

Deliberationes tudományos folyóirat

15. évfolyam 1. szám 2022/1, 22-33. oldal

Kézirat beérkezése: 2022.11.02.

Kézirat befogadása: 2022.11.17.

[10.54230/Delib.2022.1.22](https://doi.org/10.54230/Delib.2022.1.22)

Deliberationes Scientific Journal

Vol.15; Ed.No. 1/2022, pages: 22–33

Paper submitted: 2nd November 2022

Paper accepted: 17th November 2022

[10.54230/Delib.2022.1.22](https://doi.org/10.54230/Delib.2022.1.22)

AZ EGÉSZSÉGRE NEVELÉS SPECIÁLIS PEDAGÓGIAI ESZKÖZE

*Egészség, mint fogalom modellezési lehetőségei és az egészségfejlesztés speciális
pedagógiai eszközének változása*

Beke Szilvia

Gál Ferenc Egyetem, Egészség- és Szociális Tudományi Kar

Absztrakt

Az egészség, mint fogalom a WHO 1948-as megfogalmazása óta szinte változatlan formában él, annak ellenére, hogy annak statikus mivolta az elmúlt néhány évtizedben jónéhány kritikát kapott. A definíció által lefedett dimenziókat számos kutatás, de maga a WHO is folyamatosan monitorozza országokként, kontinensekként és globális viszonylatban egyaránt. Ennek köszönhetően az elmúlt évtizedek eredményeként számos változással kellett szembe nézni.

A fogalom mellett ugyanakkor számtalan modell született, melyeknek közös jellemzője az, hogy valamennyi az egészséget befolyásoló tényezőket vizsgálja más és más aspektusból. Hiszen az egészség fogalma kapcsán nem szabad megfeledkezni, annak gazdasági, társadalmi beágyazottságáról. Fontos szempont, hogy a társadalom mit ítél meg egészségesnek és mit betegnek. Ennek mentén érdemes elkülönítenünk az objektív és szubjektív egészség fogalmát, melyben előbbi alapvetően mérhető, míg utóbbi az egyén aktuális állapotát tükrözi.

A tanulmány szerzőjének célja, hogy egy átfogó képet mutasson be ezen modellek segítségével az egészség fogalmának értelmezéséről, mely alapjaiban határozza meg az egészségfejlesztés fogalmát és a tevékenységét, valamint az elmúlt évek technológiai változásai és az interaktivitás szükséglete mellett térjen ki az egészségfejlesztési folyamat pedagógiájára.

Az egészségfejlesztés soha nem egy-egy ágazat feladata, hanem az mindig inter- és multidiszciplináris összefogást igényel, melyre a szerző is igyekszik rávilágítani a már megvalósult „jó gyakorlatok” bemutatásával.

A tárgykörben tett kitekintés, egyben alkalmat adhat arra, hogy a sok esetben jelenleg is egyirányú pedagógiai gyakorlat nyitottabbá és az új lehetőségek alkalmazása is elfogadottabbá váljon, mind a pedagógusok, egészségügyi szakemberek, mind pedig azon

szakemberek körében, akik mindennapi munkájuk során alapvető hatást gyakorolnak a gyermekek egészségtudatosságára.

Kulcsszavak: egészség, egészségmodell, egészségfejlesztés, interaktív pedagógia

MODELLING POSSIBILITIES OF HEALTH AS A CONCEPT AND THE CHANGE OF THE SPECIAL PEDAGOGICAL TOOL OF HEALTH PROMOTION

Szilvia Beke

Faculty of Health and Social Sciences, Gál Ferenc University

Abstract

Health as a concept has remained almost unchanged since its formulation by the WHO in 1948, despite the fact that its static nature has received considerable criticism over the past few decades. The dimensions covered by this definition are continuously monitored by numerous researches, as well as by the WHO itself, both by country, by continent and globally. Due to this, as a result of the past decades, we have had to face many changes.

In addition to the concept, however, countless models have been created, the common feature of which is that they all examine the factors affecting health from different aspects. After all, in connection with the concept of health, we must not forget its economic and social embeddedness. What is considered healthy or sick also depends on the judgement of a given society.

In this spirit, it is worth distinguishing between the concepts of objective and subjective health, in which the former can basically be measured, while the latter reflects the individual's current state.

