

Egészség, életmód, egészségfejlesztés a felsőoktatás szemszögéből

Bárdos György* és Kraiciné Szokoly Mária**

Paradox módon az emberek csak akkor kezdenek törődni az egészségükkel, amikor már zavar keletkezik benne, nevezhetjük ezt „egészség-paradoxon”-nak is. Az egészség napjainkban már szinte közhelyszerűen használt fogalom, sokféle dolgot értenek alatta, mégis kevesen élnek egészségtudatosan, kevesen tesznek eleget egészségük érdekében. Ebben a cikkben körüljárjuk az egészség fogalmát, annak összetevőit, komplex szemléletét, és elemezzük az egészségfejlesztés lehetőségeit. Megközelítésünk Engel bio-pszicho-szociális modelljén alapul, és abból indul ki, hogy az egészség összetett és többdimenziós. A paradoxont segíthet feloldani, ha tudatosítjuk, hogy az egészség tényezői egyben életmódunk elemei, és hogy az egészséges életmód kialakításában az egyének kiemelten nagy a felelőssége. Ennek tudatosítása és kialakításának segítése az oktatás minden szintjének fontos feladata. Kiemelt szerepe van a felsőoktatásnak, hiszen az értelmiségnek, és különösen a pedagógusoknak példát kell mutatniuk, munkájukba bele kell illeszteniük az egészségnevelést. Egy, a közelmúltban befejeződött TÁMOP-program a felsőoktatás és az egészségfejlesztés kapcsolatát járta körül, és javaslatot tett az egészségtudatos felsőoktatás fejlesztésére.

Kulcsszavak: egészség, egészségfejlesztés, egészségtudatos nevelés, életmód, felsőoktatás

Bevezetés

Napjainkban egyre ismertebbé és elfogadottabbá válik az a tény, hogy az egészséget szolgáló közpolitika és ellátási rendszer mellett nagy jelentősége van az egészségtudatos életmódra nevelésnek, az egyének saját és környezetük egészsége feletti fokozottabb figyelmének, az erre irányuló munkahelyi és civil közösségi tevékenységeknek, a média ismeretterjesztő és fogyasztási szokásokat befolyásoló hatásának. Kiemelkedő fontosságú azonban az oktatás területe, beleértve a formális, intézményes képzéseket az óvodától az egyetemekig, valamint az élethosszig tartó felnőttkori tanulás területeit. A hagyományos betegségközpontú medicinális szemlélettől eltérő új, az egészség megőrzését előtérbe helyező bio-pszicho-szociális megközelítésű szemlélet (Bárdos, 2013) elterjedése az érdeklődés középpontjába emelte a nagy egészségfejlesztési multiplikációs hatással bíró foglalkozásokat, így számos értelmiségi foglalkozást, hivatást, következképp megnőtt az egyetemek népegészségügyi jelentősége. A TÁMOP 6.1.1.-12/1-2013-0001 „Egészségfejlesztési szakmai hálózat létrehozása” kiemelt projekt felsőoktatási alprojekt kutatói a pedagógushivatást a népegészségügyi jelentőségű hivatások között kiemelt fontosságúnak tekintették.

Az egészség fogalma

Az elmúlt évtizedekben az egészség és egészségfejlesztés kérdésével számos nemzetközi fórum és konferencia foglalkozott: Alma-Atai nyilatkozat (1978), Koppenhágai Vitairat (1984) és Egészségfejlesztés konferenciák, Ottawai Charta, Adelaide-i ajánlások (1988), Sundsvalli nyilatkozat (1991), Dzsakartai nyilatkozat (1997), Mexi-

* Bárdos György egyetemi tanár, ELTE PPK Egészségfejlesztési és Sporttudományi Intézet, Budapest. e-mail: bardos.gyorgy@ppk.elte.hu

** Kraiciné Dr. Szokoly Mária c. egyetemi docens, ELTE PPK Felnőttképzés-kutatási és Tudásmenedzsment Intézet, Budapest. e-mail: szokoly.maria@ppk.elte.hu

kói nyilatkozat (2000) Bangkoki Charta (2005), Nairobi (2009), Helsinkai Nyilatkozat: Egészséget az egész politikába (2013).

Az egyik leggyakrabban idézett egészség-definíciót, amely szerint „Az egészség a teljes fizikai, mentális és társadalmi jóllét állapotát jelenti, és nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiányát” (WHO, 1948) 1946-ban, a New Yorkban megrendezett Egészség Konferencián fogalmazták meg, majd az 1948-ban az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Alkotmánya helyezte hatályba és tette széleskörűen ismertté. Egy másik, széles körben idézett dokumentum az Ottawai Charta az egészségfejlesztésért, amelyet az 1986. évi, Ottawában megrendezett első nemzetközi egészségfejlesztési konferencia tett közzé.

Az egészségfejlesztés fogalmát, és az egészség előfeltételeit az alábbiak szerint határozta meg: „Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely módot ad az embereknek, közösségeknek egészségük fokozott kézben tartására 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 változzék vagy alkalmazkodjon ahhoz. Az egészséget tehát, mint a mindennapi élet erőforrását, nem pedig mint életcélként kell értelmezni. Az egészség pozitív fogalom, amely a társadalmi és egyéni erőforrásokat, valamint a testi képességeket hangsúlyozza. Az egészségfejlesztés következképpen nem csupán az egészségügyi ágazat kötelezettsége.” (WHO, 1986. o. n.). Eszerint tehát az egészség pozitív fogalom (nem csak a betegség hiánya), társadalmi és egyéni erőforrás, és alapfeltételei: béke, lakás, oktatás, élelem, jövedelem, stabil ökológiai rendszer, fenntartható erőforrások, társadalmi igazságosság, egyenlőség.

A népszerű, korai WHO-definícióról szerte a világon, így hazánkban is fogalmaztak meg kritikákat: „A WHO által megalkotott egészségdefiníció Székely (2007) álláspontja szerint – bár értéke vitathatatlan – statikus jellegűnek tekinthető, mely nem alkalmazható az egyes emberre, s nem lehet mutatója a lakosság egészségi állapotának sem, csupán arra a kérdésre ad választ, hogy mi szükséges az egészséghez.” (Petőné, 2012, p. 14.).

A Borbás és mtsai (2008) által megalkotott definíció sokkal „realisztikusabbnak” tűnik a WHO holisztikus megközelítésű egészségfogalmához képest. Borbás és mtsai ráadásul bővebben, a mentális egészségre is kitérve tesznek megállapítást: „Az egészség az egyén biológiai működése, valamint a kora és neme szerint elérhető és/vagy a társadalom által elvárt biológiai működése közötti megfelelés. Az egészség megítélése a funkciók működésén (képességek, korlátozottságok), a fájdalom létén, jellegén, és mindennek az egyén általi mentális feldolgozásán (elfogadásán) alapul.” (Borbás et al., 2008)

Összességében elmondható, hogy az egészség-fogalom jelentős változásokon ment át az elmúlt évtizedek során, a definíciók módosulásának folyamata pedig – az adott kor jellemzőinek megfelelően – mind a mai napig tart.

Az egészségfejlesztésről

Az egészségfejlesztés viszonylag új fogalomnak számít, annak ellenére, hogy az egészségfejlesztés nem újkeletű. Az elmúlt évek során az angol nyelvű szakirodalomban számos fogalom és definíció jelent meg: „health protection” (egészségvédelem), „health promotion” (egészségfejlesztés), „health education” (egészségnevelés). Az egészségfejlesztéssel kapcsolatosan számos ajánlás, koncepció, szakmai háttéranyag készült, és ezek szinte mindegyike valamilyen formában Magyarországon is megjelent. Az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek is számos kiadványban és publikációban értelmezték, adaptálták hazai viszonyokra (Benkő 2009; Kishegyi & Makara, 2009). Készült, és jelenleg is érvényben van egy hat évre szóló nemzeti egészségügyi fejlesztési

program, amely az egészségügy általános helyzetén keresztül célozza meg az egészségi állapot javítását: egészségnevelés, „health development” (egészségfejlesztés).

