

Dr.Hidvégi Péter, Dr. Bíró Melinda

A rekreáció elmélete és módszertana 2.

EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

KÉSZÜLT AZ ESZTERHÁZY KÁROLY FŐISKOLA SPORTTUDOMÁNYI
INTÉZETÉNEK KÖZREMŰKÖDÉSÉVEL

Szerzők

Dr. Hidvégi Péter
Dr. Bíró Melinda

Szerkesztő

Dr. Habil Müller Anetta

Szakmai lektor

Dr. Suskovics Csilla

Anyanyelvi lektor

Vasné Varga Judit

Készült: a TÁMOP-4.1.2.E-15/1/Konv-2015-0001
"3.misszió" Sport és tudomány a társadalomért Kelet-Magyarországon projekt keretében

ISBN 978-615-5621-08-6

Az Eszterházy Károly Főiskola tankönyve
A kiadványért felelős
az Eszterházy Károly Főiskola rektora.

Megjelent az EKF Líceum Kiadó gondozásában.

2015

Tartalomjegyzék

<i>Bevezetés</i>	2
1. <i>Az egészség fogalma</i>	3
1.1. <i>Az egészségi állapotot meghatározó tényezők</i>	6
1.2. <i>Az egészségnevelés, egészségfejlesztés, prevenció fogalma</i>	8
1.3. <i>Az egészségfejlesztés szinterei</i>	13
1.3.1. <i>Iskola</i>	13
1.3.2. <i>Munkahely</i>	15
1.3.3. <i>Munkahelyi egészségfejlesztés Magyarországon</i>	16
1.4. <i>Egészségfejlesztés idős korban</i>	17
2. <i>Összegzés</i>	19
3. <i>Irodalomjegyzék</i>	20
4. <i>Melléklet</i>	23

Bevezetés

Az egészség az ember legdrágább kincse, amely a szervezet és a környezet közti dinamikus egyensúly állapotát fejezi ki. Az egészség lényegét meghatározni és pontosan leírni igen nehéz, de biztos, hogy olyan pozitív fogalmat takar, amely a társadalmi, közösségi és egyéni erőforrásokat, valamint a testi-lelki képességeket hangsúlyozza. Nem passzív állapotot, hanem egy életen át tartó aktív folyamatot jelent, hiszen mindenki naponta saját magának aktív közreműködésével kell, hogy biztosítsa a környezet változásai között.

Az egészség megköveteli egyrészt az ember alapvető érzelmi, táplálkozási, egészségügyi, nevelési és társadalmi szükségleteinek kielégítését, másrészt a szüntelenül felmerülő alkalmazkodást az állandó változásban lévő környezethez. Az egészség tehát elérendő és megtartandó állapot, ami egyben azt is jelenti, hogy állandó mozgásban, változásban lévő kiegyenlítődési folyamat. Az egészség jó hangulat, testi-lelki egyensúly, harmónia, magabiztosság és biztonság is egyben, a siker és a boldogság záloga.

Társadalmunk fejlődésének jelenlegi szakaszára az önpusztító életmód a jellemző. Társadalmi szinten csak akkor tudunk változtatni a már-már kritikussá váló egészségi helyzeten, ha a meglévő betegségek gyógyítása mellett, vagy részben helyette a kiváltó okok (a dohányzás, a mértéktelen italozás, az egészségtelen táplálkozási szokások és a vészes mozgásszegénység stb.) megszüntetése illetve kialakulásának a megelőzése kerül előtérbe.

1. Az egészség fogalma

Az egészség az egyén szempontjából az egyik legfontosabb – ha nem a legfontosabb – érték, ezért megőrzése az egyén karrierje, gazdasági helyzete, társadalmi státusza szempontjából is döntő jelentőségű. Az embereket rá kell ébreszteni arra, hogy saját magát és családját hozza nehéz, sokszor kilátástalan helyzetbe azzal, ha nem törődik egészségével. Egy-egy ország jövőbeni fejlődése, gazdasági potenciálja nagyban függ a lakosság egészségi állapotától (Simon, 2003).

Számtalan egészségdefiníciót ismerünk, döntő többségük valamilyen egészségnorma köré szerveződik. Ezek a meghatározások nemcsak ismeretelméleti szempontból bírnak jelentőséggel, hanem praktikus következményekkel is járnak a tekintetben, hogy milyen eszközöket tartunk az egészségi állapot befolyásolása, fenntartása, illetve fejlesztése szempontjából megfelelőnek, hatékonyak. Az egészség fogalmára az is jellemző, hogy az elmúlt több mint ötven évben bővült és módosult, miképpen az Egészségügyi Világszervezet rövid áttekintésében ez bemutatásra került. Az Egészségügyi Világszervezet 1946-os



1. kép: Az Egészségügyi Világszervezet logója

definíciója a következőképpen hangzik: „Az egészség a tökéletes fizikai, szellemi és szociális jóllét állapota, és nem csak a betegség, vagy fogyatékosság hiánya.” A WHO koppenhágai konferenciáján a korábbi egészségmeghatározást komplexebben értelmezték, mégpedig a mindennapi élethez szükséges erőforrásként. Az új meghatározás hangsúlyozza az egyéni és társadalmi létfeltételeket, a fizikai teljesítőképességet, és érvényesül az egyén felelőssége is (WHO, 1984). A definíció újabb

módosulását az Ottawai Charta továbbfejlesztette: az egészséget a társadalmi, gazdasági és egyéni fejlődés

erőforrásaiban láthatjuk. Az egészségi állapotot a társadalmi tényezők, a fizikai környezet, ezen túl pedig az egyén magatartása, ismeretei és tapasztalatai egyaránt befolyásolják (WHO, 1986). A dél-ausztráliai egészségfejlesztési konferencián Adelaideban negyvenkét ország képviseltette magát. A résztvevők célja az egészséget támogató közpolitika megfogalmazása és végrehajtása. A konferencia záródokumentuma szerint megállapítást nyert, hogy az egészség alapvető emberi jog, így a kormányoknak is komoly felelősségük van állampolgáraik egészségi állapotának javításában, amit az egészséget támogató társadalompolitika révén kell fogyanatosítani (WHO, 1988).

A harmadik nemzetközi egészségfejlesztési konferenciát 1991-ben a svédországi Sundsvallban rendezték meg. Az első globális szintű egészségfejlesztési konferencián 81 ország képviseltette magát, és felhívta az emberek figyelmét a világ minden táján arra, hogy aktívan vállaljanak részt a környezetük egészséget támogató átalakításában. A Sundsvalli Nyilatkozat (1997) szerint akkor beszélünk egészséget támogató környezetről, ha konvencionális, kulturális örökségekre lehet építeni, és sikerül nagy figyelmet szentelni az egészséget befolyásoló érték- és normarendszerekre. Nagy jelentőség tulajdonítható a politikai dimenzióknak is, hisz a kormányok közvetve és közvetlen módon is jelentősen befolyásolják a lakosság és az egyén egészségi állapotát. Az egészségfogalom gazdasági dimenziója: az egészséggel kapcsolatos tevékenységek állami finanszírozása nem kis terhet ró a központi költségvetésre. A megfelelő környezet kialakításában a nőknek nagyon fontos szerepük van, így a nemek közötti egyenlőség biztosítása is komoly feladat (Tózsá-Rigóné Nagy, 2011).