The aim of the author is to present a comprehensive survey of the interpretation of the concept of health with the help of these models, which fundamentally defines the concept of health promotion and its activities. The paper also touches on the pedagogy of the health promotion process in addition to the technological changes of recent years and the need for interactivity, too.

Health promotion is never the task of a single sector, but it always requires inter- and multidisciplinary cooperation, which the author also tries to highlight by presenting the "good practices" already implemented.

The overview of the topic can also provide an opportunity to make the pedagogical practice, which is still one-way in many cases, more open, and the application of new options could also become more accepted both by teachers, health professionals and those experts who have a fundamental impact on the health awareness of our children in their daily work.

Keywords: health, health model, health promotion, interactive pedagogy

BEVEZETÉS

A nyugat-európai országokhoz hasonlóan hazánk népessége is, az elmúlt időszak COVID járványától eltekintve, folyamatos küzdelmet folytat a krónikus nem fertőző degeneratív megbetegedésekkel.

2020-ban a születéskor várható átlagos élettartam férfiak esetében 72,21, míg nők esetében 78,74 év volt, mely az elmúlt néhány évhez képest romlott, de ennek oka alapvetően a pandémia okozta megbetegedésekben és halálozásokban keresendő, nem pedig az életmódunk romlásában. Bár tény, hogy a 2000. évhez jelentős javulás volt tapasztalható a születéskor várható élettartamban, de az Európai Unió 2019. évi átlagához képest, még így is több mint öt éves (2019. évben férfiak esetében 78,5, nőknél 84 év) elmaradás tapasztalható (KSH, 2019).

A különbség nemzetközi összehasonlításban a várható élettartam területén az iskolázottság tekintetében is jelentős, a 30 éves felsőfokú végzettséggel rendelkező férfiak mintegy 12, míg a nők 6 évvel élnek tovább, mint az alacsony végzettséggel rendelkezők. A várható élettartamban az iskolázottság szerint meglévő különbség jóval meghaladja az uniós átlagot (férfiak esetében 7,6, nők esetében 4,1 év), ami részben azzal magyarázható, hogy az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők nagyobb mértékben vannak kitéve a különböző kockázati tényezőknek. Ideértendők például a magasabb dohányzási arányok és a helytelenebb táplálkozási szokások (OECD, 2019). A rizikómagatartáson túl a magasabb iskolai végzettség magasabb társadalmi státusszal jár, mely befolyásolja a jövedelmi, életszínvonalbeli lehetőségeket is (Uzzoli, 2016).

Azaz az iskolázottságunk, ismereteink és tudásunk jelentős befolyással bírnak hosszútávon az egészségmagatartásra.

Az egészség komplexitása, azonban nehezen értelmezhető anélkül, hogy ismernénk annak kulturális, társadalmi, gazdasági beágyazottságát, melyet jól szemléltetnek a különböző egészségmodellek.

AZ EGÉSZSÉG, EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS FOGALMÁNAK KOMPLEX ÉRTELMEZÉSE AZ EGÉSZSÉGMODELLEK SEGÍTSÉGÉVEL

A társadalom egészének egészségi állapot mutatói visszavezethetők az egyénre, mint a társadalom legkisebb alkotó egységének egészségi állapotát befolyásoló és meghatározó tényezőkhöz, ezek az egészségdeterminánsok.

Az életmód jelentőségére először Marc Lalonde 1974-ben irányította rá a figyelmet, amikor is a kanadaiak egészségi állapotáról írt jelentésében leszögezte, hogy egészségmagatartásunkat jellemző pozitív vagy negatív szokások jelentős kihatással vannak egészségi állapotunkra, az egyén egészségi állapotát meghatározó tényezőket, négy fő csoportba rendezte így:

- életmód,
- genetika,
- környezet,
- egészségügyi ellátórendszer.

A kiadvány hatására a kanadai kormány politikáját megváltoztatva a betegségek kezeléséről erőteljes irányt vett annak megelőzésére, illetve az egészség előmozdítására. Lalonde beszámolja (1974) sokak véleményét tükrözte, azokét, akik az egészség kizárólagos medikális megközelítését túlságosan szűklátókörűnek tartották.