A magyar nyelvű szakirodalomban a „*health promotion*” angol kifejezés megfelelőjeként az egészségfejlesztés szót alkalmazzák. Magyarországon „*Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Hatályos: 2015.01.30 - 2015.06.30) 37. § (1) - (2) bekezdése* határozza meg az egészségfejlesztést.

Hazánkban az egészséggel való foglalkozáshoz kapcsolódó fogalmak közül a Nemzeti Fejlesztési Intézet TÁMOP 6.1.1.-12/1-2013-0001 számú, az „Egészségfejlesztési szakmai hálózat létrehozása” című kiemelt projekt felsőoktatási alprojektje az egészségfejlesztés fogalmának használatát javasolta. A WHO meghatározása szerint: „Az egészségfejlesztés az a folyamat, mely képessé teszi az embereket arra, hogy saját egészségüket felügyeljék és javítsák. Az egészségfejlesztés átfogó társadalmi és politikai folyamat, mely nemcsak az egyének képességeinek és jártasságának erősítésére irányuló cselekvéseket foglal magába, hanem olyan tevékenységeket is, amelyek a társadalmi, környezeti és gazdasági feltételek megváltoztatására irányulnak azért, hogy azoknak a köz és az egyén egészségére gyakorolt hatása kedvező legyen.” (WHO, 1986. o.n.) Ennek alapján tehát az egészségfejlesztés a lakosság egészséggel kapcsolatos műveltségének (egészségkultúrájának) széles körű fejlesztésére, az egészségtudatos magatartásra, az egészséget veszélyeztető ártalmak, a megbetegedések megelőzésére irányuló tevékenység (Gritz, 2007). Tudományos értelemben az egészségnevelés bio-pszicho-szociális megközelítésű „határtudomány”: az orvostudományokon kívül épít a pszichológia, a neveléstudomány, a szociológia tudományos eredményeire, módszereire.

A nevelés-oktatás-képzés kompetencia alapú megközelítése szempontjából fontos megjegyezni, hogy az egészségfejlesztési kompetencia az életvezetési kompetenciakör területéhez tartozik, mert az életvitelhez és a hivatáshoz (foglalkozáshoz) szükséges tudás képesség, attitűd körében fontos az egészségvédő és egészségfejlesztő készségek elsajátítása, és a mindennapos tevékenységbe való illesztése, széleskörű terjesztése. Az egészségvédő kompetencia az egészségmagatartásban válik megfoghatóvá, láthatóvá, hallhatóvá, sőt előre jósolhatóvá (Gritz, 2007).

Az egészség komplex szemlélete

Sokan és sokféleképpen próbálták meg értelmezni az egészség zavarait, és az ehhez tartozó háttérmechanizmusokat, ezek közül talán G. L. Engel (Engel, 1977) ún. bio-pszicho-szociális modellje a leginkább elfogadott.



1. ábra. Engel bio-pszicho-szociális modellje

A modell több fontos megállapítása segít eligazodni a betegségkeletkezés folyamatában, és segít megérteni a fentebb említett egészség-paradoxont is.

- Az egészség, a nem-egészség, illetve a betegség *soktényezős* állapotok és *viszonylagosak*.
- A szervezet működési zavarai teljesen, vagy jobbra *rejtve maradhatnak*.
- A betegségek, kóros állapotok és ezek következményei mindig rendelkeznek *szociális, pszichés, egyed-fejlődési és fiziológiai* összetevőkkel.
- A betegség eltérő szinten történő *alkalmazkodás*, vagy hibás szerveződés talaján bekövetkező *csőd*.
- A terápiának a hibás alkalmazkodás (*meg*)*javítását* kell célul kitűznie.

Ezek alapján jobban érthetővé válik a WHO egészség-meghatározása, de az azt érő kritikák is, hiszen az egészség valóban viszonylagos, sokféle tényező határozza meg, de a „teljesség” nehezen értelmezhető, és még nehezebben határozható meg.

A bio-pszicho-szociális modell az egészséget a szélesen értelmezett kultúra részeként tételezi. Az egészség-gel kapcsolatos számos tényezőt egy adott populáció kultúrája határozza meg: miként táplálkozunk, hogyan szervezzük az életünket, mit és mennyit mozgunk, milyen az egészség-, illetve betegség-viselkedésünk, milyen környezeti szuggesztiók érnek bennünket, kik és milyen intézményrendszerben működnek a gyógyítók, milyen elvárásaink vannak az ellátással kapcsolatban, kit és mi alapján tekintünk betegnek.

A komplexitás és a sokféle dimenzió tudatában világossá válik az is, hogy az egészség védelme és megőrzése társadalmi feladat, szükséges hozzá megfelelő intézményrendszer, pénz, közakarat, de sok tekintetben az egyén felelőssége is, amit jelentős mértékben meghatároz az egyén életmódja.

Az életmód

Az egészség és egészségfejlesztés szempontjából az életmód kulcsfogalom, ami a mindennapi életben a magatartás, az egyéni életvitel megjelenési formája. Az életmódnak egészségfejlesztés szempontjából nincs jó és egyértelmű definíciója, sem a nyomtatott, sem az internetes magyar és angol nyelvű értelmező szótárakban („life-style”, „lifestyle”). A legtöbb meghatározás – amint az alábbi idézetek is mutatják – meglehetősen rövid és felületes:

„Az életmód fogalma az egyének, csoportok, vagy kultúrák érdeklődési körét, véleményét, magatartását és viselkedési orientációit takarja” (Merriam-Webster's Dictionary, 1968).

„Az életmód azon szokások, attitűdök, ízlések, erkölcsi alapok, gazdasági színvonal, stb. együttese, amelyek egy egyén vagy csoport életét együtt határozzák meg” (Dictionary.com).

Talán a legjobb definíciót a Business Dictionary (2017) adja:¹

„Az a mód, ahogy az egyes emberek, a családok (háztartások) és a közösségek élnek, az, ahogy a fizikai, pszichológiai, szociális és gazdasági környezethez napról-napra alkalmazkodnak. Az életmód megjelenik mind a munkával, mind a szabadidővel kapcsolatos magatartási mintázatokban, és (egyéni alapon) az aktivitásban, attitűdökben, érdeklődésben, véleményekben, értékekben és a jövedelem felhasználásában egyaránt. Tükrözi az emberek ön-képét és ön-ábrázolását, azt a módot, ahogy magukat látják, és ahogy képzelik, mások milyenek látják őket. Az életmód a motivációk, késztetések, és szükségletek keveréke, és olyan tényezők befolyásolják, mint a kultúra, a család, a referenciacsoportok és a társadalmi osztály” (Business Dictionary, 2017).

A probléma megoldását segítheti, ha összeszedjük, milyen elemekből áll az életmód (ez afféle „osztentív definícióként” is felfogható): (a) a mikrokörnyezet felépítése és fenntartása, (b) munkaszervezés, (c) pihenés, (d) szociális kapcsolatok és a családi élet, (e) higiénia, (f) táplálkozás, (g) mozgási aktivitás, (h) szellemi és fizikai rekreáció, (i) testápolás.²

A helyes életmód definiálásakor cél, és egyben kritérium a szervezet normális működésének, homeosztázisának fenntartása, azaz az egészség megőrzése. Függetlenül az egyén és a környezete kölcsönhatásaitól, és mindig egyénre kell szabni, és rugalmasan kell alakítani, ami az életmód minden fenti elemére vonatkozik, helyes „rész-életmód” nincs. Fontos tudatosítani az emberekben azt a pozitív ténytet, hogy a szervezet meglepően rugalmas, széleskörűen alkalmazkodik a változásokhoz, működése tehát változékony, sok védőmechanizmussal rendelkezik, és rendszerszerűen működik. Ugyanakkor negatív veszélyeztetető tényezőnek tekinthető, hogy a szervezet viszonylag gyorsan kimerül, erősen érzékeny a környezeti hatásokra, alkalmazkodása néha lassú, a lelki és érzelmi változások erősen hatnak a belső működésre, és a rendszer működése könnyen megbomlik. A helyes életmódnak tehát erősítenie kell a pozitív –, és igyekeznie kell csökkenteni, kiküszöbölni a negatív tényezőket.