Az egészségmegőrzés témakörében megrendezett negyedik nemzetközi konferencián került megfogalmazásra a Dzsakartai Nyilatkozat, mely szerint az egészség külső környezeti tényezők (*external environmental factors*), az egyéni viselkedés tényezői (*personal behavior factors*), valamint a személyes tényezők (*host factors*) együttthatásaként jellemezhető (Nagy és Barabás, 2011).

Az 1997. évi egészségügyi törvény megfogalmazása szerint:

- az egészség az egyén életminőségének és önmegvalósításának alapvető feltétele, amely döntő hatással van a családra, a munkára és ezáltal az egész nemzetre;
- mindenkinek joga van olyan ismeretek megszerzéséhez, amelyek lehetővé teszik az egészség megőrzésével és fejlesztésével kapcsolatos lehetőségek megismerését, valamint megfelelő tájékoztatáson alapuló döntések meghozatalát az egészséggel kapcsolatos kérdésekben;
- mindenkinek a saját egészségi állapotáért a tőle elvárható módon felelősséggel kell tartoznia.

A vonatkozó szakirodalomban található egészségfogalmak sorát folytatva az egészség jelenthet egyfajta fizikai és mentális egyensúlyi állapotot is, melynek során az egyén optimális kapacitása birtokában a leghatékonyabban képes megvalósítani azokat a társadalmi szerepeket, melyeket a munkahely, a család és a környezete elvár tőle (Meleg, 2002).

Seedhouse 1986-ban definiálja az egészséget egy komplex, plasztikus megközelítésben: „Az egészség optimális állapota egyenlő azon feltételek összességével, amelyek megléte esetén az egyén kibontakoztathatja a számára adott lehetőségek teljes körét.”

Ez lehetőséget ad arra, hogy egyénileg mást és mást tartsunk egészségnek, de szükséges a feltételek figyelembevétele. Ide tartozik, hogy megfelelő táplálékhoz jusson valaki, az időjárás viszonyosságaitól védve legyen, hozzájusson minden olyan információhoz, amelynek hatása van az életre, megértse, hogy közösségi lényként csak addig mehet a kibontakozással, amíg azzal másokat ugyanebben nem gátol.

Antonovsky (1987) elmélete szerint az egészség gyökereit rendszer személetű megközelítésben szükséges vizsgálni. Ennek értelmében az egészség nem egy normális statikus egyensúlyi állapot, sokkal inkább egy aktív, dinamikus önregulációs folyamat. Az emberi létezés alapelve nem a kiegyensúlyozottság és az egészség, hanem az egyensúlyvesztés, a rendellenesség és a szenvedés. *Antonovsky* szalutogenetikus modelljében számos konstruktumot hozott összefüggésbe az egészség gyökereivel, valamint annak megtartásával. Ez a modell nem alkot koherens egészségdefiníciót, szerinte, amennyiben megszületik egy egészségmeghatározás, akkor szükségképpen értéktartalmú lesz, és akkor a személyt olyan szempontok mentén fogjuk megítélni, amelyekhez nekik személyesen semmi közük nem lesz (*Antonovsky*, 1995). Véleménye szerint, amennyiben a külső körülmények összehasonlíthatók, akkor az egyén egészségi állapota annak függvényében fog alakulni, hogy miként szemléli önmagát, és az őt körülvevő világot. Ez azt is meg fogja határozni, hogy az egyén milyen mértékben fogja mozgósítani saját erőforrásait. Ezt az alapvető szemléleti pozíciót – ahogy a személyek önmagukat és a világot szemlélik – nevezi koherencia érzésnek. A koherencia összerendezettséget és harmóniát jelent. Minél kifejezettebb valakiben a koherenciaérzet, annál egészségesebb, illetve annál hamarabb gyógyul fel esetleges betegségéből.

Insel és *Roth* (2007) egészség-betegség kontinuum elméletében az egészség fogalom hat kölcsönös dimenzióra épül, ezek az intellektuális, érzelmi, társadalmi, környezeti, szellemi, spirituális, fizikai jólléttényezők. A szerzők egészség-betegség chihotómia helyett a kontinuum felállítását ajánlják, melynek egyik végpontján az egészség, másik végén pedig a betegség áll. A végpontok nem érhetők el, de ugyanakkor valamennyi élőlény – ha még olyan egészségesnek is tartja magát – jellemezhető kevésbé egészséges összetevőkkel, és a magát mégoly betegnek érző személynek is vannak egészséges részei. Ettől kezdődően tehát nem az a kérdés, hogy valaki egészséges vagy beteg-e, hanem az, hogy az említett kontinuum mentén milyen távolságra van az egyik vagy a másik végponttól.

Az 1. táblázatban kívántam összefoglalni az egészségfogalom megközelítésének változásait az 1946-os WHO definíciótól a 21. századig bővülő és alakuló meghatározásokig.

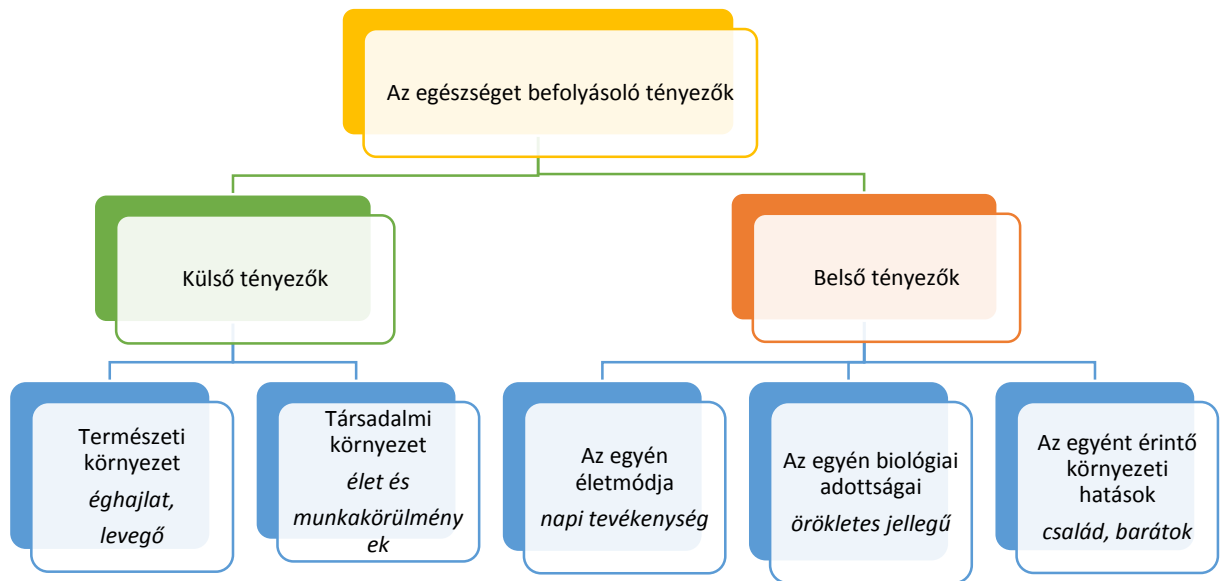
1. táblázat. Az egészség fogalmi változásai