A Lalonde-riportként is emlegetett beszámoló új irányelvei igazán kilenc évvel később 1986-ban az Ottavai Charta során nyerték el méltó helyüket. A Charta az egészség társadalmi (holisztikus) modelljét alkotta meg, melyben megjelenő öt terület mai napig kiemelt fontosságú az egészségfejlesztés területén, ezek:

- Egészséget szolgáló közpolitikák
- Kedvező környezet kialakítása
- Egyéni képesség fejlesztése
- Közösségi cselekvések erősítése
- Az egészségügyi rendszer átszervezése
(ÁEEK, dátum nélk.)

Lalonde által felvetett négy kategóriának arányait 2002-ben McGinis az alábbiakban határozta meg:

- életmód 40%,
- genetika 30%,
- környezeti tényezők 5%
- társadalmi-gazdasági környezet 15%,
- míg az egészségügyi ellátórendszer 10%-ban befolyásolja az egyén egészségi állapotát (McGinnis, Williams-Russo, & Knickman, 2002).

Számos kutatás történt ezen a területen, hogy mely tényező, milyen mértékben gyakorol befolyást az egyén egészségére, azonban a kör nem bővült, sőt az is elmondható, hogy országonként lehetnek eltérések az arányokat tekintve, ugyanakkor a sorrendiség mindig megmaradt. minden esetben meghatározó szerepet kap az életmód, mely során evidenciaként kell kezelnünk azt, hogy mindez társadalmilag, gazdaságilag és kulturálisan determinált. Az egészséget jelentősen befolyásolja a szociális státusz, amely az anyagi helyzetnek és a társadalmi kapcsolatoknak köszönhetően a társadalmi erőforrásokhoz való hozzáférést határozza meg (Vitrai & Mihalicza, Egészségi állapot, 2006).

Az egészség komplex szemlélete és az alapján létrehozott egészségmodelleket alapvetően három tényező határozza meg. Az első, hogy miként gondolkodik a modell alkotója az egészség fogalmáról, második az egészséget meghatározó egyéni és közösségi tényezők, vagyis egészségdeterminánsok, míg a harmadik az, az alkotó által feltételezett kapcsolatrendszer, mely az egészségdeterminánsok között fennáll (Moravcsik-Kornyczki & R. Fedor, 2021)

Biomedikális szemléletű egészségmodell

Az egészséget alapvetően a betegség hiányaként fogalmazza meg (<https://fogalomtar.aek.hu/index.php/Egzségmodell>). A modell a biológiai tudományok eredményeit tekinti meghatározónak, kialakulását a 19. századtól megerősödő természettudományi fejlődés tette lehetővé. A beteg vagy környezete erőforrásait kevésbé képes figyelembe venni, hasonlóképpen azokra a pozitív sajátosságokra, amelyek felhasználhatók a változás provokálásában (Túry, 2003).

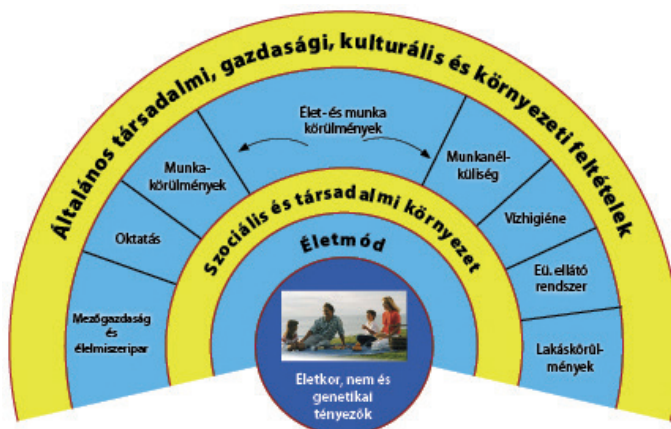
Az egészség bio-pszicho-szociális, funkcionális modellje

