen een organisatie).

„teljes” biológiai, pszichikus és szociális struktúrájára, egészséges személyiség-rendszerére. A WHO-definíció az „egészséget” mint az orvostudomány speciális működési területét jeleníti meg, amely „általában” az egyes emberek egészségének fenntartására és annak visszaszerzésére irányul.

A WHO definíciója élesen szétválasztja az egészséges és a beteg-állapotot, közöttük nem tételez átmenetet. E felfogás szerint az egészséges állapot nem folyamat-jellegű (folyamatosan alakuló), hanem zárt, állapot-részekből, közérzeti részekből álló láncolat. Az egészség, „mint olyan”, természetes állapot, elvesztését csupán az orvosilag diagnosztizálható egészségi határérték hiánya jelzi.

1.1.2. Az egészség a „teljes” ember jellemzője

A WHO által definiált egészség-fogalom olyan állapotot jelöl, amely az ember „teljes” (testi, lelki és szociális) jólétére (*complete well-being*) vonatkozik. Ez a meghatározás „teljes embert”, azaz: létező (élő) személyt, fizikai, pszichikus és szociális tulajdonságokkal „kompletten” rendelkező lényt (*existens*) tételez, aki egyben élet- és munkafeltételeinek szervezője is. Az „ember” e definícióban mint „személyiség” jelenik meg, aki belső egységgé integrálja magában a biológiai, a pszichikus és a szociális alrendszereket. A belső „egység” mellett kapcsolat (kölcsonhatás) áll fenn a személyiségtényezők és a környezeti tényezők között is, amelyek az ember aktivitását táplálják, illetve amelyek személyes és társadalmi szükségleteinek kielégítését biztosítják. Így szemlélve a WHO-definíció az „egészség-fogalom” kétirányú teljességét tételezi: (1) az ember biológiai-pszichikus-szociális alrendszerei közötti elválaszthatatlan egységet, illetve (2) a személyiség és a környezeti hatótényezők (életfeltételek) közötti kölcsönhatást. Ez utóbbi esetben a változó világ hatásai (a globalizációs hatások, az információs hálózat, a munkaerőpiaci versenyhelyzet, a szabad költözés és turizmus, stb.) egymással is kölcsönhatásban állnak. Ennek következtében az „egészség” modern fogalmában a világ folyamatos változásának hatásait is szükséges figyelembe venni.

1.1.3. Az egészség több, mint a betegség hiánya

A WHO-definícióban jelentőségteljes az a kijelentés, hogy „az egészség nem csupán a betegség és nyomorékság hiánya”. Ez a meghatározás az ember „egészségének” értelmezéséhez a következő előfeltételeket támasztja:

(1) legyen ép, illetve tökéletes testének (szervezetének) biológiai működése,

(2) legyen mentes orvosilag meghatározott betegségekől,

(3) aktuálisan ne legyen testi károsodása, akadályoztatása (pl. közlekedési baleset utáni helyzet, trauma, rosszullét, munkabaleset, terrortámadás, stb. miatt),

(4) ne rendelkezzen a standard fiziológiás értékektől való eltéréssel, vagy orvosilag megállapított fogyatékossgal (vakág, siketség, bénaság, nyomorékság) még akkor sem, ha fogyatkozása képezhető).

E meghatározás szerint mindezek a jellemzők az „egészséges ember” fogalmakörében nem szerepelhetnek, azaz: „egészséges ember” nem szorul orvosi minősítésre.

Az utóbbi években az „egészség” előbbi negatív körülírása helyett az egészség pozitív ismérvekkel és interpretációval való értelmezése látott napvilágot. (Anderson, R., 1983) A pozitív értelmezésben az egészség aktuális állapotának ismérvei mellett megjelennek az akarati tulajdonságok jövőre vonatkozó követelményei is, pl. az eltökéltség, a felkészültség, a megvalósítási szándék, a szervezési készség, a kapcsolatalakítási és adaptációs készség, a felelősségvállalás, stb. Az „egészséges” életérzés magában foglalja az egyéni életfeltételek között kiválasztott és szervezett életvitel „élvezetét”, a kellemes vagy bosszantó tényezők elviselését. Az „egészség” tehát többet jelent a pillanatnyi „jól-lét” megélésénél, ugyanis magában foglalja még megbetegítő körülmények között is – az ember pozitív testi magatartását (egészségre törekvő viselkedését) is. Ez azt jelenti, hogy az egészséges ember, megfelelő külső (környezeti) és belső (szervezeti) feltételek esetén megbízható tartalékkal rendelkezik ahhoz, hogy ártalmas környezeti hatások, stressztényezők, fertőzésveszélyek közepette is egészséges maradjon, illetve valamely megbetegedést képes legyen gyorsabban átvészelni.

Az „egészség” és a „betegség” fogalmát az ember életére (létezésére) vonatkoztatva az életmód jellemzőjeként, meghatározó értéként fogadhatjuk el. Így lesz az „egészség” megkülönböztető jele és alkotóeleme a megelégedettség, az örömszerzés, az élvezet, az önmegvalósítás. (Badura, B. 1983). A „betegség”, amely meghatározott fiziológiás standard-értékektől való eltérést jelez, viszonylag egyértelmű természettudományos alapokon nyugszik; az „egészség” viszont nem természettudományos probléma, nem meghatározott viselkedést, nem meghatározott értéket jelöl, hanem olyan képességet (potenciált), amely a jövőbe nyúlik át (mint saját életfeltételeinkben rejlő, egészségünk fejlesztésére nyíló lehetőség). (Wenzel, E., 1986/S. 71.)

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által javasolt egészség-fogalom lényegi elemei az alábbiak:

– az egészség az ember objektív és szubjektív „jól-léti” (*well-being*) állapota (egészséges szituáció, „status quo”, helyzet, állapot),

– a betegség és nyomorékság hiánya (nem beteg-lét),

– a produktív élet előfeltétele (munkához szükséges erő, fittség, jó közérzet),

– az ember létezésének testi, lelki, szociális alkotóelemei (tényezői) kölcsönhatásban álló funkcionális egységet alkotnak (habár az alkotóelemek közötti kölcsönhatás ma még nem tisztázott).

A WHO-definíció alkalmazásának legnagyobb problémája az „egészség” és a „betegség” fogalmának merev szétválasztásában érhető tetten. A meghatározás ugyanis azt feltételezi, hogy az ember életében az egészséges és a beteg-létezés (*existencia*) kategorikusan elkülönül egymástól, azaz az ember vagy csak egészségesnek, vagy csak betegnek minősíthető. E hiányosságon túl a WHO-definíció azért sem minősíthető teljesnek, mert csak individuális létezési feltételekre van tekintettel, így a közösség egészsége,

tágabban: a *szociális, gazdasági, egészségügyi viszonyok*, a globalizáció elvárásai (feltételeinek teljesítése) figyelmen kívül maradnak.