Életmód és egészség

Az 1960-as és 70-es években a keringési betegségek, főleg a szívizom infarktus, és a sztrók okait vizsgálták az USA-ban, mivel ezek döntően befolyásolták a munkaképességet és nagy számban okoztak súlyos munkaidőkiesést, következésképp gazdasági károkat (különösen a közép- és felsővezetők, az ún. fehérgallérosok körében). A 80-as években egy másik, hasonló okokra visszavezethető vizsgálatban a magas-vérnyomás kezelésé-

1. Fordítás: Bárdos György.
2. Saját gyűjtés.

vel kapcsolatban nagy mintán tanulmányozták a betegségcsoport hátterét. Mindkét nagyléptékű vizsgálat hasonló tanulsággal járt: felismerték az ún. kockázati tényezők (rizikófaktorok) szerepét.

A kockázati tényezők (rizikófaktorok) az életmód olyan elemei, amelyek jelenléte megnöveli a betegség kialakulásának valószínűségét. Néhány fontosabb kockázati tényező: a magas vérnyomás, a túlsúly, a magas koleszterinszint (pontosabban a zavart koleszterin anyagcsere), a zsírdús táplálkozás, a dohányzás, a rendszeres alkoholfogyasztás, a mozgás-szegény életmód, az ún. A-típusú viselkedés (újabbán inkább a hosztilitás) és a betegség-magatartás. A tényezők nem egyforma erősségűek, és hatásuk nem adódik össze, hanem erősítik egymást. A legmagasabb kockázatot a dohányzás jelenti, de a magas vérnyomás és a kövérség is kiemelt kockázatot jelent (Kuulasmaa et al., 2000; Yusuf et al., 2004; Lloyd-Jones et al., 2010).

A kockázati tényezők felismerése óta az egészséggel kapcsolatos rendszerek töreksenek azok csökkentésére vagy kiküszöbölésére, de az igazi perspektívát annak felismerése jelentheti, hogy a kockázati tényezők valójában az életmód elemeinek zavaraként foghatók fel. A korábban írtak alapján ez a társítás már nem is látszik nehéznek:

- a) kövérség, magas koleszterinszint, zsírdús étkezés → *táplálkozás*;
- b) dohányzás, alkoholfogyasztás → *egészség-magatartás*;
- c) mozgásszegény életmód → *mozgási aktivitás*;
- d) A-típusú viselkedés, hosztilitás → *szociális kapcsolatok, munkaszervezés*;

Mindebből egyértelműen következik, hogy az egészség és az életmód szorosan összefügg, kölcsönösen meghatározzák egymást. Ugyanakkor ez egy ördögi körré is alakulhat: az életmód (akár átmeneti) zavara az egészség romlásához vezethet, a betegség felé való eltolódás pedig az életmódban kelthet zavarokat. Világos tehát, hogy az ideális megoldás a prevenció, vagyis a helyes életmód.

Egészségmagatartás és homeosztázis

Az egészségmagatartás a pszichológiába nem túlságosan régen bevezetett fogalom, olyan magatartási formákat jelöl, amelyek segítenek az egészség megőrzésében és fenntartásában, és új megközelítést takar: a hangsúly a betegek viselkedésének megértéséről (betegségmagatartás) azokra a formákra helyeződik át, amelyek éppen a betegségek megelőzését szolgálják. Az egészségmagatartás az életmód alakulásában érhető tetten, bár vannak közvetetten ható elemei is. Az egészség védelmének két legismertebb pillére a táplálkozás és a testmozgás. Ehhez azonban – bár kevésbé látványos és nehezebben is megfogható – csatlakoznia kell a stressz- és problémakezelésnek, valamint az aktív egészségvédelemnek is.

A szervezet épségét, a külső és belső hatások ellenére is megőrzött harmonikus működését nevezzük homeosztázisnak (homeo: azonos, stasis: állapot, görög). A homeosztázist, a szervezet egyensúlyi állapotát bonyolult belső szabályozási folyamatok kontrollálják, amelynek elemei az evolúció során alakultak ki (Bárdos, 2003). Ezek olyan adottságok, amelyek a gyors és bonyolult kulturális fejlődés során is megmaradtak, és működnek ma is. A homeosztázis mind a testi, mind a lelki működés harmóniáját jelenti, a bio-pszicho-szociális modell értelmében a külvilághoz való harmonikus viszonyt is magába foglalja (lásd fentebb). Ugyanakkor az ember nemcsak természeti, hanem társadalmi, szocio-kulturálisan is meghatározott lény, ami nincs mindig összhangban a biológiai szükségletekkel, és ez nagyon gyakran alkalmazkodási zavarokhoz vezet, azaz kárt szenved az egészség. Mindez azt jelenti, hogy egészségünk megőrzése életmódunk tudatos alakítását követeli meg.

Cselekvő egészségvédelem

Abból a tényből, hogy a leggyakoribb egészségzavarok keletkezésében szerepet játszó *kockázati tényezők* jelentős része tulajdonképpen *életmód-elem*, adódik az a következtetés, hogy az egészségvédelemnek, és különösen a megelőzésnek, az életmódra kell fókuszálnia (Karasu & Weiner, 1982; Baum & Posluszny, 1999; Lackó, 2010; Ábrahám & Bárdos, 2014). Érdemes tehát megvizsgálni, melyek az életmód-elemek javításának lehetőségei.

A kockázati tényezők közül több is közvetlenül, vagy közvetve kapcsolatos a táplálkozással (Wardwell et al., 1963). Ilyen a túlsúly és kövérség, a magas koleszterinszint, a zsírdús táplálkozás, a fokozott szénhidrátbevitel. Emiatt a helyes és egészséges táplálkozás napjaink egyik központi témájává vált, mind a szakmai folyóiratokban, mind az interneten százával jelennek meg ezzel kapcsolatos publikációk. Érdemes azonban felfigyelni arra, hogy az internetes források szakmai korrektsége gyakran szenved sérülést, nem kis részben a különböző cégek érdekeinek előtérbe kerülése miatt (Erdei et al., 2017). Bár a helyes táplálkozás fontosságára már sok évtizeddel ezelőtt felfigyeltek (Teitelbaum, 1967), a kérdés még ma sem látszik minden igényt kielégítően megoldódni; újra és újra megjelennek tudományos cikkek, amelyek e témakör fontosságát hangsúlyozzák (Lange, 2017; Somavárapu, 2017). Az emberek táplálkozásának tehát – a kényelmi szempontok helyett – az alkalmasság és szükséglet szempontjait kellene érvényesíteni: kevesebb sót, cukrot, állati zsírt enni, több zöldséget, vitamint, száraz húsételt fogyasztani, előnyben részesítve a természeteshez közeli táplálkozást. Az egészségnevelés szempontjából tehát azoknak az ismereteknek a terjesztése volna szükséges és előnyös, amelyek a táplálékot alkotó összetevők feldolgozásáról, élettani szerepéről, helyes arányairól szólnak, illetve amelyek lehetővé teszik a tájékozódást a mai bonyolult beszerzési-vásárlási körülmények között.