A biomedikális szemlélet túlhaladottá vált, mely egyúttal egy paradigmaváltást is jelentett az orvostudomány területén. George L. Engel 1977-ben alkotta meg a biopszicho-szociális orvoslás téziseit, mely a biológiai szempontokon túl kihangsúlyozta a lelki jelenségek jelentőségét, valamint azon társadalmi szempontokat, melyek alapvető szerepkörrel bírnak, ezzel megalkotva egy holisztikus szemléletet (Beke & Tömő, 2021). A biopszichoszociális elmélet egyben egy rendszerelmélet is, amelyben egymásra épülő egységeket feltételez, a komplexebb, nagyobb egységek az alacsonyabb szerveződési szintre épülnek. A szerveződési szintek dinamikus kapcsolatban vannak, minnek következtében ha az egyik egységben változás jön létre az a többi egységben is változást indukál. Így a modell megalkotója szerint a betegségek kialakulásában nem pusztán egy mechanikus (biológiai) okot kell keresnünk, hanem a hajlamosító, a kiváltó és a fenntartó tényezők összetett kapcsolatrendszerét és egymásra gyakorolt kölcsönhatását (Túry, 2003). Jelen bio-pszicho-szociális modell adja a kiindulópontját az Egészségügyi Világszervezet tevékenységének, ezentúl a Fogyatékoság és Egészség Nemzetközi Osztályozásának (továbbiakban: FNO-ICF), amelyet napjainkban széleskörűen elfogadnak a fogyatékoság, illetve rehabilitáció területén (Waddell, 2006).

Az egészség társadalmi-gazdasági- kulturális környezeti modellje

A 20. század egyik meghatározó modelljéről beszélünk, melyet másnéven „szivárvány” modellként is emlegetnek.

Jól látható, hogy az eddigi modellek is részben az egyént és „annak hibáit”, helytelen életvitelét helyezik a középpontba, míg a következő modellben már megjelenik a szociális tényező is. Dalgren-Whitehead 1991-es modelljében is az egyén áll a középpontban, de hangsúlyozza, hogy a társadalmi és környezeti feltételek ismerete elengedhetetlen az egyén és az állomány egészségügyi állapotának megismeréséhez.



1. ábra: Dahlgren-Whitehead modell
Forrás: (Dahlgren & Whitehead, 1991, old.: 13)

A legerősebb módon hatást gyakorló befolyásréteg, az amely az egyénhez a legközelebb áll, vagyis az egyén viselkedése, értékrendszere, abban az egészség, mint értéknek a szerepe. A második réteg a "szociális és társadalmi környezet", mely rámutat arra a tényre, hogy az egyén nem egy „légüres” térben él, barátai, rokonai, társadalmi környezet segíti az egyén életmódjának, életvitelének kialakítását. Jól példázta ezt, pl. kamaszkorban a kortársak hatása, mely akár pozitív, akár negatív irányba is erős befolyásoló hatással bír. A harmadik rétegben találjuk meg az élet- és munkakörülményeket, az oktatást, egészségügyi ellátórendszert, lakáskörülményeket, vagyis mindazon tényezőket, melyek közvetlenül vagy közvetve hatást gyakorolnak az egyén egészségi állapotára, illetve segítik az egészségmegőrzés folyamatát. Ez az a réteg, ahol erőteljesebb hangsúlyt kap az adott szolgáltatásokhoz történő hozzáférés kérdése. A legkülső réteg az általános társadalmi, gazdasági, kulturális és környezeti feltételek összesége, mely adott társadalom egészére jellemző (Ádány, 2011).

A Dahlgren-Whitehead modell (1991) által megfogalmazott állításoknak köszönhető, hogy elindult a társadalmi, gazdasági vagy akár az egészségügyi ellátás során felmerülő egyenlőtlenségi kérdések vizsgálata (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Az egészség társadalmi modellje- egészségyenlőtlenség

A modell arra a tényre alapoz, hogy az egyén társadalmi helyzete, adott társadalomban elfoglalt helye hatást gyakorol egészségi állapotára, vagyis alacsonyabb társadalmi státusz rosszabb egészségi állapottal jár ezzel együtt jár az a következtetés, hogy az orvostudomány az egyben társadalomtudomány is, míg a politika alapvetően ösztársadalmi orvoslás (Vitrai, 2011). Ennek következménye, hogy azok, akik az egészség-egyenlőtlenségeket, alapvetően a társadalmi helyzetre vezetik vissza, azt igazságtalannak és méltatlannak tartják.