Szerző, dátum	A definíció lényege
WHO, 1946	Úgy határozza meg az egészséget, mint a test teljes jóllét állapotát.
WHO (Koppenhága), 1984	Hangsúlyt kapnak az egyéni és társadalmi létfeltételek és az egyéni felelősség.
WHO (Ottawa), 1986	Már beleveszi az egyén ismereteit, a társadalmi tényezőket, valamint a fizikai környezetet.
WHO (Adelaide), 1988	Kormány szinten kell az jobb egészségi állapotot javítani az állampolgárok számára.
Seedhouse, 1986	Az egyén szintjére bontja le az egészséget, vagyis mindenki számára mást jelent egészségesnek lenni, de az alapvető feltételeket figyelembe kell venni.
Antonovsky, 1987	Az emberi létezés alapelve nem a kiegyensúlyozottság és az egészség, hanem az egyensúlyvesztés, a rendellenesség és a szenvedés.
Insel és Roth, 2007	Nem az a kérdés, hogy valaki egészséges vagy beteg-e, hanem az, hogy az említett kontinuum mentén milyen távolságra van az egyik vagy a másik végponttól.

Jelenleg az egészségnevelés és az egészségfejlesztés irányvonalait Antonovsky elmélete határozza meg.

1.1. Az egészségi állapotot meghatározó tényezők

Az egészséget befolyásoló tényezőket két nagy csoportra oszthatjuk: az egyik a külső, másik a belső tényezők (lásd 1. ábra). A külső tényezők közül megemlítendő a természeti környezet, melyben az éghajlatnak és a levegőnek van szerepe, a társadalmi környezet, ide tartozik az élet- és a munkakörülmények. A belső tényezők közé soroljuk az életmódot, a biológiai adottságokat és a környezeti hatásokat. Az életmódhoz tartozik minden olyan tevékenység, melyet az ember rendszeresen végez. Ilyen tevékenység többek közt pl.: a munka, a táplálkozás, a mozgás, a pihenés, a szórakozás. A biológiai adottságok alatt az örökletes tényezőket értjük, pl.: alkat, személyiségjegyek, betegségekre való hajlam. A környezeti tényezők csoportjánál meg kell említeni a természeti környezet, illetve a társadalmi környezet (család, barátok, munkahely) hatásait.



1. ábra: Az egészséget befolyásoló tényezők

Az egészséget meghatározó tényezők közül a leggyakrabban a genetikai tényezőket, a külső tényezőket, az életmódot, a társas közeg hatásait és az egészségügyi ellátás összefüggéseit emelik ki (Pikó, 2006). Közülük is a leghangsúlyosabb az életmód (43%), a genetikai tényezők (27%) és a környezeti hatások (19%) szerepe, az egészségügyi ellátás csupán 11%-ot képvisel (Varga-Hatos és Karner, 2008).

Az egészségre ható tényezők mindegyike inkább dinamikus, mintsem állandó eleme azoknak az emberi tapasztalatoknak, amelyek meghatározzák a betegségek és a halálozás esélyeit. Az egészségi állapot jelentős korrekcióját szolgáló beavatkozások esetén nem elegendő egyetlen összetevőre összpontosítani, mert az egészséget befolyásoló tényezők az ember élete során jelentős változásokon mennek keresztül. A környezeti tényezők hatása jobban kihat az idős személyekre, a gyerekekre és a valamilyen egészségügyi problémával küzdő emberek egészségére. A kockázatos magatartást meghatározó tényezők sokrétűek, szorosan összefonódnak egymással és a társadalmi-gazdasági, kulturális és pszichoszociális tényezőkkel. Ezeknek a kölcsönhatásoknak a létezését tudomásul kell venni, és megfelelő elemző módszerek segítségével foglalkozni kell velük. Az egészséget meghatározó összetevők közötti kapcsolatok és kölcsönhatások rendkívül bonyolultak, így a statisztikai modellezés csak olyan egyszerűsített elemzésre ad lehetőséget, amelyben néhány kiválasztott tényező és azok egymás közötti kapcsolata kaphat szerepet.¹

¹ www.intratext.hu

Általában az egészséges és az egészségtelen életmód ismérvei csoportosan jelennek meg. Azok az emberek, akik ügyelnek a rendszeres testmozgásra, inkább követik az étrendre vonatkozó aktuális ajánlásokat, és ritkábban dohányoznak. További kutatások szükségesek annak tisztázásához, hogy az egészséget befolyásoló tényezők között mennyire szoros vagy gyenge a kölcsönhatás.

1.2. Az egészségnevelés, egészségfejlesztés, prevenció fogalma

Az egészség megvédése illetve fejlesztése között bizonyos szemléleti különbségek fedezhetők fel. Az egészségvédelem, az egészségmegőrzés, az egészségnevelés, az egészségfejlesztés fogalma nem új. Az elmúlt évek során az orvosi szaknyelvet uraló angol irodalom megalkotta és elkülönítette egymástól a „*health protection*” (egészségvédelem), a „*health promotion*” (egészségmegőrzés), a „*health education*” (egészségnevelés), és a „*health development*” (egészségfejlesztés) kifejezéseket (Gritz, 2006).

Az egészségvédelem a közegészségügyi tevékenységet fedi le, amely arra irányul, hogy megvédje a társadalmat a fertőző és környezeti ártalmaktól (Kósa, 2010). Az egészségmegőrzés az egészséget a betegség oldaláról közelíti meg, az egészségi állapot megőrzését az egészségügyi ellátás feladatának tekinti.