A modern élet, a fogyasztói társadalom velejárója a kényelem előnyben részesítése. Az emberi szervezet azonban természeténél fogva megkívánja a rendszeres mozgást, az élettani folyamatok ilyenkor működnek megfelelően. Ez nem valamiféle szuper terhelést jelent: 20-25 perc napi testmozgás már elégséges is lehet. Érdekes felismerés, bár az oka még nem pontosan ismert, hogy a testmozgás reggel könnyebben végezhető, és valószínűleg eredményesebb is, mint a munka utáni időszakokra történő beépítése az életmódba. Egészségfejlesztési célú testmozgás bármely olyan tevékenység lehet, ami az egész testet mozgatja: kerti munka, úszás, sportséta, kirándulás, torna, stb. A lényeg nem az erős terhelésen, hanem a folyamatos és rendszeres mérsékelt aktivitáson van (Radák & Koltai, 2016). Az adatok arra mutatnak, hogy a magyar lakosság fizikai aktivitása messze elmarad a kívánatos szinttől (Szóts et al., 2016). Indokolt ezért egy országos mozgásprogram elindítása és népszerűsítése (Tóth & Szóts, 2016), valamint ennek beépítése a felsőoktatásba, különösen a rekreációs, a testnevelő, és a tanári szakokon.

Az egészségfejlesztéssel való foglalkozás során nem hagyható figyelmen kívül a fogyasztói társadalom jelenségvilága, amelyben az egyének óriási energiát, időt és pénzt fektetnek szükségleteik kielégítésére. A fogyasztás felszínessé válhat, az életmód gyorsul, amivel azonosul a mai „*on demand*” („*ott és akkor, amikor akarom*”) generáció (Tari, 2010), akik mindent azonnal megszereznének, a lehető legkevesebb idő ráfordításával. Bár a társadalom szellemisége szinte kényszeríti az egyéneket, hogy törekedjenek a test és a lélek kielégítésére, a jó gyakorlatok átadása és alkalmazása valahol időközben elveszíti jelentőségét (Kapitány & Kapitány, 2014) és intézményeit. E megállapítás alátámasztja a felsőoktatás egészségfejlesztésben betöltendő szerepét, fontosságát.

A stressz- és problémakezelés még több aktív odafigyelést igényel a fiatal felnőtteknél, hiszen a modern életritmus hihetetlen mennyiségben termel problémákat, igényel döntéseket, szolgáltat információkat (Lackó, 2010; Pikó, 2015). A legjobb az lenne, ha az embernek minden nap lenne egy kis ideje átgondolni, mi történt

vele aznap, mikor hogyan reagált, mit csinált jól és mit rosszul. Ez segítene folyamatosan alakítani, építeni, rendezni a magatartást, és javítaná mindennapi reakcióink minőségét is. A mai rohanó világban a fogyasztói társadalom csábító kihívásai közepette a tradicionális társadalmi értékrendek megrendültek, ezért elő kell segíteni pozitív humán karakterjegyek érvényesülését. „Az egészségfejlesztési programok sikeressége is ezt igazolja: az elrettentés helyett a pozitív szemlélet, az erőforrások és az alternatív viselkedési elemek bemutatása, valamint az önbizalom erősítése és a szociális készségek fejlesztése növeli a hatékonyságot.” (Pikó, 2010a, p. 15.)

Az egészséges önkép, és az önnön egészségünkről alkotott kép egymás generátorai. A tudatos egészség-gondolkodással el lehet érni, hogy az egészség mindig és mindenkinek cél legyen, ne csak akkor akarjuk elérni, ha nincs, hanem akkor is akarjuk fejleszteni, ha van, ezáltal minden egyes cselekedetben benne legyen az egészségfejlesztés gondolata. Ez egyszerre egyéni és közösségi érdek is. Hiszen a társadalom építőelemei az emberek, az egyén szintjén megjelenő védőfaktorok az egész társadalom működésére kihatással vannak. Az apró részekből épül fel a kerek egész.

Az egészségtudatos életmód fontos eleme a *szellemi rekreáció*, ami a stressz és az érzelmi feszültség oldásának fontos módja (Fritz, Szatmári & Plachy, 2013; Fritz, 2016). A szellemi rekreáció lehet lazító, és lehet izgalmas is, a lényeg az alternatív mentális működésmód. Nagyon kultúra- és személyiségfüggő, lehet alakítani, tanulni, fejleszteni is. Sokféle tevékenység tartozhat ide, olvasás, zene, színház, mozi, kreatív tevékenységek, rejtvényfejtés, kártyázás és társasjátékok, stb., a lényeg az, hogy teljes odafordulást igényel.

Végül az aktív egészségvédelemnek számos eleme van. Kerülendő a veszélyes helyek és tevékenységek (például erős UV sugárzás, szélsőséges hőingadozás, szennyezett környezet), és a károsító ingerek (túl fűszeres vagy erős ételek, túl sok táplálékfelvétel), gondoskodni kell a megfelelő folyadékbevitelről (legalább napi 1,5-2 liter). Foglalkozni kell a testsúlyunkkal (valójában a testtömeggel), bőrünk állapotával, a szőrzet tisztaságával. Az aktív magatartás fontos elemét képezik a rendszeres szűrővizsgálatok (emlőszűrés, méhnyak-szűrés, vastagbél- szűrés, tüdőszűrés, prosztatata-szűrés, kardiológiai szűrés, csontsűrűség-mérés, stb. egészség.hu, 2018), az évi egy-kétszeri orvosi ellenőrzés (egészségesen jobb orvoshoz menni), valamint a megfelelően szervezett és bonyolított rendszeres pihenés is.

Az egészségtudatos életmód beilleszthető az individuumbiztosított gondolkodás vonulatába, ami a harmadik évezred fordulójára az élet minden szegmensében markánsan tetten érhető. Ebben az értékrendszerben központi helyet foglal el a test. A fogyasztói társadalom szellemisége arra kényszeríti az egyéneket, hogy törekedjenek a test igényeinek kielégítésére (Kapitány & Kapitány, 2014) Erre a ma embere óriási energiát fordít. Ezt a fogyasztói társadalom szellemiségéből fakadó láthatatlan energiát lehetne befogni az egészségfejlesztés vitorlájába, és a jó gyakorlatok alkalmazása felé kormányozni a testével egyébként is foglalkozni akaró XXI. századi embertömeget.

Tudjuk, de...

Az életmód kialakítása alapvetően az egyénen múlik, megéri befektetni, sokféle és távlatos haszon származik belőle. Komplex életviteli gondolkodást igényel, fontos hozzá a mikroszociális környezet harmóniája. A végső cél egyértelmű: egészségvédelem. Ugyanakkor az egészség a társadalom érdeke, a dolog jellegénél fogva az egészség-védelem nemcsak az egyén, hanem a munkáltatók feladata is. Ehhez szükséges a rendszeres ellenőrzés, illetve az ezt követő tanácsadás; a munkahely közösségként is viselkedik, ez sokat segíthet (Nyitrai, 2015).

Ha visszatekintünk az eddigiekre, szinte minden olvasónak *déja vu* érzése lehet vagy van, hiszen ezek az elvek és tények lassan már a vízcsapból is folynak (ha nem is ilyen rendszerezetten és alapos háttérrel). Ebből az következne, hogy az egészségvédelem (vagy a „*health promotion*” angol kifejezés magyar fordításában egészségfejlesztés) mindenkinek szívügye, életmódunk fő rendezője, mindennapi gyakorlatunk központi eleme. De sajnos nem ez a helyzet. A korábban említett egészség-paradoxon sajnálatosan méltó párja az életmód-paradoxon:

Tudjuk-e, hogy mit kéne tenni az egészségért?

Igen, tudjuk!

DE!

Az időmérleg valósága: a napi kb. 4,5 óra szabadidőnkéből átlagosan:

150 percet (2,5 óra) töltünk a TV/Internet előtt;

20 percet töltünk olvasással;

46 percet töltünk szociális kapcsolataink ápolásával;

15 percet sportolunk vagy sétálunk.