tánytalannak tartják. Az egészségre ható társadalmi tényezők jelentőségét felismerve, a WHO 2005-ben az egészségegyenlőtlenségek csökkentésére bizottságot hozott létre (Commission on the Social Determinants of Health, továbbiakban: CSDH). Michael Marmot, a WHO egészség társadalmi meghatározóival foglalkozó bizottságának vezetője volt az, aki felhívta a figyelmet arra, hogy, ha az egészség legmeghatározóbb szegmensei társadalomhoz kapcsolódnak, akkor annak orvoslása is a társadalom által lehetséges. Ugyanakkor kihangsúlyozta, hogy „az egészség -egyenlőtlenségeket meghatározó tényezők nem azonosak az egészséget befolyásoló társadalmi -gazdasági tényezőkkel. Az előbbieket, Marmot szerint, az *okok okai*, azaz olyan alapvető társadalmi struktúrák és társadalmilag meghatározott feltételek, amelyekben az emberek élnek, dolgoznak és öregszenek” (Vitrai, 2011, old.: 24).

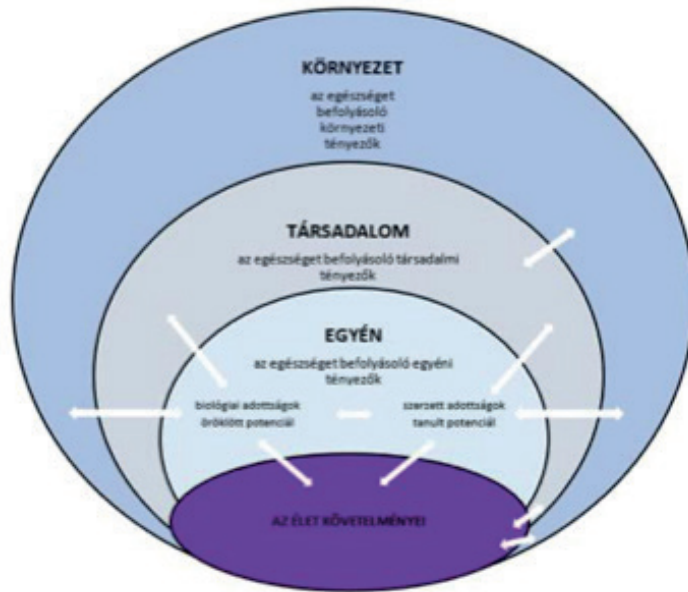
Nemzetközi viszonylatban az egészség-egyenlőtlenségek mérésére használt területeket az angol PROGRESS szóval szokás jellemezni:

- **P**lace of residence,
- **R**ace/ethnicity,
- **O**ccupation,
- **G**ender
- **R**eligion,
- **E**ducation
- **S**ocioeconomic status,
- **S**ocial capital/resources (<https://methods.cochrane.org/equity/projects/evidence-equity/progress-plus>)

Az nyolc terület, tehát a lakhely, etnikai hovatartozás foglalkozás, nem, vallás, oktatás, szocioökonómiai státusz és társadalmi erőforrás.

MEIKIRCH modell-az egészség és a jóllét összefüggésének dinamikus modellje

„A modell szerint egészségről akkor beszélhetünk, ha az egyén képességei, a társadalmi és környezeti tényezők egyensúlyba kerülnek az életút során keletkező kihívásokkal” (Moravcsik-Kornyicki Á. , R. Fedor A. 2021. 40. old). A kihívások egyaránt lehetnek biológiai-élettani jellegűek, de akár pszichoszociálisak is, betegség kialakulásához, azonban csak az egyensúlyi állapot tartós felborulása vezet. Adott modell grafikus ábrázolása Dahlgren és Whitehead szívirvány modelljével mutat hasonlóságot, hiszen ebben a modellben is az egyes „rétegek” nem csak a közvetlen szomszédos „rétegre”, hanem az egész rendszerre hatást gyakorolnak (2. számú ábra)



2. ábra: A Meikrich modell grafikus ábrázolása
Forrás: (Moravcsik-Kornyiczki & R. Fedor, 2021) 41. old

A legelső meghatározó determináns ebben az esetben is az egyén, mely a biológiai és szerzett adottságokon túl magába foglalja az élet folyamán jelentkező kihívásokat és lehetőségeket is, míg a második rétegben a társadalmi tényezők kaptak helyet, végül a legkülső rétegben a természetes és mesterséges környezeti determinánsok (Csizmadia, 2018).