Hazánkban az egészségfejlesztés és egészségnevelés fogalmakat gyakran egymás szinonimájaként használják, annak ellenére, hogy az egészségnevelésben az egyén ismereteinek döntő hatása van az egészség kialakulásában, míg az egészségfejlesztés egy tágabb fogalom, amely magába foglalja az egészség javítására szánt intézkedéseket és ezen belül az egészségnevelést is. Hazánkban már a 16-17. században is foglalkoztak egészségügyi felvilágosítással. Ennek első írásos emléke az Apáczay Csere János által kiadott Magyar Enciklopédia. A felvilágosodás korában már az orvosok is írnak életmódtanácsadó és egészségmegőrző kiadványokat. A 19. században két orvosnak – Fodor Józsefnek és Markusovsuky Lajosnak – köszönhető, hogy az egészségnevelő munka kiszélesedett, szervezettebbé vált, és kidolgozásra kerültek olyan felvilágosító és nevelő programok, amelyekkel segíteni lehet az egyének magatartás- és életmódváltozását. Elsődlegessé vált az egyének magatartásának, életmódjának változását elősegítő felvilágosító és nevelő programok kidolgozása. Felismerték, hogy ha az emberek változtatnak életmódjukon, akkor elkerülhetik az egészségtelen életvezetés miatti betegségeket. A figyelmet a betegségről az egyéni életmód



2. kép: Magyar Enciklopédia

felé irányították (Nagy és Barabás, 2011), megteremtve ezzel a magyar köz-, munka-, iskola- és népegészségügy alapjait. 1925-ben megalakult az Egészségügyi Reform Iroda propagandaközpontja, melynek legfőbb feladata kiadványok készítése volt, egészségfelvilágosítást végzők oktatása, valamint a média ismeretterjesztő munkájában való aktív részvétel. A II. világháború után az egészségnevelő rendszer szétesett, és csak a védőoltások, illetve az alapvető higiénés szabályok betartására mozgósították a lakosságot. Az 1950-es évektől az egészségügyi tárcához került a népegészségügy újraszervezésének ügye. 1958-ban megalakult az Egészségügyi Minisztérium Egészségügyi Felvilágosító Központja, melynek feladata lett többek közt az egészségnevelési felmérő kutatómunka. 1977-ben Országos Egészségnevelési Intézetre változtatják a központ nevét, és a korábbi feladatok mellé még a helyes táplálkozás, a rendszeres testmozgás témaköre is az intézethez kerül. A rendszerváltás után több hasonló tevékenységgel foglalkozó intézményt is összevon a Szociális és Egészségügyi Minisztérium, és megalakítja a Nemzeti Egészségvédelmi Intézetet. 2003-ban újabb átalakítást követően az intézet neve Országos Egészségfejlesztési Intézet lett, mely a felnőtt lakosság egészségfejlesztéséért és egészségneveléséért felelős.²

A prevenció latin eredetű szakkifejezés, mely a betegségek megelőzésére vonatkozó átfogó és sokszínű tevékenységek összességét jelenti. A megelőzés (prevenció) magában foglalja mindazon törekvéseket, melyek az egészség fejlesztését, megőrzését, illetve egészségkárosodás esetén az egészség mielőbbi visszaállítását, a károsodás további súlyosbodásának kivédését szolgálják. A prevenció három szinten valósul meg: elsődleges, másodlagos és harmadlagos prevenció. A primer prevenció a betegségeket kívánja megelőzni, pl. felvilágosítással, védőoltással. A szekunder prevenció, amely a szűrés segítségével kialakuló betegségek korai felismerését jelenti, és hatékonyan hozzájárul az egészség visszaállításához. A terciér prevenció az idült betegekkel, utógondozottakkal és a rehabilitációra szorultakkal foglalkozik, hogy a már bekövetkezett kedvezőtlen egészségi állapot valamelyest helyreálljon. „Az egészségnevelés célja, hogy az egészségkulturális szint emelésével, az életmód formálásával elősegítse egyrészt az egészség kialakulását, megtartását, a betegségek megelőzését, másrészt, hogy a betegek egészségi állapota mielőbb helyreálljon” (Pál és mtsai, 2005, 29). Az egészségnevelés tehát az egészség megvédésére, megőrzésére, fejlesztésére és visszaszerzésére irányul, melynek legfőbb eszköze a média.

A primer prevenció egyik hatékony eszköze az egészségnevelés, amelyet a WHO 1998-ban úgy definiált, hogy ez a pedagógiai munka magába foglalja a tudatosan megalkotott

² <http://www.oefi.hu/tortenet.htm>

lehetőségeket a tanulásra, beleértve néhány megtervezett kommunikációs formát az egészségműveltség fejlesztésére, amely tartalmazza a tudás fejlesztését, a személyes és a közösségi egészséghez vezető életkézségek kifejtését.

Az információátadáson alapuló egyén magatartását megváltoztatni kívánó stratégiák nem lehetnek tartósan hatékonyak. Az egészségnevelést szolgáló technikák többfélék lehetnek: a klasszikus felvilágosítás, a rizikómagatartás elleni „életmódváltó” célul kitűző módszer, a kortárs csoportra vonatkozó egészségnevelői munka, az érzelmi intelligenciát, a társas kompetenciákat, az alkalmazkodást fokozó tréningek mind egy-egy módszere lehet az egészségnevelésnek (Simonyi, 2004).



3. kép: Marc Lalonde

Az egészségfejlesztés egy tágabb fogalom, amelyről először Marc Lalonde tanulmányában olvashatunk, ami 1974-ben jelent meg. Ebben a kanadai egészségügyi miniszter legfőbb megállapításai között szerepel, hogy a gyógyászat és az egészségügyi rendszer korlátozott szerepet tölt be az emberek egészségi állapotában, mert a lakosság egészségi állapotában bekövetkező változás nagyobb részben tulajdonítható a szociális és környezeti feltételek javulásának, mint az orvostudomány fejlődésének, illetve az egészségügyi szolgáltatásokhoz való szélesebb hozzáférésnek.

A globális népegészségügyi programok területén mérföldkőnek számít az „Egészséget Mindenkinél 2000-re” program, melyet az Egészségügyi Világszervezet (WHO) harmincadik közgyűlésén, 1977-ben fogalmaztak meg, és 1978-ban Alma-Atában fogadtak el. Az új irányelvek a mai Európai Unió egészségügyét is áthatják. Fő célja volt, hogy 2000-re a világ minden lakosa érje el azt az egészségi állapotot, amely lehetővé teszi a társadalmilag és gazdaságilag produktív életet (WHO, 1984).



4. kép: Egészséget Mindenkinél 2000-re könyv

Az 1986-os Ottawai Egészségfejlesztési Charta a közösségi egészségmegőrzés politikai kiáltványaként is felfogható. A konferencia „Egészséget mindenkinél 2000-re és azon túl” mottója egy új szemléletet tükröz, és az azonos régió belül iparilag fejlett és elmaradott országok számára is hasonló célokat tűzött ki. Ez a WHO-program egy új népegészségügyi mozgalmat, és az egészségügyi ágazaton kívüli különböző szektorok együttműködését sürgeti az egészség érdekében. A

megelőzési stratégiákat is felölelő egészségfejlesztési koncepció, az egészség értékelése, alapvető és befolyásoló tényezőinek meghatározása mellett a hangsúlyt továbbra is az egyén képességeinek fejlesztésére helyezi az állam „szavatolása” mellett (WHO, 1986). Az Ottawai Charta definíciója szerint „az egészségfejlesztés az a folyamat, amely képessé teszi az embereket az egészséget meghatározó tényezők felügyeletére, és ezáltal egészségük javítására” (Kósa, 2010, 6).