A Statisztikai Hivatal adatai (2002, 2011) alátámasztják ennek az ellentmondásnak a meglétét: tudjuk, de nem csináljuk. És itt mintha bezárulna a kör, úgy látszik, hiába a sok tudásanyag, hiába a sok beszéd és írás, valójában nem törődünk az egészségünkkel. Amint tanulmányunk elején, a motiváció kapcsán jeleztük: amíg valaki egészséges, szinte semmilyen belső motiváció nincs az egészség védelmére; paradox módon csak akkor kezdünk törődni vele, amikor már zavar keletkezik benne.

Egészséges életmódra nevelés

A paradoxonok feloldásának egyik lehetséges módja lehet, ha az egészségvédelem és a helyes életmód témaköre az oktatás-nevelés minden szintjén megjelenik: az óvodától a felsőoktatásig. A 2014-16. között megvalósult TÁMOP-6.1-12/1 „Egészségfejlesztési szakmai hálózat létrehozása” című projekt az egészségnevelés és egészségfejlesztés számos aspektusát járta körül. A képzésekbe illeszkedő programnak 6 fő mottója lehetne:

1. Az életmódunkra sok minden hatással van, de legnagyobb hatással mi magunk lehetünk.
2. Az ember állandó kölcsönhatásban él a környezetével. Formálja a körülötte lévő világot és maga is formálódik általa.
3. Az emberi magatartás mindhárom dimenziója mentén kell értelmezni az egészség-betegség fogalmát, sem a biológiai, sem a pszichés, sem a szociális folyamatok önmagukban nem elégségesek ebben a vonatkozásban.
4. Az emberi magatartás sok olyan elemet tartalmaz, ami független az egyének saját elmeműködésétől, társadalmiasult és bekerült a kollektív tudatba.
5. Az emberek többsége tisztában van az egészségvédő magatartás fontosságával, a gyakorlatban csak csekély kisebbség valósítja meg mindezt. Ezt nevezhetjük életmód-paradoxonnak: tudjuk, de mégse csináljuk.
6. Ne sajnálj ma 25 percet az egészségedért, hogy ne tölts később heteket betegségeddel!

Az egészséges életmódra nevelésnek több szintje is lehetséges, e bevezető cikkben ebből csak négyet említünk:

1. a tananyagok közvetlen szintje, azaz a témával direktben foglalkozó tantárgyak, órák, kurzusok;

2. a tananyagok indirekt szintje, azaz különböző tárgyakba, kurzusokba beépített részismeretek rendszeres átadása;
3. a képzők képzése, azaz a pedagógusok (óvónők, tanítók, tanárok, egyetemi oktatók) ilyen irányú speciális felkészítése;
4. a munka világában a jövőben irányadó és vezető szerepet betöltők felkészítése, beleértve a személyes példamutatást is.

Miért kell foglalkozni a felsőoktatásban az egészségfejlesztéssel?

Iskolázottság és egészség

A fejlett országokban az elmúlt évtizedekben kialakult gazdasági és társadalmi nyomás a felsőoktatási részvételi arány megsokszorozódását kényszerítette ki, ami minőségileg új kihívások elé állította a felsőoktatási intézményeket.

A felsőoktatásban az elmúlt 20-25 évben igen jelentős változások zajlottak le. A releváns, 18-25 éves korosztály részvételi aránya a 20-25 évvel ezelőtti 5-8%-ról világszerte megsokszorozódott, Magyarországon 25-30%-ra nőtt, de számos OECD-országban még ennél is magasabb arányt ért el. A diplomások életútra vetített jövedelme Magyarországon 2-2,5-szerese a csak érettségivel rendelkezőkének, és sokszorosa az érettségivel sem rendelkezőkének. A diplomások körében a legalacsonyabb (néhány százalék) a munkanélküliség, és a legmagasabb a foglalkoztatottság. Részből a jövedelmi, foglalkoztatottsági előnyök miatt a diplomások várható élettartama 5-10 évvel magasabb az átlagosnál, megbetegedési, halálozási mutatóik lényegesen kedvezőbbek, életminőségük jobb. Összegezve: a diplomások jobb életminőségben, hosszabb ideig élnek, többet keresnek, munkaerő-piaci helyzetük kimagaslóan jó, és a fejlett országokban semmi sem utal arra, hogy ez az irányzat megváltozna.

A WHO „Egészséget mindenkinek” globális programjának alapelve kimondja, hogy az egészség nem kizárólag a szakértők munkáján múlik, mindinkább a közösségi kezdeményezéseken, a célként kitűzött társadalmi igazságon és a szektorok között megvalósuló együttműködésen. Tény ugyanakkor az is, hogy a mai magyar társadalom egészségi állapota kritikus,³ a vezető halálokok között szerepelnek a szív- és érrendszeri-, valamint a daganatos betegségek, a lakosság várható élettartama messze elmarad a lehetségestől. Ugyanakkor az egészség jelentős mértékben befolyásolható, függ az életmódtól, a társadalmi-fizikai körülményektől, tehát változtatható.⁴

A felsőfokú végzettségű diplomás populáció arányának növekedése miatt a felsőoktatásban folyó oktató-nevelő munka döntő fontosságú lehet a népegészségügy szempontjából is. Egyrészt a hallgatók az egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretek és kompetenciák birtokában tudatosan alakíthatják saját életvezetésüket, egészségtudatos életmódjukat. Másrészt diplomás szakemberként saját szakmai munkásságukon keresztül – legyen az a gazdaság szegmense (a mezőgazdaság, az ipar, az oktatás-kultúra-média világa, stb.) – e szemléletet mintaként terjesztik, továbbá szakmai döntéseikkel alapvetően befolyásolhatják a népegészségügy helyzetét.

Fentiek alapján kijelenthető, hogy a felsőoktatási intézményeknek kötelességük a jövő társadalmát befolyásoló, leendő értelmiség képzésébe, az intézmény kultúrájába tudatosan beépíteni az egészségműveltségre való

3. <http://www.pro-qaly.hu/magyarorszag-lakossaganak-egeszsegi-allapota-109.html>; https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/thk/thk10_egeszseg.pdf; <http://szegedma.hu/hir/szeged/2015/03/lesujtoan-rossz-a-magyarok-egeszsegi-allapota.html>

4. TÁMOP 6.1.1. 1/12/1 Egészségfejlesztő Egyetem Program (2015). *Alapelvek, célok, koncepciók, az egészségfejlesztés felsőoktatási környezetben való értelmezése a megvalósítás elvi és gyakorlati szempontjai és teendői. Fejlesztői kézikönyv.* Budapest: OEFI.

törekvést. Az egészségtudatos egyetem nemcsak a hallgatók, oktatók és kutatók általános életminőségét képes javítani, hanem növeli az intézmény népszerűségét, vonzó a hallgatók számára, és áttételesen hozzájárulhat az egész magyar lakosság egészségének, életminőségének javításához is.

Egészségfejlesztő egyetemek

Számos felsőoktatási dokumentum megfogalmazza, hogy az egyetemek jövője szempontjából alapvető jelentőségű, hogy a képzés tartalmi és módszertani megújításával, és az oktatók-hallgatók *életkörülményeit, életminőségét alapvetően meghatározó tényezők folyamatos fejlesztésével* javítsa az oktatás minőségét, és megőrizze (javítsa) a hallgatókat *vonzó és megtartó képességét*, valamint a minőségi oktatógárda kialakítását és megtartását. A felsőoktatási intézmények egyre fokozódó versenyhelyzetben és szűkülő fajlagos költségvetési támogatás mellett kénytelenek helytállni, fenntartani képzésük minőségét. Az intézmények elismertsége és finanszírozása is nagymértékben azzal függ össze, hogy *mennyire képesek magukhoz vonzani a hallgatókat*. Ezért minden olyan előrelépés, ami – az akadémiai minőség fejlesztéséhez hozzáadódva – a hallgatók életminőségét, az egyetemi lét körülményeit javítja, fontos részét képezi az egyetem versenyképességének növelésére irányuló intézményi stratégiának és fejlesztésnek.