Összefoglalóan elmondható, hogy az egészség, mint érték egy olyan komplex értelmezésű fogalom, melynek részletes ismerete elengedhetetlen abban az esetben, amennyiben ebben akár egyéni, akár társadalmi szinten változást kívánunk indukálni. Az egészség elméleti áttekintése mind az egészség-, mind a társadalomtudományok tekintetében kiemelt jelentőséggel bír, hiszen akár az egyén gyógyításáról vagy egészségének megőrzéséről beszélünk, nem hagyható figyelmen kívül annak iskolázottsága, társadalmi státusza, de ugyanígy egy társadalom (népesség) egészségi állapotát vizsgálva is ezen kölcsönhatások kumulatív jelentkeznek.

EGÉSZÉGFEJLESZTÉS ÉS ANNAK GYAKORLATA

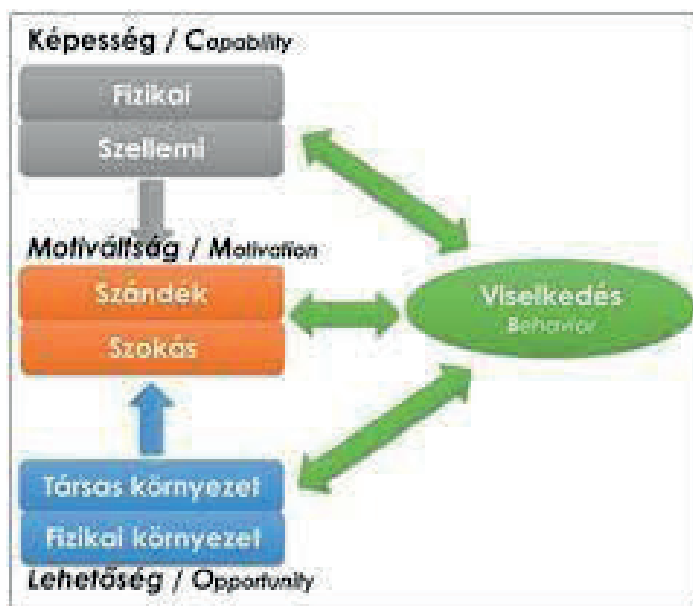
Az egészségfejlesztést és egészségnevelést évtizedeken keresztül szinonimaként használták, holott a két fogalom korántsem ugyanaz (Cselik, 2017.). Az egészségnevelés egy pedagógiai feladat, mely fogalomnak a nevében is rögzült, hogy nevelés, azaz olyan személyiségformáló tevékenység, melynek célja, hogy saját magukért és társaikért fe-

lelős embereket neveljenek, akik felelős döntést tudnak hozni (Bíróné Nagy, 2004). Az egészségnevelési folyamat eredményességének előfeltétele az, hogy a nevelők széleskörűen ismerjék a különböző nevelési módszereket és azokat a célnak megfelelően megválasztva tudják alkalmazni.

Napjaink felgyorsult és ingergazdag környezete az egészségnevelés részéről is új elvárásokat támaszt, hiszen nem elegendő pusztán ismereteket átadni, úgy kell mindezt véghez vinni, hogy a szokásokba beépülő magatartásváltozást és annak stabilitását érezzük el vele. A hagyományos módszerek hatékonysága jelentős mértékben visszaszorult, így az előadás, mint módszert fel kell váltania az interaktív technikák alkalmazásának, mely a már más közismereti tárgyak esetében is jól működő projektszemléletet követeli meg.

Eörsi Dánielék tanulmányukban (2020) a COM-B-modell iskolai egészségnevelésben történő alkalmazását mutatják be. Maga az elnevezés a képesség (capability), lehetőség (opportunity), motiváció (motivation) és viselkedés (behaviour) szavak angol megfelelőiből kialakított mozaik elnevezés. (Eörsi, Árva, Herczeg, & Terebessy, 2020)

A modellt Michie és munkatársai dolgozták ki 2011-ben, szintetizálva számos, akkor ismert, viselkedésváltozást leíró elméletet. A modell magyar fordítása Vitrai és Kimmel 2015-ös tanulmányában jelent meg először.