Az Ottawai Charta olyan folyamatként definiálta az egészségfejlesztést, „amely módot ad az embereknek, közösségeknek egészségük fokozott kézbentartására és tökéletesítésére. A teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy megfogalmazza és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzon, vagy alkalmazkodjon ahhoz” (WHO, 1986. 9. o.). Az Ottawai Chartában megnevezésre kerül az egészségfejlesztés alapelvei és annak öt területe (lásd a 2. ábrát):



2. ábra: Az egészségfejlesztés 5 alapterülete

Az *első* az egyéni készségek fejlesztése. Ha az emberek megfelelő tudással rendelkeznek, akkor képesek saját egészségüket befolyásolni. A *második* a közösségi cselekvések erősítése. A közösségeknek lehetőségük legyen saját sorsukat befolyásolni, folyamatosan és teljes körűen hozzáférhetőek legyenek az egészséggel kapcsolatos információk és tanulási lehetőségek, valamint kiemelkedő a pénzügyi támogatás. A *harmadik* az egészséget támogató környezet fontossága. Ez a rész az élet, a munka és a pihenés hatásaira figyelmeztet. A munkának és a pihenésnek az egészség forrásává kell válnia. Az egészségfejlesztés olyan élet- és munkakörülményeket eredményez, amelyek biztonságosak,

ösztönzők, megelégedést hoznak és élvezetesekek. Ide sorolandó még a természetes és a mesterséges környezet védelme. A *negyedik* terület a betegellátás irányvonalának újragondolása. Az egészségügyi ágazat feladatának az egészségfejlesztés irányába kell eltolódnia mindamellett, hogy intézeti és gyógyító ellátást nyújt. Az egészségügyi ellátás átalakítása is megkívánja, hogy nagyobb figyelmet kapjon az egészségügyi kutatás, és megváltozzék a szakmai képzés, továbbképzés. Az *ötödik* az egészséget támogató politika. Az egészségfejlesztés túlmegy az egészségügyi ellátás keretein, ezért összehangolt, az állam minden szervének tudatos közreműködésére van szükség, ide tartozik a jogalkotás, a költségvetési intézkedések, az adóztatás és a szervezeti változások. A modell felhívja a figyelmet arra, hogy a társadalmi ranglétrán való elhelyezkedés és a halálozási, valamint a betegség előfordulásának aránya között erős korreláció van. Ennek értelmében szétválaszthatatlan a kapcsolat a társas és gazdasági kondíciók, a fizikai környezet és az egyéni életmód között.

Az egészségmegőrzés negyedik nemzetközi konferenciáját Jakartában rendezték. Az egészségfejlesztés fogalmát a Dzsakartai Nyilatkozat a következők szerint módosította: „A meghatározás az egészségfejlesztést, mint folyamatot írja le jelezve, hogy az egészségfejlesztés egy eszköz a célok eléréséhez: az egészségfejlesztés a lakosság egészségkultúrájának széles körű fejlesztésére, az egészséges magatartásra, az egészséget veszélyeztető ártalmak, és megbetegedések megelőzésére irányuló tevékenység” (Nutbeam, 1998).

Az Egészségügyi Világszervezet közgyűlése, a World Health Assembly legutóbbi, 2004-ben megtartott genfi ülésén határozat formájában hívta fel a tagállamok figyelmét arra, hogy kiemelt jelentősége van a fiatalkorúak számára meghirdetett egészségfejlesztési programoknak. Ezek vonatkoznak az alkoholfogyasztásra és a dohányzásra is, melyek az életmóddal összefüggő rizikófaktorok (Kishegyi és Makara, 2004).

Az egészségfejlesztés módszerei rendkívül sokfélék, a közoktatástól kezdve a speciális egészségi problémákkal küzdők számára fenntartott tanácsadó és segítő szolgáltatásokig. Az egészségfejlesztés nem csak az egészségügyi szektor feladata. Hatékony egészségfejlesztés az egyének és a közösségek akarata, motivációja nélkül nem lehetséges. Napjainkra az egészségfejlesztés globális kérdései teret nyertek mind az életmód, mind a környezet, különösen a munkahelyek, a lakó- és helyi közösségek szintjén. A cselekvési programokban is a szociális jelleg erősítése szerepel, de megjelenik a globális perspektíva és a felelősség kérdése is (Erősné, 2006).

Az elmúlt húsz évben a témával kapcsolatos szakmai fórumokon a megvalósítás különböző lehetőségeivel és a prioritásokkal foglalkoztak, a nyilatkozatok, irányelvek, ajánlások akcióprogramok keretében hívták fel az érintettek figyelmét az életmód befolyásolására és az egészséget támogató környezet kialakítására (*Ottawa (1986), Adelaide, Australia (1988), Sundsvall, Svédország (1991), Dzsakarta (1997) Mexikóváros (2000)*). Az egészségfejlesztés az egészség meghatározóit befolyásolja, változást szeretne elérni a szociális ügyek, a pénzügyi, gazdasági és minden olyan területen, amely az emberek életkörülményeit meghatározza. Végső cél, hogy növelje a várható egészséges élettartamot, illetve hogy csökkentse az országok és a csoportok közti ebbéli különbségeket (*Chu, Breucker, Harris, Stitzel, Gan, Gu és Dwyer, 2000*). A 2. táblázatban az egészségfejlesztés fogalmának alakulását, bővülését foglaltuk össze.

2. táblázat. Az egészségfejlesztés fogalmai

<i>Szerző, dátum</i>	<i>A definíció lényege</i>
<i>Lalonde, 1974</i>	Olyan stratégia, amely „mind az egyének, mind a szervezetek tájékoztatását, befolyásolását és segítségét tűzi ki célul annak érdekében, hogy azok több felelősséget vállaljanak, és aktívabban működjenek közre a mentális és testi egészségre ható ügyekben.
<i>Green, 1980</i>	Az egészségi felvilágosítás és kapcsolódó szervezeti, politikai és gazdasági beavatkozások bármely olyan kombinációja, amely az egészségi állapotot javító viselkedésbeli és környezeti változások elősegítésére lett tervezve.
<i>Nutbeam, 1985</i>	Az a folyamat, amely módot ad az embereknek, hogy az egészségüket befolyásoló tényezőket jobban kézben tudják tartani, és ennek következtében képessé válnak azt tökéletesíteni.
<i>WHO, 1984, 1986, 1986.</i>	Az a folyamat, amely módot ad az embereknek egészségük fokozott kézbentartására és tökéletesítésére.
<i>Goodstadt és mtsai, 1987.</i>	Az egészség meglévő szintjeinek fenntartása és erősítése hatékony programok, szolgáltatások és szakpolitika megvalósítása által.
<i>O'Donnell, 1989.</i>	Az a tudomány és művészet, amely segít az embereknek olyan életmódot választani, amely az optimális egészségi állapot elérésére irányul.