1.2. Az egészség kompetencia-alapja

1.2.1. Ismeret és tevékenység az egészség-fogalomban

A WHO által előterjesztett egészség-fogalom tartalmához közvetlenül kapcsolódnak ismereti (tudásbeli), érdeklődési, képesség- és készségbeli, valamint érzelmi feltételek. Az „egészség” birtoklása ún. „*kompetens személyiséget*” feltételez, aki az egészség fenntartásához megfelelő ismeretekkel rendelkezik, képes azokat megvalósítani, és igyekszik is azokat szívesen és jól elvégezni. Kiolvasható a definícióból az is, hogy az „egészség” bizonyos *viselkedési állandóságot* (állhatatosságot) feltételez, az *egészség-fogalom ugyanis a jövőre is kitekint*, és ezzel az ember *meggyőződését* (ismereteit, érzelmi és akarati beállítódását) az egészséges létezés megvalósítására irányítja.

Az egészség-fogalomnak ez a *funkcióra irányuló* felfogása az egészségvédelem és egészségnevelés gyakorlatában jól alkalmazható, miután az „egészség” nem egyszerűen csupán *tulajdonságjelző* szerepet tölt be (pl. „egészséges vagy”), hanem *aktív indítást* is az „egészségesnek lenni” állapot eléréséhez. Az egészség – a kutatók szerint – „*folyamat-jelenség az aktív önmegvalósításhoz, a célirányos környezetváltoztatáshoz.*” (Erben, R.–Franzkowiak, P.–Wenzel, E., 1986/S. 71.). Ez a felfogás az egészség értékét a *tevékenységre* építi. Az egyén egészségének megítélésére *viselkedése* ad módot: aktív alkalmazkodó- és teljesítőképessége egyben a személy egészségének mutatója is. A tudatos és nem tudatos tevékenységek feltételezik, hogy a cselekvő belső ösztönzéséből (hajlamából, beállítódásából) eredően a végrehajtandó elképzelést (cél) törekszik elérni, illetve a célhoz vezető úton felmerülő akadályokat leküzdeni.

Ez az ún. „*funkcionális*” *egészségfelfogás* (amely szerint az egészség nem állapot, hanem *folyamat*) a bio-pszichikai energia felhasználásának *képességére*, és a nem kívánt akadályok *ésszerű leküzdésére* építkeznek. E felfogás szerint az egészség az egyén életcéljainak elérésére irányuló *aktivitást*, életpályája sikeres teljesülését, a napi jó közérzet megvalósulását biztosítja. Más szóval: *az egészséget nem elég csupán kívánni, óhajtani, de megvalósítására aktívan törekedni is szükséges*, hiszen: aki (orvosilag) nem beteg, az *automatikusan nem biztosan egészséges!*

A WHO egészség-definíciójában még egy tulajdonságjelző olvasható: a „*teljes jól-lét*” (*perfect well-being*) követelménye, azaz: a *teljes*, a rendszer minden alrendszerére érvényes külső és belső szükséglet kielégítettségének, „*jól-létének*” állapota.

(A magyar nyelvhasználatban a „*jólét*” anyagi *prosperitást* jelöl, ezért Prof. Simon Tamás (1998) javaslatára a „*jólét*” helyett: a „*jól-lét*” kifejezést alkalmazzuk.)

A „*jól-lét*” (*testi, lelki, társkapcsolati kielégítettség*) magyar nyelvben használatos fogalma magában foglalja

a személyes és *társadalmi szükségletek* kielégülését, a kielégülés lehetőségét, valamint tartalmazza a cselekvési célhoz vezető *motivumokat* (tartósan vagy átmenetileg). A „*jól-lét*” (azaz: „*jól érzem magam*”) élményének e motivációs hatása mellett *jelzőszerepe is van: jelzi* a külső és belső hatások által kiváltott *szubjektív megelégedettséget, illetve elégedetlenséget*, és képes (legalább a viszonylagos) hatások közötti egyensúly megteremtésére.

1.2.2. Azt érzelem, mint az egészségi állapot jelzője

Az ember egészségi állapotáról, közérzetéről az érzelmek adnak *jelzést* (kellemesnek vagy kellemetlennek minősítik az élethelyzetet), de egyben *irányító, ösztönző* hatást is kifejtenek. A WHO egészség-definíciójában lefektetett „*jól-lét*” (közérzet) fogalma részben az egészség *jelző szerepére* utal (a kellemes vagy kellemetlen tapasztalatokra), részben pedig a „*jól-lét*” *irányító szerepét* hangsúlyozza (a testi funkciók megváltozásával és az érzelmek külső kifejezésével). Ritkán hangsúlyozzuk, hogy az egészség az embernek nem csupán alaptulajdonsága, de az egészséggel kapcsolatos pozitív, vagy negatív *élménye* is. Az egészséges életérzés (jó közérzet) az ember domináns érzelmi állapota, a személyiség emocionális alaptulajdonsága. *Az egészség pozitív érzéseit mutatja* az öröm, a jókedv, a kiegyensúlyozottság, az érdeklődés, a megelégedettség, a szerelem; míg az egészség veszélyeztetettségét, vagy hiányát jelző *negatív érzelmek jelei* a fájdalom, a szenvedés, a félelem, a szorongás, az elégedetlenség, stb.

Az egészségi állapot pozitív érzelmi oldala biztonságérzést és kiegyensúlyozottságot tartalmaz, amelyet a WHO-definíció így jellemez: „*az egészség a teljes jól-lét állapota*”, azaz a testi, lelki, társkapcsolati jellemzők együttesének *jól-léte*, életérzeteinek összessége. Tartalma szerint a „*jól-lét*” igen sokoldalú *érzetminőség is*, amely különböző természetes (biológiai, pszichikus) és szociális szükségletek kielégítettségének szintjét jelzi.

Az egészséges lét – az érzelmek oldaláról szemlélve – jelentős hatással van az *emberi kapcsolatokra*. Bizonyítható, hogy az egészség az emberi együttélésre, együttműködésre, kölcsönös segítségnyújtásra érzelmi befolyásoló tényezőként hat. A *negatív* biológiai érzelmi állapotok (vitális, organikus érzetek: fájdalom, éhség, szomjúság, fáradtság, undor, stb.), a kellemetlen pszichikus viszonyok (pl. stressz, erőszak, kirekesztettség, stb.), a barátságtalan társkapcsolatok (pl. segítség elmulasztása) – egyértelműen jelzik, hogy az *egészségi lét (egészségesnek lenni) egyben érzelmi tényező is*.

1.2.3. Az egészség veszélyeztetettségének előrejelzése

A WHO-definíció az egészségi és a betegségi állapot között jelentős különbséget tesz: „*az egészség nem csupán a betegség és nyomorékság hiánya*”. Ebben a kijelentésben a legbiztosabb pont: a *testi betegség*, miután a biológiai beteg-

ségi állapot orvosi mérésekkel és különböző vizsgálatokkal (pl. vérnyomás-, vércukormérés, röntgen, laborvizsgálat, stb.) megállapítható. Ugyanakkor azonban a lelki zavarok, a stressz, a depresszió, az érzelmi és a kimerültségből fakadó, a munkateljesítménybeli, valamint az alvászavarok nem tartoznak a WHO-definíció által kijelölt hiányok közé.