A WHO Egészséges Városok programjának margóján az 1990-es évek eleje óta az egészségfejlesztő egyetemi modell több országban működik (Németország, Egyesült Királyság, Chile, Kína), és jelentős előre lépések történtek az egészségfejlesztő egyetem koncepciójának megalkotása és gyakorlati megvalósítása terén.

Az egészségfejlesztő egyetem koncepciója az első, WHO által 1986-ban elfogadott Ottawai Chartán alapul. Az Egészségfejlesztő Egyetemek Edmontoni Chartája a WHO Ottawában megfogalmazott elvárásait fordította le a felsőoktatás nyelvére és viszonyaira. Mind a két dokumentumból fontos kiemelni, hogy az általuk megfogalmazott egyik legfontosabb cél az egyének képessé tétele saját egészségük kézben tartására és fejlesztésére, így az egyének bevonása, a kollegiális, közösségi döntéshozatal, és a célok internalizálása mind-mind olyan pre-feltételek, amelyeknek meg kellene jelennie az egyetemek stratégiai céljai és feladatai között.

Az ELTE 2017 tavaszán megkezdte az ELTE Egészségfejlesztési Stratégiájának előkészítését, amely a WHO által 1986-ban elfogadott Ottawai Chartán és az Egészségfejlesztő Egyetemek Edmontoni Chartáján alapul. Támaszkodik továbbá a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet TÁMOP 6.1.1.-12/1-2013-0001 „Egészségfejlesztési szakmai hálózat létrehozása” kiemelt projekt felsőoktatási alprojektje keretében kidolgozott egészségfejlesztési program javaslataira, amely az egészségfejlesztést stratégiai kérdésként kezeli. E dokumentum az egészséget és életminőséget előmozdító egészségfejlesztő-egyetem kialakítását – elsősorban az ehhez szükséges hallgató-központú szervezet- és minőségfejlesztési folyamatok segítségével – fogalmazza meg, amely révén az intézmény számottevő versenyelőnyre tehet szert. Ezért alapvetően fontos, hogy az egészségfejlesztés része legyen a felsőoktatási intézmény stratégiai fejlesztésének, és szorosan kötődjön az intézmény alapfeladataihoz. A stratégia az alábbiak szerint fogalmazza meg:⁵

- a) Az *oktatás-képzés* területén: fel kell vértetni a hallgatókat azokkal a kompetenciákkal (ismeretek, képességek, attitűdök), amelyekkel képesek saját egészségük, életminőségük előmozdítására és kézben tartására, valamint arra, hogy leendő munkájuk során tudatosan alkalmazzák az emberek és a társadalom egészségét pozitívan befolyásoló megoldásokat. Ezen terület alá tartozik a hallgatóbarát szervezeti klíma, tanulás- és oktatásszervezés, a felesleges szorongáskeltés elkerülése, a hallgatók, oktatók, dolgozók egészséges életmód iránti igényét figyelembe vevő szolgáltatások.

5. ELTE Egészségfejlesztési stratégia koncepciója, 2017.

- b) A kutatás-fejlesztés-innováció (K+F+I) területén az egészségtudatosság, az egészségfejlesztés és a fenntarthatóság szempontjainak megjelenítése.
- c) A társadalmi szolgáltatások, azaz az egyetemek harmadik funkciója területén a tudásközpontként történő működés, a részvétel a regionális, térségi, települési fejlesztésekben, a hallgatók bevonása az intézmény szűkebb és tágabb környezetének egészségét és fenntartható fejlődést szolgáló tevékenységekbe.
- d) Belső szolgáltatások: egészséges életvitelt, jó közérzetet, hallgatói szocializációt önállósodást támogató szolgáltatási rendszerek működtetése (sport és testmozgás, hallgatói és dolgozói tanácsadások, közösségi terek és programok, orvoshoz fordulás lehetősége, demokratikus működésű információcsere, táplálkozás és étkezés).
- e) Fizikai környezet: az egészséges tanulást, munkát, szocializációt támogató épített és természeti környezet, tárgyi és szolgáltatási feltételek (a munka és a szabadidő kulturált eltöltésére alkalmas helyszínek, létesítmények).
- f) Működtetés: az egészséget értékékként kezelő szervezeti kultúra, támogató munkahelyi, tanulási/tanítási légkör, külső és belső kommunikáció, demokratikus, átlátható döntéshozatali mechanizmusok.
- g) Vezetés: az egyetem vezetésének nyílt elköteleződése az egészséget, életminőséget értékékként kezelése mellett, ezt tükröző stratégiaalkotás, irányítás és értékelés, egészségfejlesztési egyetemi programot koordináló módszertani csoport létrehozása.

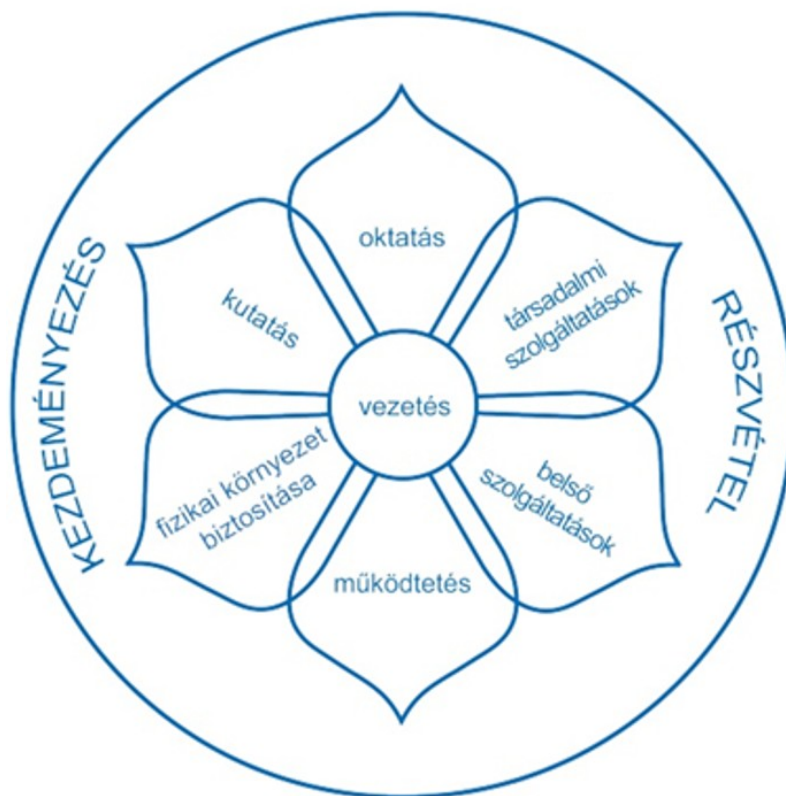
Egészségfejlesztő Egyetem program (a TÁMOP 6.1.1.-12/1-2013-0001 „Egészségfejlesztési szakmai hálózat létrehozása” c. projekt).

Az Egészségfejlesztő Egyetem létrehozására Magyarországon a TÁMOP 6.1.1.-12/1-2013-0001 „Egészségfejlesztési szakmai hálózat létrehozása” kiemelt projekt felsőoktatási alprojekt tette meg az első lépést. A projekt keretében kidolgozott program és díj tervezete egy olyan átfogó kezdeményezés, amely az egyetemi polgárok (oktatók, kutatók, dolgozók, hallgatók) életminőségének előmozdítását célozza, a polgárok bevonásával és aktív részvételével megvalósítva azt (Kraiciné, 2016, p. 525).