1.3. Az egészségfejlesztés színterei

1.3.1. Iskola

A mindenkori felnővekvő nemzedék egészség-magatartásának formálása, a jövő egészséges felnőtt társadalmának nevelése stratégiai fontosságú feladat. Az egészséges életmód és magatartásformák (a dohányzás mérséklése, az egészséges táplálkozás, a kulturált ivási szokások elterjedése, a drogprogram megvalósítása, a stressz tudatos feldolgozása, a szabadidősport feltételeinek biztosítása) kialakítását az oktatás valamennyi szintjén

érvényesíteni kell. Az egészséges életmód ismerete épp annyira fontos, mint a magyar nyelv, az irodalom, a különböző természettudományok ismerete. Az egészséges életmódra történő nevelést már iskoláskorban el kell kezdeni, hiszen csak a folyamatos ismeretbővítéssel tudjuk felnőttkorra elérni az egészségtudatos gondolkodást.

A fiatalok népegség egészségi állapota évek óta egyre rosszabb. Életkortól függően egyre nagyobb szálalékban vannak elhízott gyermekek. Magas a testtartási rendellenességgel rendelkezők aránya. A gyerekeknek nagy az iskolai leterheltségük, egyre kevesebbet mozognak, sok időt töltenek tévé, számítógép előtt. Nagy problémát jelent a drog és az alkoholfogyasztás magas aránya. A magyar iskolák legalapvetőbb dokumentumai a pedagógiai programok, melyeket az elmúlt években több alkalommal is átdolgoztak, és gyakran bővültek az iskola számára előírt újabb feladatok pedagógiai rendszerével is (Nagy, 2005). A gyerekek hosszú éveket töltenek az iskolában, ebben az időszakban lehet hatást gyakorolni a személyiségfejlődésükre, kialakuló szokásaikra. Az iskolai egészségnevelési program kialakításakor a következő fontos témákat kell megjeleníteni: egészséges táplálkozás, szenvedélybetegségekkel való foglalkozás, szexuális felvilágosítás-nevelés, a családtervezés alapjai, testi higiénia, testedzés, a testmozgás fontossága, prevenció. Fontos egy egészségnevelési team létrehozása is, melyben kiemelten jelentős szerepet kap az iskolaorvos, a védőnő, a pedagógus, a pszichológus és a logopédus. Segíteni kell megteremteni, és a gyerekek számára elérhetővé tenni azokat a lehetőségeket, amelyek biztosításával a fiatalok maguk is képesek lehetnek egészségük megőrzésére. Ehhez szükséges a heti rendszeres testmozgás, a megfelelő táplálkozás, és tartózkodás az egészséget károsító szenvedélybetegségektől. A túl korai nemi élettel és az abortusszal kapcsolatban a fiatalok hatékonyabb erkölcsi és családi életre nevelésére van szükség, melyet a 2013-as Köznevelési Törvény az erkölcsan bevezetésével igyekszik megvalósítani (Simonyi, 2004).

Az egészséges fiatal generáció felnevelése az egyén, a család és az egész nemzet közös érdeke. Bizonyított tény, hogy minél korábban találkoznak a diákok az egészséges életmód (helyes táplálkozás, rendszeres testmozgás stb.) alapjaival, annál egészségesebben kerülhetnek ki az iskolapadból. Nagyon fontos tehát, hogy a tanulóifjúság időben ismerje fel az egészség értékjellegét, hiszen ebben az életkorban még érdemi hatást lehet gyakorolni a személyiségfejlődésükre, ez pedig nagyban meghatározza az életmódjukat, szokásaikat – végső soron az életideálokat, a preferenciák kialakulását.

1.3.2. Munkahely

A munkahelyi egészségfejlesztés viszonylag új terület Európában. Az 1970-es években néhány európai nagyvállalatnál nagy lelkesedéssel fogadták az ezzel kapcsolatos induló projekteket, de mivel azok nem estek egybe a vállalat érdekeivel, gyorsan alábbhagytak ezek a törekvések. Az 1980-as évek második felében újra előtérbe került a munkahelyi egészség és a munkahelyi biztonság kérdése. A munkahelyi biztonság és az egészségvédelem terén áttörést jelentett az Európai Bizottság egészségügyi és biztonsági irányelvei. Egy ötéves cselekvési programot dolgoztak ki, melynek célja az egészség előmozdítása, a tájékoztatás, az oktatás és a képzés.

Az Egészségügyi Világszervezet 1986. évi Ottavai Chartája fordulópontot jelentett az egészségvédelem terén. Ekkora már nyilvánvalóvá vált, hogy az egészség, illetőleg az egészségvédelem nem rendelhető el „felülről”, hanem csak minden egyes személy közreműködésével érhető el eredmény. Egyértelművé vált az is, hogy az egészséget nem lehet csupán a betegségek hiányaként meghatározni. A Charta az egészségfejlesztés egyik első meghatározását is megadta: *„Az egészség-fejlesztés egy olyan folyamat, amelynek célja az, hogy minden emberben fokozott mértékben működjön az egészségtudat, és ezáltal képessé váljon egészségének megerősítésére”* (Nutbeam, 1985, 23).

A munkahelyi egészségfejlesztés fontos annak érdekében, hogy megakadályozzuk, illetve megelőzzük a munkával kapcsolatos betegségeket, és elősegítsük a munkavállalók megfelelő egészségi állapotát (WHO, 1988).

A munkahelyi egészségfejlesztés, valamint a primer prevenció beavatkozás rendkívül elterjedt. Az egészségügyi beavatkozások kiindulási pontja egyrészt az emberek viselkedésének megváltoztatása úgy, hogy ösztönözze őket az egészséges életmódra, az egészséges táplálkozásra és a fizikai tevékenységre. A környezeti tényezők megváltoztatása jelenti a munkakörülmények javítását, a szervezeti kultúrába való beavatkozást és a vezetés hatékonyabbá tételét (Ulich és Wülser, 2009). A fentebb megnevezett célkitűzések a munka világát is érintik. Az egészséget nem veszélyeztető, biztonságos, egészséges munkahely biztosítása valóban kiemelt prioritást élvezett és élvez a mai napig is az európai munkavédelmi és egészségpolitikában (Kapás, 2007). A Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózata szerint (ENWHP:



5. kép: A Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózata logója

European Network for Workplace Health Promotion): „A munkahelyi egészségfejlesztés a munkaadók, a munkavállalók és a társadalom valamennyi olyan együttes tevékenységét

jelenti, amely a munkahelyi egészség és jól-lét javítására irányul. A cél eléréséhez szükséges lépések és eszközök: a munkaszervezet javítása, a dolgozói részvétel biztosítása és a személyi kompetencia fejlesztése” (Kapás, 2010, 29). Ez a definíció 1997 óta nem szorult kiigazításra, a benne tükröződő szemléletet számos vállalatvezető, munkáltatói és munkavállalói érdekképviselő megerősítette (Galgóczy, 2004).