Globalizált viszonyok között azonban egyre több olyan megterhelés ér bennünket, amely megbetegedést okozhat. Az alkalmazkodás napjainkban már *egyes betegségek előjeleként* jelentkezhet (pl. a számítógép-használatból származó károsodások: izomfájdalom, látászavar, alvászavar; mozgásszegénység, a sport túlhajszolása, a különféle napi stresszhelyzetek, a diétadivat, a nem ellenőrzött fogyókúra, a drogfogyasztás, stb.). Ezek az „előjelek” még nem jelennek orvosiilag diagnosztizált megbetegedéseket, mégis *fenyegető hatásuk miatt* nem jellemezhetők „egészséges állapotnak” (éppen a személy és a környezete kölcsönhatása miatt), hanem mint a *globalizációs betegségek előjelei* különnek előrejelzést.

A WHO definíciója szerint az egészség feltétele az egyén „teljes jól-léte” (bio-pszicho-szociális közérzete). A globalizáció körülményei között *újabb, eddig nem jelentkező, specifikus alkotóelemek* kerültek az egészségi „teljes jól-lét” fogalmába. Ilyen specifikus tényezőként hat pl. az egyre szélesedő biológiai, orvostudományi információ, az egészségi önvizsgáló, önellenőrző és öngyógyító lehetőségek terjedése, a pszichikus túlterhelés megelőzését szolgáló tréningek, az egészséges táplálkozást ösztönző akciók, a világ elszennyeződését megakadályozó mozgalmak, stb. Az új globalizációs feltételek:

- szélesítik az emberek saját egészségüket érintő orientációját (tájékozódását, eligazodását, felvilágosultságát) (*egészségi információ*),
- kitágítják az egészség fenntartásának és fejlesztésének lehetőségét és képességét, megtanítják azok mindennapos használatát (*egészségnevelés*),
- erősítik (vagy károsítják) a fizikai és pszichés felkészültséget az új életpályára, a civilizációs betegségek megelőzésére (*egészségfejlesztés*),
- gyakran érzik szükségesnek orvosi, mentálhigiénés, szociális segítség igénybevételét, a megelőző akciókban való részvételt (*egészségvédelem*),
- az egyéneket személyközi kapcsolatok (szociális képességek) megszervezésére készítetik (*egészségi autonómia, az egészség jogi és szociális feltételeinek kieszközlése, befolyás gyakorlása*).

1.2.4. Az egészség a teljesítőképeség biztosítója

Az ember egészséges létezéséhez szükséges képessége feltételezi az egészségre vonatkozó *ismeretek*, a megvalósítást célul tűző *akarati* és a kivitelezéshez szükséges *képesség* (együttes nevén: *készség*) megszerzését. A WHO által előterjesztett egészség-fogalom szükségszerűen az előző követelményekkel bővül, nem tekinti az egészséget az ember életében (létezésében) nem „statusnak” (állapotnak), *hanem*

akarati tevékenységhez is kapcsolódó folyamatnak tekinti, amely az egyéni és az embertársi (testi, lelki, társkapcsolati) jól-létet, közérzetet megvalósítja, illetve ennek megvalósítására törekszik.

Az „egészséghez” az embernek megfelelő „*képességgel*” (potenciállal) kell rendelkeznie, ilyen pl. az embernek a környezethez való *alkalmazkodási képessége*, vagy az élet- és hivatásbeli funkcióihoz (szerepéhez) nélkülözhetetlen *teljesítőképesége*. Napjaink *újabb egészségvédő akciói* segítik az ember képességének fejlesztését, „egészségi magatartásnak” karbantartását, amit pl. az alábbiak is jeleznek:

- biztosított a testi fejlődés állandó ellenőrzése és regisztrálása (ellenőrző vizsgálatok, védőoltások, szűrővizsgálatok),
- a balesetek és a baleseti halálozások megelőzését törvényi szabályozás segíti,
- a foglalkozással élők fejlesztését és alkalmazkodásukat, társadalmi beilleszkedésüket gyermek- és felnőttprogramok segítik,
- tömeges, alternatív egészségfejlesztő programok segítik az egészségfejlesztést és buzdítanak részvételre (edzési program, táplálkozási tanácsadás szervezése, egészségnevelési akciók, stb.).

Különösen a *foglalkozással élők egészségi megítélésével* kapcsolatosan változott a közmegítélés. A WHO-definícióval ellentétben – amely szerint az egészség a betegség és nyomorékság hiányával azonos – a *foglalkozással élők* (érzékszervi, mozgásszervi, értelmi fogyatékosok) napjaink feltételei között *nem minősülnek feltétlenül „betegnek”*. Ha egy foglalkozással rendelkező személy – amennyire lehet – alkalmassá válik hiányzó képességének kiegészítésére, illetve más képességeinek fejlesztésére, képes a beilleszkedésre, *nem „nyomoréknak”, hanem „egészségre törekvőnek” minősül*, és teljes értékű, „egészséges” életéhez (és valamely hivatás teljesítéséhez) a társadalomtól vár el és kaphat segítséget.

Napjaink globalizációs viszonyai között az egészséges létezés mindinkább *felelősségteljes akarati tevékenységekre épül*, amelyek az egészséges létet, mint az emberi törekvés célját biztosítják. Más szóval: az „egészség” csak akkor valósulhat meg, ha az ember megfelelő *tudással, képességgel* és *megvalósítási szándékkal* rendelkezik a „jól-lét” (közérzet) feltételeinek teljesítésére. Az „egészség” feltételeinek teljesítése csak akkor valósítható meg, ha az ember *önként és tudatosan* végrehajtja az alábbi magatartási elemeket:

- a tevékenységek megválasztásánál mindig az egészség megtartását jelöli ki elsődleges céljául,
- készen áll a testi, lelki egészségre vonatkozó legfőbb ismeretek megszerzésére és alkalmazására,
- mérlegeli és elfogadja a lehetőségeket,
- elsajátítja az egészségfejlesztéshez nélkülözhetetlen képességeket, gyakorlati tennivalókat,
- készen áll kompetenciáját (tudását, képességét, akarati törekvését, értékelését) – hosszú távon is – az egészséges életvitelhez igazítani, és az egészségkárosítást megelőzni (elkerülni).