3. ábra: A COM-B modell: a magatartásváltoztatás rendszere
Forrás: (Járomi & Vitrai, 2017, old.: 38)

Jelen modell jól ábrázolja, hogy az ember magatartását, csakúgy mint, az egészségmagatartását számtalan tényező befolyásolja, ezek, azonban három fő csoportba rendezhetők:

- képesnek kell lennünk arra, hogy cselekedjünk,
- lehetőségnek kell rá lenni,
- és elég motiválnak kell lenni arra, hogy megtegyük.

Ennek megfelelően egy kölcsönös interakciókkal jellemezhető rendszert kapunk a COM-B modell által. A három tényezőhöz tartozó rendszerek és a hozzájuk kapcsolódó alrendszerek kölcsönösen hatnak egymásra és ezzel kialakítják a viselkedést, amely meg ezt követően visszahat a tényezőkre.

Egészségnevelő programok tervezése során lényeges törekedni arra, hogy az intervenció mind a hat tényezőre befolyást gyakoroljon, mert a viselkedésváltozás így érhető el a leghatékonyabban. Mindez önmagában is jól demonstrálja azt, hogy a kifejezetten csak elméleti tudás átadása a hétköznapi életben az egészség pozitív változása tekintetében teljesen hatástalannak bizonyul (Járomi & Vitrai, 2017). COM-B modell a ma még az egészségnevelés területén használt heterogén módszertant egy kicsit rendszerezetté és hatékonyság tekintetében tervezhetőbbé teszi a programokat.

Az egészségfejlesztés ugyanakkor, egy több szektort érintő program, mely részben az egészséget veszélyeztető megbetegedések, ártalmak megelőzésére szolgál, részben pedig a lakosság egészségkultúrájának (egészséggel kapcsolatos tudásának) fejlesztésére, továbbá az egészséges magatartás kialakítására irányuló tevékenység. Ennek megfelelően megállapítható, hogy az egészségnevelés az egészségfejlesztés részterülete.

Mind az egészségfejlesztés, mind az egészségnevelés alapvetően három szinten zajlik:

- település
- oktatási, nevelési intézmény
- munkahely.

A gyermekek egészségmagatartásának kialakításában a települési szinten kiemelt szerep jut a családnak, mint elsődleges szocializációs színtérnek, de mint azt láthattuk az egészségmodellek bemutatása során a környezet és a szolgáltatások hozzáférhetősége is jelentős tényezőként funkcionál. Az oktatási és nevelési intézmények esetében, az ott dolgozó pedagógusok, kortársak adják azt a környezetet, mely meghatározza, hogy az egyén egészségtudatossága milyen irányban fog haladni. Miután valamennyi szintér egyúttal saját életünk egy szelete, így rendkívül fontos lenne, hogy az egészségfejlesztést, egészségnevelést érintő programok se kívülről érkezzenek, hanem egy a közösség által megfogalmazott „alulról jövő” kezdeményezés legyen, melyet a szakemberek saját szak tudásukkal képesek szupportálni.

Az egészséges táplálkozási szokások kialakításának támogatását, illetve a gyermekkori elhízás prevencióját a Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége és a Nestlé által életre hívott GYERE program példája is jól mutatja. A programot két városban Dunaharaszti-ban és Szerencsen valósították meg. Míg az első helyen sikeres volt a program és 7%-kal nőtt a normál tápláltságú és 9%-kal csökkent az elhízottak aránya a program végére, addig a második helyszínen semmilyen szignifikáns javulás nem volt tapasztalható. A

siker illetve kudarc titka több tényezőben rejlik az első helyszínen viszonylag magasabb iskolai végzettségű és egészség tudatosabb szülők kerültek bevonásra, akik önmaguk is észlelték a problémát, azonban külső segítségre volt igényük, utóbbi helyen azonban az alacsonyabb egészség kultúra kapcsán az igény nem fogalmazódott meg ilyen programra a közösség részéről, mely így a részvételben való motiváltságot is aláasta (Kubányi & Szűcs, 2020).