Antonovsky (1987) felhívta a figyelmet arra, hogy az egészséggel kapcsolatos kutatások többsége mindig azt keresi, hogy mi az, ami beteggé tesz, és nem azt, hogy mi az, ami egészségesen tart. Salutogenetikus modelljének hipotézise szerint minél nagyobb koherenciaérzékkel rendelkezik valaki, annál valószínűbb, hogy meg tudja majd küzdeni a rá nehezedő pszicho-szociális stresszorokkal. „A koherencia-érzet olyan globális orientáció, mely annak mértékét fejezi ki, amennyire valaki átfogó és tartós – bár dinamikusan rugalmas – bizalom-érzést ápol az iránt, hogy az élete során akár a belső, akár a külső környezetéből származó stimulusok (ingerek, hatások) strukturáltak, előreláthatók és értelmezhetők. Az ezen stimulusok által támasztott követelményeknek való megfeleléshez rendelkezik elegendő erőforrással. E követelmények kihívásoknak vehetők, vagyis van értelme annak, hogy erőbefektetéssel elköteleződjék a velük való foglalkozásra” (Szakmai Beszámoló, 2003, 9.).



6. kép: Aaron Antonovsky

1.3.3. Munkahelyi egészségfejlesztés Magyarországon

A munkahelyekkel szemben évtizedekig a legfőbb elvárás csak az volt, hogy ne károsítsa a dolgozó egészségét. A munkabalesetek számának csökkentése, a munkából adódó megbetegedések megelőzése állt a figyelem középpontjában, ennek eszköze a munkavédelem. A munkavédelem jelenős fejlődésen ment át az elmúlt időszakban. A munkavédelem és a munkahelyi egészségfejlesztés egymásra épített gyakorlata azt eredményezi, hogy csökken a kiesett munkanapok száma, nő a termelékenység hatékonysága, a munkatársak kreativitása és a terhelhetősége (Kapás, 2010).

Magyarország már az európai uniós tagsága előtt, 1999-től tagja volt a *Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózat*nak, így megismerhette az egyes európai országok munkahelyi egészségfejlesztési gyakorlatát, szemléletét, problémáit, valamint részt vett a

hatékonysági irányelvek kidolgozásában (Galgóczy, 2004). A munkahelyi egészségfejlesztés magyarországi gyakorlatában némi elmozdulás tapasztalható, de az igazi áttörésre még várni kell. Magyarországon a 2003-ban országgyűlési határozattal elfogadott Nemzeti Népegészségügyi Program „Egészségfejlesztés a mindennapi élet színterein” c. alprogramjának egységeként működő „Egészséges Munkahelyekért” program foglalkozik átfogó jelleggel a témával. Cél, hogy a munkahelyek, mint együttműködő partnerek a kötelező munkaegészségügyi, munkabiztonsági és foglalkozás-egészségügyi intézkedések megvalósításán túl az ott dolgozók egészségfejlesztését is szolgálják. Lényeges továbbá, hogy tíz év távlatában létrejöjjön a munkahelyi egészségfejlesztés – jogi, gazdasági és szakmai koordinációra épülő – szabályozása, intézményesített háttere, amely lehetővé teszi a munkát végzők egészségének védelmét az egészségesebb munkahelyeken.³

1.4. Egészségfejlesztés idős korban

Az évezredek során az átlagos emberi élettartam lassan nőtt, hiszen a kedvezőtlen külső körülmények lassan megszűntek ill. jelentősen csökkentek. A hosszabb élettartam egyúttal azt is jelenti, hogy meghosszabbodott az idős kor periódusa, egy olyan korszak, ami biológiailag, pszichoszociálisan, gazdaságilag, pénzügyileg, egészségi szempontból markánsan eltér az aktív kortól. A fejlett ipari országokban az idős lakosság egyre nagyobb részét alkotja a társadalomnak, azaz egyre kevesebb ember kényszerül eltartani egyre több idős, általában megrokkant egészségű embert. Nem elégedhetünk meg tehát az átlagéletkor meghosszabbításával, legalább olyan fontos, hogy az életminőség is javuljon. A társadalom közérzetet jelentős mértékben megszabja az időskorúak szomatikus állapota (is), amely meghatározó jelentőségű az életminőség szempontjából, az egyik legfontosabb tényező a támogató családi, baráti háttér. A magány, a hozzátartozók, barátok hiánya súlyos nehézséget jelent az öregség elviselésében. Az időskorral foglalkozó tudomány, a gerontológia kétféle életkort különböztet meg:

- kronológiai kort, azaz a naptári, anyakönyvi életkort,
- a biológiai életkort akkor alkalmazzuk az életkor meghatározásához, amikor a szervezet tényleges, fiziológiás állapotát vesszük figyelembe.

Ismeretes, hogy az ember elvben akár 120 évet, vagy még hosszabb időt is megélhet. Jelenleg sajnos különböző betegségek, egészségkárosító tényezők ezt megrövidítik. Az újabb medicinális felfedezések, a lényegesen jobb társadalmi-gazdasági, higiénés viszonyok, a preventív szemleletű egészségmegőrzés széleskörű elterjedése egyre inkább a figyelem

³ <http://mek.oszk.hu/11000/11068/11068.pdf>

középpontjába állítja az öregedés kérdéskörét. Jól ismert, hogy az idült nem fertőző betegségek, mint daganatos betegségek, szív- és érrendszeri kórképek, anyagcsere betegségek nemcsak korai halálozást, hanem jelentős életminőség romlást, rokkantságot is előidéznek. Köztudott, hogy az idős emberek általában fogékonyabbak a betegségekkel szemben. Ezek a betegségek nemcsak az egyén számára kellemetlenek, hanem az egészségügyi szolgálat számára is hatalmas pénzügyi kiadásokat jelentenek. Az egészséges idősödésbe történő befektetés hozzájárul a munkaerő kínálatához, és csökkenti a korengedményes nyugállományba vonulás valószínűségét, egyben az egészségi problémák megelőzésében is fontos szerepet kap:

Elsődleges megelőzés:

- Rendszeres orvosi ellenőrzés
- Védőoltások (influenza és pneumococcus elleni)
- Speciális tanácsadás: táplálkozási (folyadékbevitel, mennyiségi és minőségi változtatások), különösen fontos: Ca, D-vitamin, B12, folsav, telítetlen zsírsavak
- Fizikai és szellemi aktivitás tudatos megőrzése, örömforrások.

Másodlagos megelőzés

- Rendszeres háziorvosi vizsgálat (vércukor, vérnyomás, koleszterin ellenőrzés)
- Szűrővizsgálatok (emlő-, méhnyak-, prostata-, colorectalis tumor).

Harmadlagos megelőzés

- gyógyítás, a további állapotromlás megelőzése,
- gyógyászati segédeszközökkel való ellátás,
- rendszeres gondozás, szükség esetén intenzív rehabilitáció.