Nyitva maradt az a kérdés, hogy az egészség megvalósul-

hat-e akarati tevékenység nélkül, vagy nem teljesen tudatosan, vagyis: lehetünk-e nem tudatosan is egészségesek? A kérdés megválaszolásához gondoljuk meg, hogy az ember, mint bio-pszicho-szociális (egységet alkotó) lény, mint személyiség *különböző oldalról* minősíthető egészségesnek, illetve károsítottnak. A *szervi egészség* a modern vizsgáló technikákkal igen konkrétan körülírható, megállapítható, a szervi funkciók diagnosztikájában az akarati tényező nem jön számításba. A *lelki és a társkapcsolati egészség* diagnosztizálásának érvényességi határai ennél lényegesen szűkebbek, a saját megállapítások és a szakértői diagnózisok nem feltétlenül fedik egymást. A nem-organikus egészség kialakulásában, fenntartásában – kimutathatóan – *jelentős szerep jut a tudatos törekvésnek* (annak, hogy a személy tudja és akarva szívesen teljesíti életfeladatát), de felismerhetőek benne az emberi létezés nem tudatos elemei (biomechanizmusai) is. Az előzőkre való tekintettel a gyakorlati egészségnevelés domináns felfogása szerint: a növendékeket *érdeklődő, tudatos, megvalósításra kész és képes egészségvédelemre* szükséges nevelni.

1.3. Egészség a globalizált világban

A globalizációs folyamat átmeneti periódusában élünk. A gazdasági, társadalmi változások, az informatika térhódítása, a határokon átnyúló, egyre nagyobb mértékű migráció *egészségügyi változásokat* is hoznak magukkal. A „globalizáció” elnevezés alatt itt az egyre szélesedő nemzetközi kapcsolatokat emeljük ki. A digitális forradalom befolyásolja a kommunikációs és adatátviteli technológiát, a világkereskedelem és a munkaerőpiac liberalizációját. Újabbnál-újabb kommunikációs technológiák kötik össze a világot, amelyek állandó személyi kapcsolatokat teremtenek a világ különböző pontjai között, ezzel exponenciálisan megszorodnak a határokat átlépő kommunikációs folyamatok. Így a jövőben az egészség védelmére, megtartására, fejlesztésére vonatkozó ismeretek megszerzésének lehetőségei is megnövekednek.

A globalizációs folyamat felgyorsította a migrációt, amely nincs tekintettel arra, hogy a szokásokból, az életmódból, a higiénés viszonyokból eredően milyen *egészségi veszélyek* várnak az átköltözőkre.

A természeti katasztrófák (áradások, földrengések), a globális gázkibocsátás, a levegőszennyezés és sok más tényező is érezteti egészségveszélyeztető hatását. A világban számos népcsoport él háborús veszélyben, sokan veszítik el értelmetlenül életüket, s a hátramaradottak nyomorékként élnek tovább. E sorscseppek mellett veszélyeztetik az emberiséget a terrorizmus, s az emberiség már átélte az atomtámadás rombolását is. A környezeti kilátások az egészség oldaláról szemlélve tehát nem megnyugtatóak.

A műszaki újítások: a villamosítás, a műanyagipar, az atom- és hadiipar gyors előretörése, a közlekedéstechnika fejlődése egyrészt megkönnyítik mindennapjainkat, másrészt veszélyeztetik az emberiség életét és egészségét. A bekövetkező balesetek számának emelkedésével párhuzamosan *növekszik* a sérültek, csonkoltak, nyomorékok száma, akik egyik percről a másikra válnak rokkanttá.

A rizikómagatartásúak csoportjába egyre több olyan „egészséges” személy sorolható, aki a közlekedés, a munkavégzés vagy otthoni szabadidős tevékenysége közben sérül meg és válik rokkanttá. A veszélyeztetettek számát az ún. „civilizációs betegségek” (idegesség, félelem, depresszió) is növelik.

A globalizációnak – mindezek mellett – jelentős értéke is van, a jóléti társadalom ugyanis gazdagabb életet, jobb életfeltételeket biztosít polgárai számára. Azonban a növekvő jólét és a kulturális különbségek áthangolják a polgárok táplálkozási szokásait, az egészségtelenül táplálkozók száma egyre növekszik, s ezzel párhuzamosan (népbetegségként) emelkedik a patológiás kövérek (*obesitas*) száma. Némely gyógyszer a szabad kereskedelemben is beszerezhető, az öngyógyítás (orvosi ellenőrzés nélkül is), mint mindennapos tevékenység elfogadott. Az élvezeti szerek széleskörűen terjednek, hasonlóan növekszik az ún. ezoterikus segítségnyújtás, és egyre többen vannak, akik a természetgyógyászat eszköztárából önmagukban (orvosi terápia nélkül) alkalmazzák.

A testmozgás a globalizált világban fordított viszonyban áll a gazdasági jóléttel: a mozgás, a torna, a sport visszaszorul, a mozgásszegény életmód viszont több betegség (szív- és érrendszeri betegségek, neurózis, civilizációs betegségek) kiváltó okaként szerepel. A fiatalok körében viszont terjed a testdíszítés divatja, a szabadidőbeli testépítés, a fitness, az aerobic, a teremkerékpározás (spinning) és más újszerű edzőprogramok.

Felmérések utalnak arra, hogy az emberi kapcsolatok mindinkább individualizálódnak, a közösségi tevékenységek (szomszédsági, baráti együttműködés, szórakozás) visszaszorulnak, csökkenni látszik a szexuális kapcsolatokért vállalt felelősség. A családi élet bensősége veszít tartósságából: viszonylag sok házasságot bontanak fel, igen sok gyermek szorul állami gondoskodásra, nevelésre. Az elkülönítő (szegregáló) és intoleráns nevelési-oktatási gyakorlat és szociális rendszer elmélyíti a faji és a szociokulturális különbségeket a többségben és kisebbségben élők, illetve a fiatalok és felnőttek között.

2. Az egészség elősegítése: „egészségfejlesztés”

Ha az egészséget *életjelenségként* értelmezzük, úgy az egészséget lehet megvédeni, előmozdítani, fejleszteni, illetve veszélyeztetni, elveszíteni. Az egészség mint *érték* megtartása, fejlesztése, veszélyeztetésének elkerülése az ember alapvető feladata.

Az „egészségfejlesztés” elnevezés két tagszóból áll: az „egészség” és a „fejlesztés” (elősegítés) kifejezésekből. Az „egészség” – amint azt az előzőkben elemeztük – az ember (mint személyiség) testi, lelki, szociális létezési állapotát jelzi. A „fejlesztés”, *elősegítés (promóció)* kifejezés pedig megvalósulást, előmozdítást, fenntartást, illetve aktív előmozdítást, gyarapítást jelent. (Az egészség birtoklásával kapcsolatban a magyar nyelvben több kifejezés található: egészségvédelem, egészség-felvilágosítás,

egészségnevelés, egészségtámogatás, egészségfejlesztés. Értekezésünkben a nemzetközileg használatos „*health promotion*”, egészségfejlesztés fogalmát alkalmazzuk.)

A WHO meghatározása szerint az „egészség” egy élethelyzetre vonatkozó, tartós jellegű (stacioner), általános fogalom, amit a meghatározás így ír körül: „Az „egészség” univerzális fogalom, amely csak *általánosként* írható le, ezért az egyes személyekkel (individuumokkal) kapcsolatban aligha használható (hiszen mindenkinél másként jelenik meg). Az egészség az ember nélkülözhetetlen erőforrásának minősül, nem életstílust, hanem olyan pozitív koncepciót jelent, amely a személyes társadalmi életfeltételeket és a testi (fizikai) teljesítőképességet hangsúlyozza. (WHO, 1984) Ennek megfelelően az „egészség” fogalma a legáltalánosabban az *egyén tulajdonságaira* (közérzetére, teljesítőképességére) vonatkozik. Az egészséges lét konkrét életfeltételek között (pl. meghatározott klímaviszonyok, életmód, szociális-kulturális viszonyok, stb. között) valósul meg, az emberi életszükségletek egyéni kielégítése keretében. A szükségletek kielégítése egyben olyan aktív törekvés is, amely a társadalom követelményeinek megfelelően célirányos tevékenységgé fejlődik.