Összefoglalóan tehát elmondható, hogy addig, amíg az egészségnevelés során törekednünk kell az interakciókra és egy olyan nevelési folyamat kialakítására, mely az ismeretátadáson túl a képességeket fejleszti, szokásokat alakít ki, addig az egészségfejlesztési folyamat során meg kell teremteni azokat az alulról jövő igényeket, szükségleteket, amelyek, ha szaktudással megtámogatásra kerülnek, eredmények érhetőek el. Mindezt csak a szűkebb és tágabb társadalmi környezet alapos ismeretével lehet elérni, valamint a jelenleg, az egészségnevelésen belül is uralkodó frontális ismeretátadás projektszemléletűvé alakításával.

IRODALOMJEGYZÉK

- Ádány, R. (2011). *Megelőző orvostan és népegészségtan*. Budapest: Medicina Könyvkiadó. *Állami Egészségügyi Ellátó Központ*. (dátum nélkül.). Letöltés dátuma: 2021. október 30., forrás: Egészségtudományi Fogalomtár: https://fogalomtar.aeek.hu/index.php/Egészségtudatos_magatartas
- Beke, S., & Tömő, Z. (2021). Az egészség, mint fogalom és érték alakulása a járványügyi időszak tükrében. *Deliberationes*, 5-13.
- Bíróné Nagy, E. (2004). A sportpedagógia társadalom-és természettudományos alapjai. In E. Bíróné Nagy, *Sportpedagógia* (old.: 65-110). Budapest-Pécs: Dialóg Campus.
- Cselik, B. (2017.). *Egészségfejlesztő program hatása általános iskolások egészségmagatartására*. Pécs.
- Csizmadia, P. (2018). Kísérlet az egészség fogalmának újradefiniálására. *Egészségfejlesztés, LIX*(1), 45-51.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Eörsi, D., Árva, D., Herczeg, V., & Terebessy, A. (2020). Komplex iskolai egészségfejlesztő program a COM-B modell tükrében. *Egészségfejlesztés, LXI*(1), 36-47.
- Járomi, É., & Vitrai, J. (2017). Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése. *Egészségfejlesztés, 2*(LVII.), 34-50.
- Kubányi, J., & Szűcs, Z. (2020). Változások a karanténidőszakban a GYERE programban résztvevő iskolás gyermekek életében. In E. Antal, & R. Pilling, *A magyar lakosság életmódja a járványhelyzet idején: táplálkozás, testmozgás és lélek* (old.: 106-108.). Budapest: TÉT Platform Egyesület.
- McGinnis, J., Williams-Russo, P., & Knickman, J. (2002). The Case For More Active Policy Attention To Health Promotion. *Health Affairs, XXI*(2.), 78-93.

- Moravcsik-Kornyczki, Á., & R. Fedor, A. (2021). Az egészség komplex megközelítése, mint az egészség-szociológiai vizsgálatok elméleti kerete. *Acta Medicinæ et Sociologica*, XII.(32), 24-49.
- OECD. (2019). *Magyarország · Egészségügyi országprofil 2019*. Letöltés dátuma: 2021. november 3., forrás: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_hu_hungary.pdf
- Születéskor várható átlagos élettartam*. (2019). Letöltés dátuma: 2021. október 30., forrás: Központi Statisztikai Hivatal: https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0061.html
- Születéskor várható átlagos élettartan-nők*. (2019). Letöltés dátuma: 2021. október 30., forrás: Központi Statisztikai Hivatal: https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0062.html
- Túry, F. (2003). A magatartásorvoslás helye a magatartástudományok keretében. *Magyar Tudomány*, XLVIII(11), 1373-1381.
- Uzzoli, A. (2016). Health inequalities regarding territorial differences in Hungary by discussing life expectancy. *Regional Statistics*, VI(1.), 139-163.
- Vitrai, J. (2011). *Az egészség és az egészség-egyenlőtlenségek egyéni és közösségi szintű befolyásoló tényezői*. Pécsi Tudományegyetem Doktori Iskola. Pécs: Pécsi Tudományegyetem.
- Vitrai, J., & Mihalicza, P. (2006). Egészségi állapot. In T. Kolos, I. Tóth, & G. Vukovich, *Társadalmi riport 2006*. Budapest: TÁRKI.
- Waddell, G. (2006). Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *British Medical Bulletin*, 55-69.