A fizikai aktivitás javítja az állóképességet, az erőnlétet, az egyensúlyt, a mobilitást, ami előmozdítja az önálló életet. A fizikailag aktív emberek magasabb szintű jólétről és fizikai tevékenységről számolnak be. A fizikai aktivitás csökkenti a vérnyomást, és a fizikailag inaktívknál nagyobb a szív- és érrendszeri betegségek, az agyvérzés és a depresszió kialakulásának kockázata. Az idősök erőnlétét eredményesen növeli a fokozott terhelésű edzés, és pozitív hatást gyakorol az olyan funkcionális korlátokra, mint a járási sebesség. A gazdasági, pénzügyi stabilitás megteremtése alapfeltétele a nyugodt, kiegyensúlyozott öregségnek. Fel kell készülni az öregkorra, megfelelő életfilozófiára kell szert tenni. A társadalom magatartásán is változtatni szükséges, *a környezet legyen befogadó, empátikus, hogy az idős ember állandóan érezze, hogy egyenjogú tagja a közösségnek.* Egy társadalom fontos értékmerője, hogyan bánik az idősökkel.

2. Összegzés

Az egészség széles körben használt megnevezés bizonyos emberi tapasztalatok komplex dimenziójának kifejezésére. Az egészség nem egy abszolút vagy kézzel fogható dolog, hanem egy társadalmilag és kulturálisan létrehozott koncepció. Egészségünkre számos összetett folyamat gyakorol hatást. Meghatározó a biológiai faktor (az egyén genetikai adottságai), a politikai, gazdasági, társadalmi, kulturális és környezeti tényezők összessége. A pozitív egészségbefolyásolás nemcsak az egyén egészséges életmódjára kell, hogy kiterjedjen, hanem a társadalmi, gazdasági, ökológiai környezetre is.

Ma Magyarországon egyre nagyobb figyelem irányul a társadalom több szintjén is az egészség megóvására, fejlesztésére, egyre több ilyen irányú kezdeményezés, program lát napvilágot a munkahelyeken is. Olyan teljesítményelvárásokkal, értékszemlélettel találkozunk, amelyek azt sugalmazzák: a jobb életért áldozni kell. Ezért sokan egyre több időt töltenek el munkával, és a cél érdekében hajlamosak erőforrásaikat egészségük rovására felhasználni.

Irodalomjegyzék:

- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Galgóczy, G. (2004): *A munkahelyi egészségfejlesztés európai gyakorlata*. In: Egészséges munkavállaló az egészséges munkahelyeken. A munkahelyi egészségfejlesztés jelene és jövője. Kiadja: Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 7–13.
- Gritz, A. (2006): *Az egészségfejlesztés kompetenciái a 21. században*. – In: Egészségfejlesztés, **48.** évf. 3. sz., 3–9. o.
- Kapás, Zs. (2007): Munkahelyi egészségfejlesztés, mint megtérülő beruházás. www.oefi.hu/kapas_zsolt_tanulmany.pdf
- Kapás, Zs. (2010): *Felismert, félreismert, fel nem ismert erőforrás: munkahelyi egészségfejlesztés*. Népegészségügy, **86.** 2. sz. 28–34.
- Kishegyi, J. és Makara, P. (2004): *Az egészségfejlesztés alapelvei - az egészségfejlesztés nemzetközi alapidokumentumai*. Sorozatszerkesztők: Szakmai lektor: Dr. Gyárfás Iván <http://www.oefi.hu/modszert.htm>
- Nagy, J. (2005): Egészségnevelési programok az iskolai egészségfejlesztés szolgálatában *Magyar Pedagógia*, **105.** 4. sz. 263–282.
- Nagy, L. és Barabás, K. (2011): *Az egészségműveltség és egészségmagatartás diagnosztikus mérésének lehetőségei*, In: Csapó Benő, Zsolnai Anikó (szerk.) Kognitív és affektív fejlődési folyamatok diagnosztikus értékelésének lehetőségei az iskola kezdő szakaszában. Budapest: Tankönyvkiadó, 2011. pp. 173–224.
- Nutbeam, D. (1985): *Health Promotion Glossary*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Simonyi, I. (2004): Segédlet az iskolai egészségnevelési, egészségfejlesztési programhoz. Oktatási Minisztérium. http://www.nefmi.gov.hu/letolt/kozokt/eg_segedletjav03161750sifp.pdf
- Tózsá-Rigóné N. J. (2011): A mindennapos testnevelés komplex programja Hódmezővásárhelyen 2005-2009-ig: Megvalósulás, hatékonyságvizsgálat, szoftverfejlesztés. *Doktori Disszertáció*. Szegedi Tudományegyetem, Neveléstudományi Doktori Iskola
- Ulich, E. és Wülser, M. (2009): *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven* 3rd ed. Gabler, Wiesbaden
- Varga-Hatos, K. és Karner, C. (2008): A lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezők. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2. sz.
- World Health Organisation (1946): *Constitution*, Genova
- World Health Organisation (1984): *Health Promotion: A Discussion Document on the Concept and Principles*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- World Health Organization (1986): *Ottawa Charter for Health Promotion*. World Health Organization, Geneva

- World Health Organisation (1986): Az Ottawai Egészségfejlesztési Charta. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia. Ottawa, 1986. november 17–21 In: *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest.* 9–14.
- World Health Organisation (1988): Adelaide-i ajánlások az egészséget támogató közpolitikáról. Második Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia, Adelaide. In: *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest.* 15–22.
- World Health Organisation (1991): Sundsvalli nyilatkozat az egészséget támogató környezetről. Harmadik Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia, Sundsville, 1991. június 9-15. In: *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai.* Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. 23–28.
- World Health Organisation (1997): Dzsakarta nyilatkozat. Egészségmegőrzés a XXI. században. Dzsakarta, 1997. július 21-25. In: *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai.* Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. 29–34.
2013. évi CXXXVII. Törvény a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény módosításáról <http://www.pdsz.hu/container/files/attachments/36444/nkt.pdf>

Melléklet

Képek hivatkozásai:

1. kép: <http://www.themalaysianinsider.com/world/article/who-sets-up-us100-million-fund-to-avoid-being-overwhelmed-again>
2. kép: http://www.tankonyvtar.hu/en/tartalom/tamop425/0005_17_altalanos_tajekoztat-as_scom_09/931_enciklopdik_lexikonok.html
3. kép: <http://www.denbarart.com/art-history.html>
4. kép: <http://bookline.hu/szerzo/monspart-sarolta--sterk--/209760>
5. kép: <http://www.workrelax.it/tag.php?k=enwhp>
6. kép: <http://www.in.com/aaron-antonovsky/profile-3063.html>

Ábrák jegyzéke:

1. ábra: *Az egészséget befolyásoló tényezők*.....7
2. ábra: *Az egészségfejlesztés 5 alapterülete*.....11

Táblázatok jegyzéke:

1. táblázat: *Az egészség fogalmi változásai*.....6
2. táblázat: *Az egészségfejlesztés fogalmai*.....13