Más szóval: megkülönböztethető az *általános egészségfogalom*, és annak konkrét megvalósulása (reális volta): *a személyes (egészségi) létezés*. A konkrét egészség megvalósulásához az ember az egészségvédelem (prevenció), az egészségfenntartás (promóció), illetve a gyógyítás (kuráció) útján juthat el.

A WHO meghatározásában szereplő egészség-fogalom emberi „magatartásra” utal, amely mint aktív *funkció* (folyamat, tevékenység) az alkalmazkodó- és teljesítőképességre, egyben az élet elviselhető megvalósítására irányul. „Az egészség azt jelzi, hogy az egyén, illetve valamely csoport mily mértékben képes *törekvéseit megvalósítani és kielégíteni*.” (WHO, 1984)

Az utóbbi években az egészség értelmezésében paradigmaváltás zajlott le: az „egészség” fogalma dinamikus felfogást nyert, amely szerint az egészség nem állapotot (statust, szituációt), hanem olyan *dinamikus potenciált (energialehetőséget), képességet* jelöl, amely a személyiség életműködésének karbantartását és fejlesztését biztosítja. Ebből a szempontból az „egészség” *jövőre irányuló hatókört* (dimenziót) is tartalmaz: biztosítja a jelenben és a jövőben a *személyiség aktív* alkalmazkodó- és teljesítőképességét, továbbá a testi és lelki személyiségtényezők közötti, valamint az ember és a külvilág közötti egyensúly fenntartását.

2.1. Szemléletváltás: a betegség hiánya helyett egészséges létezés

Az egészség *több, mint a betegség hiánya* – amint ezt a WHO definíciója (1946) az ember alapjogaként lefektette. Napjainkban – több mint fél évszázad után –, az orvostudomány nagyléptékű fejlődése ellenére, a WHO eme egészségfogalmát a medicina nehezen fogadja be. A jóléti társadalmakban, amilyen a hazai társadalom is, az orvostudomány egyre újabb kihívásokkal áll szemben, ugyanakkor soha nem

látott kínálat is jelentkezik az egészségre vonatkozó információk és szaksegítség oldaláról. A lakosság életkilátásai egyre javulnak, az embereknek egyre fontosabb, hogy remélt életútjukat jól tudják kihasználni.

2.2. Szemléletváltás: egészségi kompetencia

Az egészség-fogalom újabb értelmező magyarázata szakít a WHO-definíció felfogásával és (a betegséghiánnyal ellentétben) az új értelmezésben az „egészséget” *alapfogalomként*, mint az *aktivításra való képesség (alapképesség) birtoklását* állítja előtérbe. A szemléletváltás abban ragadható meg, hogy *nem egészségi helyzetről, hanem egészségfenntartásról, -megőrzésről, arra való képességről és aktív megvalósításról (kompetenciáról) van szó*.

Valamely tevékenységben a „kompetencia” azt jelenti, hogy a személy: (1) az adott helyzet, feladat megoldásához szükséges *ismereteket (tudást)* birtokolja, (2) a cselekvés megszervezéséhez szükséges *készséggel (érdeklődéssel) és képességgel (készenléttel)* rendelkezik, (3) továbbá a megvalósítást célzó érzelmi-akarati, viselkedésbeli *beállítottság (attitűd, készenlét)* birtokában van. (Más szóval: a kompetens személy *ismeri* a kitűzött tevékenységet, *képes* annak megvalósítására, és azt szívesen és jól *akarja* elvégezni.) Az egészségre vonatkozó tudás, érdeklődés, képesség és készenlét között nyilvánvalóan *sokoldalú kölcsönhatás* áll fenn, amint azt pl. a „*Health Belief Model*” (egészség-elképzelési minta) is igazolja. A modell szükségesnek tételezi az egészséget veszélyeztető alapvető ismereteket, a betegségek fellépésének valószínűségére vonatkozó tapasztalatok felhasználását. (Antonowsky, A.: *Salutogenese*, 1997)

Az egészséget érintő „*kulcskompetencia*” követelménye így fogalmazható meg: *akarj és tudj egészségesen élni!* Ez a megfogalmazás azt foglalja magában, hogy az egészség *az ember alapképessége* (meglévő alapenergiája), amely arra irányul, hogy a személy a globalizáció körülményei között is képes legyen a világpiac követelményeinek megfelelni, azaz: általános (alapvető) és szakmai „*képességeket*” birtokolni. Tartalmilag az „*egészségi kompetencia*” az egészséges életmód iránti érdeklődést és motivációt, valamint az egészségmegtartásra, az egészségfejlesztésre vonatkozó tevékenységek, gyakorlati jártasságok (rutinok) megszerzését és elfogadását foglalja magában.

A világpiac munkaerőversenye az egészség fenntartásához *az ún. „alapképességek”* birtoklását igényli (pl. a kommunikációs képességet, az informatika alkalmazását, a logikai gondolkodást, az egészséges életvitelt, a kábítószerek használatának elvetését, a szociális érzékenységet, a kiegyensúlyozott szexuális kapcsolatot, stb.). Az emberek kognitív kultúrája a különféle információs ajánlatok és a tömegkommunikáció alapján egyre tágul. Az egészséges ember törekszik megismeri a modern egészség tudomány eredményeit – többek között a szervezet-környezet viszonyát, a baleseti előfordulásokat, az egészséges életvezetést, az élet- és munkafeltételek egészségvédő alakítását, az elsődleges és másodlagos prevenció legfőbb lépéseit. Az ipari társadalomban előforduló stresszhelyzetek a polgár-

roktól *problémamegoldó* képességet és készséget igényelnek. E követelmények ellenében hat napjainkban a tudományos ismeretek inflációja, az egészség értékjellegének csökkenése, a tömegkommunikációs eszközök egészséget kedvezőtlenül befolyásoló hatása.

2.3. Szemléletváltás: autonómia az egészségmagatartásban

Az „*autonómia*” szó, etimológiai szempontból, két tagszóból áll: a görög „*autos*” (önmaga) és „*nomos*” (törvény, jog, alapelv) szavakból, így az „*autonómia*” etimológiai alapjelentése: *önrendelkezés, önállóság, öngazgatás, öntörvényalkotás, szabadság, függetlenség, öntudat*. (Ebben az értelemben használják az európai kisebbségek pl. a „*területi autonómia*”, a „*nemzetiségi autonómia*”, a „*közigazgatási autonómia*” fogalmát.) Az autonómia *emberi alapjog*, amelyre minden emberi közösségben tekintettel kell lenni. Kérdés azonban az, hogyan működik az egészség fenntartásában, fejlesztésében az öngazgató függetlenség, az *autonómia*?