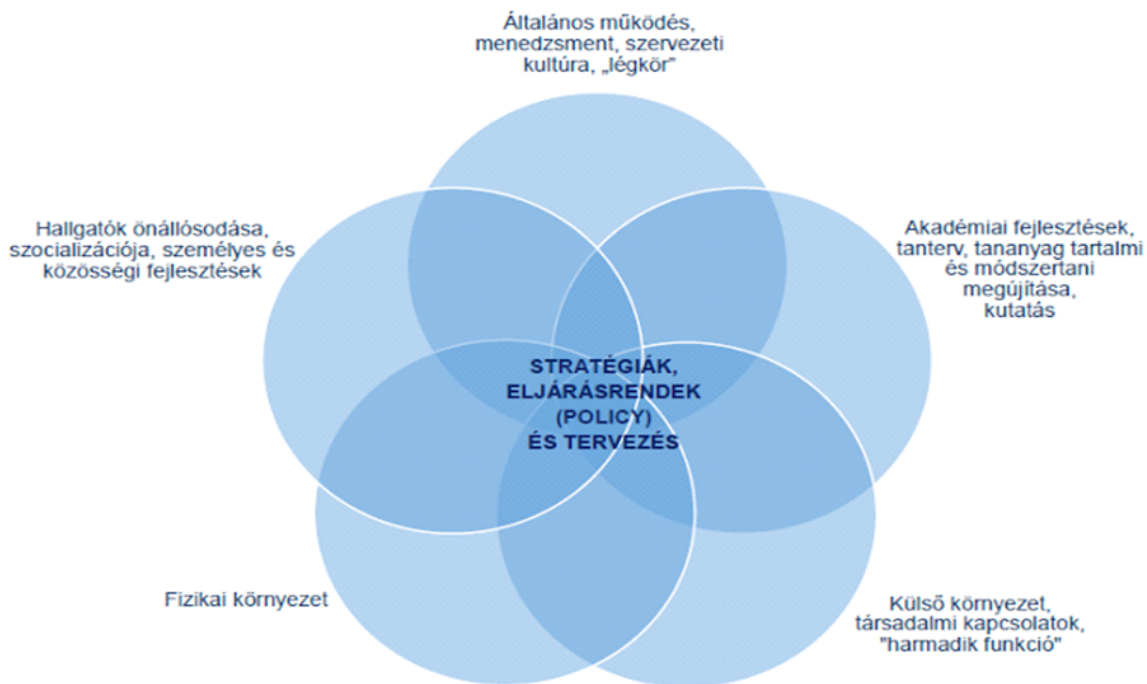
Célja az egészségfejlesztés elveinek beépítése a felsőoktatás intézményrendszerébe, hogy a jövő értelmiségi tisztában legyenek hivatásuk, tevékenységük környezetükre és a társadalom egészségre gyakorolt hatásaiival. Újszerűségét az adja, hogy a már külföldön bevált koncepciókat próbálja adaptálni és sikerre vinni Magyarországon is.

A program bevezetésével hatékonyabbá válik az intézményi stratégiai célok megvalósítása: a legkiválóbb oktatók, kutatók, dolgozók és hallgatók vonzása; a lemorzsolódás csökkentése, a munkahelyi elégedettség és motiváltság növelése; áttételesen az oktatás minőségének javítása. Az egyetemek számos fontos versenyelőnyre tehetnek szert: javul az intézmény társadalmi megítélése; szakmai presztízse; megjelenik a jól-léti versenyelőny; javul a tanulási-munkahelyi környezet. Pozitív irányba mozdul a szervezeti kultúra, ami lehetővé teszi olyan *ethosz* kialakítását, amely támogatja és előmozdítja az egyetemi polgárok egészségét, jól-létét, erősíti a fenntartható fejlődés szemléletének meggyökeresedését. Az egyetem felelőssége tehát, hogy a jövő társadalmát alakító leendő értelmiség képzésébe a felkészülés éve alatt „egészségteremtő” közeget hozzon létre, tudatosan építse be az intézményi kultúrába a hallgatók, oktatók, dolgozók egészségének megőrzését, javítását, a lehető legmagasabb szinten tartását. Az életminőség javítását célzó stratégia megvalósulása növelheti az intézmény elismertségét, és nagyban hozzájárulhat mind a saját polgárai, mind a magyar lakosság életminőségének javításához.

A projekt keretében végzett kutatások alapján megállapítható, hogy az egészségfejlesztésre vonatkozó koncepciók és WHO ajánlások nem érvényesülnek a magyarországi egyetemek rendszer-, szervezet-, folyamat- és szolgáltatásfejlesztési folyamataiban, a napi működési gyakorlatában, pedig amint azt fentebb említettük, az egészségfejlesztési stratégia és gondolkodásmód akkor, és csak akkor valósulhat meg és lehet sikeres, ha áthatja az egyetemi szervezet teljes működési és beavatkozási területeit.



2. ábra. Az egyetemek fő működési és beavatkozási területei. Forrás: Egészségfejlesztő Egyetem Program, Fejlesztői kézikönyv NEFI 2015 (Kézirat p. 22.)



3. ábra. Az egészségfejlesztés beavatkozási területei az egyetemeken – a magyar Hatszirmú virág modell.⁶

A fenti ábra az Ottawai Charta és a WHO európai irodája által 1998-ban kiadott „Egészségfejlesztő egyetemek: elmélet, tapasztalat és cselekvési keret” című kiadványban (Tsouros et al., 1998) szereplő megfogalmazásokkal összhangban mutatja be azon területeket, melyeken az egészségfejlesztési beavatkozásokat értelmezhetjük. A Hatszirmú virágmodell szerint a működési területek a következők: Oktatás, képzés – ismeretek, képességek és készségek fejlesztése; Kutatás; Társadalmi szolgáltatások; Általános működtetés; Fizikai környezet biztosítása; Belső szolgáltatások; Vezetés. (Czippán et al., 2015. p. 23–37.).

A Projekt fontos megállapítása, hogy a felsőoktatási intézmények aktivitása nagyban hozzájárulhat a társadalom egészségnyereségének növeléséhez, míg passzivitásuk közrejátszhat a társadalom betegségeinek növekedéséhez és az életminőség romlásához (Czippán et al., 2015).

6. Forrás: TÁMOP 6.1.1. 1/12/1 Egészségfejlesztő Egyetem Program (2015): Alapelvek, célok, koncepciók, az egészségfejlesztés felsőoktatási környezetben való értelmezése a megvalósítás elvi és gyakorlati szempontjai és teendői. Fejlesztői kézikönyv. Budapest: OEFI, p. 20.