2.3.1. Az „*autonómia*” fogalmának tartalmi elemei

Az „*autonómia*” részben egyedi, részben közösségi jellegű fogalom. Az egyedi (perszonális) autonómia nem csupán azon a tényen nyugszik, hogy minden ember maga rendelkezik saját teste (organizmusa) felett, és így minden embernek *saját joga* van egészségét megőrizni, fenntartani, védeni (vagy az ellenkezőjét tenni). Az életre és az egészségre vonatkozó *önálló döntés* határait sok tényező jelöli ki (így pl. az egészségügyi törvény, a tudomány, a politika, a vallás, a szociális intézményrendszer, a népi szokások, stb.). Az életéről és az egészségről szóló önálló döntés határainak kijelöléséről széles körű társadalmi vita folyik, az orvoslásban máig nincs élesen definiált döntés a szabadság határáról.

Az egyedi autonómia, a személyes szabadság az egyén alapjoga, szabad döntése, önrendelkezése, amely olyan mértékben érvényesül, amilyen mértékben az egyén döntései nem állnak fizikai vagy pszichikai kényszer alatt. Emellett – általános értelemben – az autonómia-fogalom tartalmazza az egyén képességének birtoklását az „*élet egésze*” felett, azaz: életvitele *szabad, önálló, kényszermentes* irányítása felett.

2.3.2. Az „*autonómia*” pedagógiai jellemzői

Ha az autonómia jellemzőit a tanulóifjúság körében vizsgáljuk, szükséges a tanulók önállóságra való törekvését a szabadság iskolai feltételei közé helyezni, áttekinteni (1) az oktatási anyag, (2) az óravezetés, (3) a szakmai gyakorlat és (4) a szabadidős rendezvények „*szabadságkereteit*”. Az egészséges, „*autonómnak*” minősített tanuló élettevékenységei, tanulása, szórakozása, társkapcsolatai során, egyre szélesedő mértékben az alábbi *alapvető autonóm egészségvédő jellegzetességekkel* rendelkeznek:

- az életben felhasználható egészségvédő ismeretek birtoklása, az információk fogadására való készség,
- az aktuális egészségfejlesztő ismeretek (információk, gyakorlati minták) megszerzése, önálló döntés az „*egészségesebb*” megoldás választása mellett,
- a fizikai/mentális képesség megszerzése a társadalmilag értékes célmegítéléshez és célkitűzéshez (a karrier egészségvédő feltételeire való felkészülés),
- a cél eléréséhez (a karrierhez, az edzettséghez) szükséges motiváció (érdeklődés, szándék) és beállítódás (vélemény, készenlét, kitartás) kialakítása,
- a készségek és képességek megszerzése és beépítése az életvitelbe, életmód-alakításba,
- a sikervágy és az eredményesség megítélése (önértékelés); a szomatikus, pszichés és szociális „*jól-lét*”: a kiegyensúlyozott közérzet, jó hangulat fenntartása. (Székely, L., 2005/a)

Ha a fenti jellegzetességeket az „*autonóm személyiség*” jellemzőiként fogadjuk el, kitűnik, hogy az „*autonómia*” karakterisztikája több szempontból fedi a „*kompetencia*” fogalomterületét. A „*kompetencia*” fogalmának pedagógiai értelmezése (tudás, készség, képesség, praktikus potenciál) a globalizációs tényezők változása miatt az oktatásban célkategóriává vált, és magában foglalja a tanulók autonómiára való törekvését is.

2.4. Szemléletváltás: egészségi érdekérvényesítés

Az egészség *érték*, amely a társadalom bázisára építkezik, a társadalom minden tagját érint. Az egészséges élet lehetőségeit a *társadalmi feltételek* biztosítják. Ennek alapján az egészség *szociális kategóriaként* is értelmezhető, hiszen a szocializációs folyamat *alapiját és feltételeit* az egészség képezi. Az egészségi kompetencia szociáldemagógiai ismeretjegyei (Anderson, H., 1983 szerint) az alábbiak lehetnek: az embertársi kapcsolatok *létesítésének képessége*, a közösségi szükségletek *kifejezésének képessége*, a személyes izoláció *elkerülése*, a szociális környezetben (lakókörzet, munkahely, egyesület) az egészségfejlesztő viszonyok *kialakításában való részvétel*, valamint az egészségfejlesztéssel kapcsolatos (személyes vagy közösségi) *érdekek kijárása*.

„*Kijáró képességgel*” (*empowerment*) azokat a stratégiákat (intézkedéseket), eljárásmodokat jelöljük, amelyek arra szolgálnak, hogy a mindennapok során a személy önrendelkezésének mértékét emeljék, azért, hogy egy másik személy kompetenciáját önhatalmúan, öntudatosan és felelősségteljesen érvényre juttassa. A „*kijáró képesség*” egyben jelzi az egészségmegőrzésre való illetékes magragadását, valamint az ember egészségének „*hivatásos*” támogatását is.

A globalizált világban az embereknek szükségszerűen szorosabb kapcsolatban kell egymással együttműködniük. Az egészség – szubjektív tartalma mellett – „*tér-idő dimenziót*” is tartalmaz, így *saját, speciális életteret és megadott időtartamot* (amilyen az életkor, a képzés ideje, a családalapítás, a karrier sikerének területe). (Wenzel, E., 1986/S. 71)

Mind az egyéni egészséget, mind a közérzetet csak

az egyén és környezet kölcsönhatásában lehet értelmezni. Globalizált viszonyok között a környezet nem csupán a természetes környezetet foglalja magában, hanem a gazdasági, társadalmi, szociális, kulturális viszonyokat is, pl. társas érintkezés a munkában, emberi kapcsolatok a szerelemben, hitbeli együttműködés a vallásban stb. Az ember az anyagi, tudományos, technikai és szociális környezet alanyaként él, és „egészsége azt célozza, hogy az emberek a szociális és gazdasági környezetben nagyobb mértékben váljanak a kölcsönkapcsolatok alakítójává, és ezzel jobban képessé váljanak egészségük megerősítésére.” (Ottawai Charta, WHO, 1986/S. 5)

2.5. Szemléletváltás: integrációs egészségi szemlélet

Az „integráció” fogalma eredeti tartalma „beilleszkedést”, „beolvasztást” ölel fel, illetve napjainkban Európa országainak és népeinek gazdasági és politikai egységét (Európai Unió) és kollektív döntését jelenti. Az *oktatásban* az „integráció” a különböző tantárgyak oktatási anyagainak egybevetését, a *neveléstudományban* az „együtt-nevelést” (integratív nevelést) jelenti, szemben az „elkülönítő” neveléssel-oktatással (izoláció, szegregáció). Az „integráció” az *egészségtudományban* az ember azon alapjogához tartozik, amely az életbiztonságot és az egészséget minden embernek, minden megkülönböztetés nélkül biztosítja. Az *egészséges magatartás* együttműködő és segítő beállítódást, motiváltságot, attitűdöt (az egészségesebb választására való készenlétet, szándékot) és „kijárási készséget” (mások érdekeit védő eljáró képességet, „empowerment”) tartalmaz.

2.6. A segítő személyzet igénybevétele

Az ember életében, interakcióinak megvalósítása során, számtalan mennyiségi és minőségi akadály merülhet fel (pl. stressz, sérülés, betegség, életveszély, stb.), amely az optimális teljesítést, valamint az aktív alkalmazkodóképességet hátráltatja, és testi-lelki (pszichoszomatikus) zavarokat okoz. Az interakciók akadályai közben a személy segítségére lehetnek a *segítő személyek*, akik pl. a mozgáskorlátozottaknak, érzékszervi fogyatékosoknak segítenek, vagy felkészítenek a veszélyek elkerülésére (egészségi információ, egészségnevelés, tréning, stb. segítségével). Ismételjük, hogy az egészségnek a jövőre vonatkozó dimenziója is jelentős, ezért lényegi alkotóeleme a *jövőre való felkészülés* (készenlét, érdeklődés, szándék) és a segítség elfogadása. Ilyen segítség az egészség fenntartásában:

- a szülők és nevelők segítségének figyelembevétele,
- az egészségvédő szakszolgáltatások igénybevétele a probléma jelentkezésekor,
- az orvosi, egészségvédelmi, valamint a mozgásra, a táplálkozásra, stb. vonatkozó instrukciók teljesítése,
- az ún. *szalutogenetikus* (a patogenetikus medicinnal ellentétes) felfogás beépítése az életmódalakítás-

ba („betegség elleni harc” helyett „egészségfejlesztés”). (Antonowsky, A., 1979)

2.7. Nem specifikus egészségi panaszok megelőzése

A globalizált társadalomban a felhalmozódó előnyök mellett egyre több környezeti ártalom, testi, lelki, társadalmi zavaró tényező lép fel az egészség megőrzésével, fejlesztésével szemben. Az újabb életfeltételek, lakásviszonyok, munkalehetőségek, utazási (letelepedési) lehetőségek, nemzetközi informatikai kapcsolatok, stb. újabb magatartási követelményeket állítanak az egészség megőrzése elé. A megváltozott nem specifikus *magatartási standardok* (elvárt, átlagos követelmények) azt jelzik, hogy az „egészség” fogalma a globalizált világban *egyre táguló tartalmat*: a jövőbeli élet sikerére, a karrierre, a megelégedettségére (*well-being*) kiható *kompetenciát* takar. Az „egészség” várható, újabb jellemzőit a globalizáció „kényszeríti ki” a jövő polgáráról, és sikeres életviteléhez testi edzettséget, egészséges táplálkozást, foglalkozási egészségvédelmet, értő és megértő emberi kapcsolatokat, mentálhigiénés edzettséget, környezetvédő „készenlétet” és a jövőért vállalt felelősséget követel.

Összefoglalás

A globalizáció társadalmi, gazdasági változásainak következményeként az egészség fogalmának tartalmi elemeiben, az egészség megvédésének kérdésében és a közérzet (*well-being*) mutatóiban is jelentős változás következett be. A tanulmány sorra veszi az egészségfejlesztéshez kapcsolódó fogalmakat, ezeket – a globalizációs változásoknak megfelelően – átértelmezi. Tudományelméleti szempontból vizsgálja a modern egészség-fogalmat, az egészségfejlesztést és a hozzá kapcsolódó autonómia és jól-lét fogalmát. *Maslow* nyomán részletezi az emberi szükségletek kielégítésének szintjeit, mint az egészséges létezés és jól-lét követelményeit. Bizonyítja, hogy a jólét és az egészségre való törekvés az egyén és a társadalom elégedettségének mutatója.

Summary

Due to the economic and social changes of Globalisation occurred significant changes in the component of Health concept, as in the matter of health protection and indexes of wellbeing too. This essay demonstrates the concepts of health development one after another, and expound according to the (changes of) globalisation. In this work we scientifically (academically) analyze the modern Health concept, the health development and attaching autonomy and wellbeing concept. The authors according to Maslow's works specialize the levels of the gratification of human needs, as the requirements of health promotion and wellbeing. We confirm that the wellbeing and effort for health is a social and individual indicator of satisfaction.

(Gesundheit, Förderung, Wohlbefinden) Betrachtungen über neuen Gesundheitsbegriffen

Nach den Konsequenzen der gesellschaftlichen, ökonomischen Veränderungen der Globalisierung, sind auch die Inhaltselemente vom Begriff Gesundheit, Gesundheitsförderung und auch vom Wohlbefinden signifikant verändert. In der Abhandlung werden die Begriffe, die zur Gesundheitsförderung gehören aufgeführt, und nach der

Forderungen der Veränderungen der Globalisierung neu interpretiert. Nachwissenschaftstheoretischem Gesichtspunkt werden die Begriffe Gesundheit, Gesundheitsförderung, Autonomie, Wohlbefinden erforscht. Nach Maslow wird die Hierarchie der menschlichen Bedürfnissen und deren Befriedigungen interpretiert, als Postulat der Gesundheit und des Wohlbefindens. Es wird demonstriert, dass sich das Wohlbefinden und die Förderung zum Gesundsein, als Anzeiger der Zufriedenheit der Individuen und der Gesellschaft erweist.

IRODALOM

- Atkinson, R. L. et al. (1996): *Pszichológia*. Osiris, Budapest
- Abholz, H. (1982): *Risikofaktorenmedizin. Konzept und Kontroverse*. de Gayer, Berlin/New York
- Alderfer, C. P. (1972): *Existence, Relatedness, and Growth; Human Needs in Organizational Settings*. Free Press, New York
- Allport, G. W. (1961): *Pattern and Growth in Personality*. Holt, Rinehart and Winston Inc., New York
- Anderson, R. (1983): *Health Promotion*. (WHO Regional Off. for Eur. HED/HPR)
- Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*. DGVT-Verlag, Tübingen
- Badura, B. (1983): *Perspektiven sozialwissenschaftlicher Gesundheitsforschung*. München/Wien, S. 1–8.
- Baier, H. (1982): *Pflicht zur Gesundheit?* Vieweg & Sohn, Braunschweig/Wiesbaden
- Beck, U. (1997): *Was ist Globalisierung?* Shurkamp, Frankfurt/Main
- Becker, K.–Franzkowiak, P. (1982): *Gesundheitsorientierte Selbsthilfe als soziale Aktion*. de Gruyter, Berlin/New Berlin/New York
- Berufsgenossenschaft (2005): *Wohl fühlen am Arbeitsplatz*. Universum Verlagsanstalt, Wiesbaden
- Cattell, R. B. (1952): *Factor Analysis*. Harper, New York
- Erben, R.–Franzkowiak, P.–Wenzel, E. (1986): „Die Ökologie des Körpers, Konzeptionelle Überlegungen zur Gesundheitsförderung.“ (In: Wenzel, E.: *Die Ökologie des Körpers*. 14–121. S.)
- Franzkowiak, P. (1983): *Risikoverhalten. Vorgänge*. Vol. 22., Nr. 64–65.
- Genkova, P. (1978/a): *Erfolg durch Schlüsselqualifikation?* Lengerich, Berlin
- Genkova, P. (1978/b): *Lernen und Entwicklung im globalen Kontext*. Lengerich/Berlin
- Goble, Fr. (1970): *The Third Force. The Psychology of Abraham Maslow*. Adult
- Göpel, E.–Hölling, G. (2001): *Gesundheit gemeinsam gestalten*. Mabuse Verlag, Frankfurt/Main
- Gubinsky, G.–Hidebrand, H.–Schulz, M. (1982): *Projekt Gesundheit*. Widersprüche, Heft 4–5.
- Hagendoorn, H. (2007): *When Ways of Life Collide. Multiculturalism and its Discontents in the Netherlands*. University Press
- Handbuch der Globalisierung*. (<http://www.handbuchderglobalisierung.de/>)
- Heeg, F. J.–Beinhold, F.–Bubel, S. (2004): *Lust und Arbeit*. (Was muss ich tun, was müssen andere für mich tun und was müssen ich und die anderen gemeinsam tun, damit Arbeit Spaß macht. 3. Auflage.) Bundesanstalt, Dortmund
- Kickbusch, I.–Wenzel, E. (1981): *Risikoverhalten – die alltägliche Gesundheitsbewegung*. (In: Forum für Medizin und Gesundheitspolitik. Heft 17, 31–39. S.)
- Metall, I. G. (2003): *Gesundheit schützen und fördern*. 3. Auflage, Frankfurt
- Leary, T. (1993): *Neurologic*. Löhrbach
- Maslow, A. H. (1943/a): „A Theory of Human Motivation.“ In: *Psychological Review*, 50./370. u.a.
- Maslow, A. H. (1954/b): *Motivation and personality*. Harper, New York
- Maslow, A. H. (1971/c): *Farther Reaches of Human Nature*. New York (posthum veröffentlicht)
- Moreno, J. L. (1951): *Sociometry, Experimental Method and the Science of Society*. New York
- OECD, 2006 (Organisation for Economic Co-operation and Development): *PISA 2006 (Programme for International Student Assessment)*. Paris
- Olten, W. (1979): *Die Dritte Kraft. A. H. Maslows Beitrag zu einer Psychologie seelischer Gesundheit*.
- Osgood, C. E.–Suci, G. J. (1955): „Factor analysis of meaning.“ In: *Journal experimental Psychology*, 1955/50.
- Parsons, T. (1967): *Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas*. Köln/Berlin, S. 57–87.
- Parson, T.–Shils, E. A. (1954): *Toward a General Theory of Action*. Köln
- Poiesz, Th. B. C.–van Raaij, E. M.–Fred, W. (2004): *Marketing Strategie und Konsumverhalten in het marktonderzoek – 2004 Markt Onderzoek Associatie* (S. 183–.)
- Poiesz, Th. B. C.–de Bont, C. J. P. M. (1995): „Do We Need Involvement to Understand Consumer Behavior?“ In: *Advances in Consumer Research*, 22, S. 448–452.
- Schleiter, A. (2005): „Glück, Freude, Wohlbefinden – welche Rolle spielt das Lernen?“ (*Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter Erwachsenen in Deutschland*.) Gütersloch (www.bertelsmann-stiftung.de)
- Schmidbauer, W. (1982): *In Körper zuhause*. Fischer Verlag, Frankfurt/Main
- Simon, T. (1998): *Regeln der gesunden Lebensweisen*. (Magyarul: „Az egészséges életmód szabályai.“ In: *Egészségnevelés*, 1998/236.)
- Simon, T.–Székely, L.–Vergeer, F. (2007): *Neubestimmung vom Begriff Gesundheit*. (Magyarul: „Az »egészség« fogalmának újraértelmezése.“ In: *Egészségfejlesztés*, 2007/4. és 2008/1.)
- Székely, L. (2005/a): *Gesundheitspädagogik*. (Magyarul: *Egészségpedagógia. Komplex egészségi és környezeti nevelés óvodában*.) EON, Budapest
- Székely, L. (2008/b): *MAGISZTER – Gesundheitserzieherische Vorbereitung zur Globalisation*. (Magyarul: *Magiszter. Globalizációra felkészítő egészségnevelés*.) EON, Budapest,

- Székely, L. (2008/c): *Erziehungsprogramm für Kindergesundheitsschutz*. (Magyarul: *Gyermekegészségügyi nevelő program.*) EON, Budapest
- Teegen, F. (1983): *Ganzheitliche Gesundheit*. Reinbeck Verlag, Hamburg
- Vavrik, J. (2004): *Globalisierung. (Schriftenreihe)*. Bundeszentrale für Politische Bildung, Bonn
- Waidfeld, J. M. (2005): *Wachstum, der Irrtum. Wohlstand, eine gesellschaftliche Betrachtung*. Fischer & Fischer, Medien AG, Frankfurt
- Wenzel, E. (1986): *Die Ökologie des Körpers*. Surkamp, Berlin
- Vergeer, F. J. (1989/a): *Een gezonde uitdaging (Gezondheidseducatie in het basisonderwijs)*. Uitgeverij Zwijsen b.v. Tilburg. (Gesundheitliche Herausforderung)
- Vergeer, F. J.–Leeuwe, J. (2002/b): *Vom Begriff Wohlbefinden in Gesundheitserziehung*. (Magyarul: „A jól-lét fogalma az egészségnevelésben.” *Egészségnevelés*, 2002/43.)
- Vergeer, F. J. (2005/c): *Die Wirkung des angenehmen schulischen Wohlbefindens auf aktives Lernen der Schüler; Vortrag: Schulisches Wohlbefinden und aktive Arbeitsformen*. Budapest, 2005) Magyarul: „Az iskolai jó közérzet hatása az aktív tanulásra.” *Budapesti Népegészségügy*, 2005/3., 230–236. old.
- WHO, World Health Organisation, Regional Office for Europe (1982): „Perspectives of the WHO Regional Office for Europe: Health Promotion and lifestyles.” (In: *International Journal for Health Education*, Vol. 1., Nr. 3/4.)
- WHO (1983): *Lifestyles and their impact on health*. Copenhagen (EUR/RC 33)
- WHO (1986): *Ottawa-Charta: „Gesundheit für alle” bis zum Jahr 2000 und darüber hinaus*. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa
- Wilson, C. (1972): *New Pathways in Psychology. (Maslow and the Post-Freudian Revolution.)* Gollancz
- Wittig-Goetz, U. (2009): *Wohlbefinden – ein neuer Gesundheitsbegriff*. (ergo-online®-Wohlbefinden)
- Zimbardo, Ph. G. (1999): *Psychologie*. (7. neu übers. und bearb. Aufl.) Springer, Berlin