Irodalom

1. Ábrahám, J. (2010). *Rekreációs alapok. Jegyzet az OKJ-s sportszakember képzés számára*. Önkormányzati Minisztérium Sport Szakállamtitkárság (online jegyzet). Retrieved from <http://oszkdk.oszk.hu/DRJ/2601> (2018. 05.10).
2. Ábrahám, J. & Bárdos, Gy. (2014). Szabadidő és rekreáció. *Kultúra és Közösség*, 4,5, 25–29.
3. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény. Retrieved from <http://jogiportal.hu/view/az-egeszsegugyrol-szolo-1997-evi-cliv-tv> (2017. 04. 02.).
4. Bárdos, Gy. (2003). *Viselkedéslektan I. Pszichovegetatív kölcsönhatások*. Budapest: Scolar Kiadó.
5. Bárdos, Gy. (2009). Test és lélek – Lélek és test. *Way Magazin*, 1,1, 22–24.
6. Baum, A. & Posluszny, D. M. (1999). Health psychology: Mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Ann. Rev. Psychol.*, 50, 137–163.
7. Benkő, Zs. (2009). *Egészségfejlesztés*. Szeged: Mozaik Kiadó.
8. Borbás, I., Gódey, S., Juhász, J., Kincses, Gy., Mihalicza, P., Pékli, M. & Varga, E. (2008, Ed.). *Egészségtudományi fogalomtár. Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság*. Retrieved from <http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Egészség> (2015. 03. 24.).
9. Business Dictionary. Retrieved from <http://www.businessdictionary.com/definition/lifestyle.html> (2017. 07. 30.).
10. Csíkszentmihályi, M. (1997). *Flow. Az áramlat*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
11. Dictionary.cm. Retrieved from <http://www.dictionary.com/browse/lifestyle> (2017. 07. 30.).
12. Czippán, K., Drahos, P., Gilly, Gy., Koós, T. & Székely M. (2015). *Egészségfejlesztő Egyetem Program: Alapelvek, célok, koncepciók, az egészségfejlesztés felsőoktatási környezetben való értelmezése a megvalósítás elvi és gyakorlati szempontjai és teendői*. Fejlesztői kézikönyv. Budapest: OEFI.
13. Egészség.hu: Szervezett szűrővizsgálatok. Retrieved from <http://www.egeszseg.hu/cikk/szervezett-szurovizsgalatok>. (2018. 03. 23.).
14. Európai lakossági egészségfelmérés, 2014. Statisztikai Tükör. 29: pp. 1–9. 2015. Retrieved from <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf> (2018. 03. 23.).
15. Engel, G. L. (1997). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 4286, 129–136.
16. Erdei G., Kovács V.A., Bakacs, M. & Martos É. (2017). Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat 2014. I. A magyar felnőtt lakosság tápláltsági állapota. *Orvosi Hetilap*, 158,14, 533–540.
17. Fritz, P. (2016). *Szellemi rekreáció – Rekreáció mindenkinek II*. Pécs: Dialóg Campus Kiadó.
18. Fritz, P., Szatmári, Z. & Plachy, J. (2013). A szellemi rekreáció fogalma és rendszertana. *Rekreacio.eu*, 3, 3, 10–12.
19. Fritz P., Schaub, G-né & Hegedűs, I. (2007). Kapcsolat az életmód, szabadidő és rekreáció között. *Magyar Sporttudományi Szemle* 2, 52–56.
20. Gritz, A-né (2007). Az egészségfejlesztés kompetenciái a 21. században. *Egészségfejlesztés*, 48,3, 3–9.
21. Józsa, P. (1978). *Kód – Kultúra – Kommunikáció*. Budapest: Népművelési Propaganda Iroda.
22. Kapitány, Á. & Kapitány, G. (2014). Egészség-betegség, mint szimbolikus társadalmi konstrukció. In Kapitány, Á. & Kapitány, G. (Ed.), *A mindennapi élet jelrendszereiről. Szocio-szemiotikai tanulmányok*. Budapest: Loisir Könyvkiadó (pp. 507–525.).
23. Karasu, T. B. & Weiner, H. (1882). An overview of psychotherapeutics in the treatment of medical illness. In. Gallon, R.L. (Ed.), *The Psychosomatic Approach to Illness*. (pp. 19–30.) New York: Elsevier Biomedical.

24. Kishegyi, J. & Makara, P. (2004, Ed.), *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. Retrieved from <http://www.oefi.hu/modszertan1.pdf> (2015. 02. 22.).
25. Kovács, T. A. (2007). A rekreáció kultúrája. A rekreáció főbb alrendszerei. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 2, 13–24.
26. Központi Statisztikai Hivatal, 2011. A 15–74 éves népesség napi időfelhasználása. *Statisztikai Tükör*, 5, 8.
27. Központi Statisztikai Hivatal, (2002). *Életmód – időmérleg*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
28. Kraiciné Szokoly, M. (2016). Egészségfejlesztés a felsőoktatásban – Gondolatok egy felsőoktatást érintő projekt zárása kapcsán. Budapest: Opus et Educatio. Retrieved from <http://opuseteducatio.hu/index.php/opusHU/article/view/142/179> (2017. 04. 14.).
29. Kuulasmaa, K., Tunstall-Pedoe, H., Dobson, A., Fortmann, S., Sans, S., Tolonen, H., & Ferrario, M. (2000). Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations. *The Lancet*, 355, 9205, 675–687.
30. Lackó, M. (2010). A magyarországi rossz egészségi állapot lehetséges magyarázó tényezői. *Közgazdasági Szemle*, LVII, 753–778.
31. Lange, K.W. (2017). Movement and Nutrition in Health and Disease. Retrieved from Lange, K.W. (2017). Movement and Nutrition in Health and Disease. 1: 1-2. (2018. 05. 10.).
32. Lloyd-Jones, D., Adams, R. J., Brown, T. M., Carnethon, M., Dai, S., De Simone, G., & Go, A. (2010). Heart disease and stroke statistics—2010 update. *Circulation*, 121, 7, e46–e215.
33. Merriam-Webster's Dictionary. Retrieved from <https://www.merriam-webster.com/dictionary/lifestyle> (2017. 07. 30).
34. Nyitrai Garaj, E. (2015). Versenyképesség és egészségnyereség. A munkahelyi egészségfejlesztés értéknövelő alternatív megoldásai. *Hadtudomány (Online)*, 25, 41–47.
35. Ottawai Karta The Ottawa Charter for Health Promotion. (1986). Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (2017. 07. 30)
36. Pikó, B. (2005). *Leleki egészség a modern társadalomban*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
37. Pikó, B. (2010a). Védőfaktorok nyomában: pozitív fordulat a magatartáskutatásokban? In Pikó, B. (Ed.), *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban*. (pp. 11–21.) Budapest: L' Harmattan Kiadó.
38. Pikó, B. (2015). A stressz és a szervezet alkalmazkodásának jelentősége. *Lege Artis Medicinae*, 25 (1-2): 71–77.
39. Petőné Csima, M. (2012). *Az egészségmagatartás és a koherencia-érzet szerepe az életminőség formálásában*. Doktori (PhD) értekezés. Pécs. Retrieved from http://www.nevtudphd.pte.hu/files/tiny_mce/Vedeselek/2012/petone_csima_melinda_-_disszertacio.pdf (2015. 02. 22.).
40. Radák, Zs. & Koltai, E. (2016, ed.). *Edzésélettan*. Budapest: Magánkiadás.
41. Somavarapu, S. (2017). Healthy Nutrition to Build a Healthy Nation. *American Journal of Biomedical and Life Sciences*, 5, 6, 123–129.
42. Székely, L., Simon, T. & Vergeer, F. (2007). Az „egészség” fogalmának újraértelmezése I. *Egészségfejlesztés*, 48, 4-6. 37–47.
43. Szóts, G., Daiki, T., Kiss, I., Kékes, E., Barna, I., Tóth, M. & Szmodis, M. (2016). Fizikai aktivitás Magyarországon 2014-2015: "Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramja" rizikókérdőív alapján. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 17, 2, 65–66.
44. Tari, A. (2010). *Y generáció – Klinikai pszichológiai jelenségek és társadalomlélektani összefüggések az információs korban*. Budapest: Jaffa Kiadó.

45. Teitelbaum, P. (1967). Motivation and control of food intake. In Code, C.F. (Ed.), *Handbook of Physiology*. (pp. 319–335) Alimentary Canal., Am. Physiol. Soc., Washington, D.C.
46. Tóth, M. & Szóts, G. A. (2016). Mozgás = Egészség Program Magyarországon. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 17, 2, 68.
47. Tsouros, A. D., Dowding, G., Thompson, J. & Dooris, M. (1998). *Health Promoting Universities: Concept, Experience and Framework for Action*. Koppenhága: WHO Regional Office for Europe. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/101640/E60163.pdf (2015. 10. 10.).
48. Wardwell, W. I., Behnson, C. B. & Caron, H. S. (1963). Social and psychological factors in coronary heart disease. The hartford Study. *J. Health Human Behav.*, 4, 154.
49. WHO (1948). Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June – 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
50. WHO (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (2015. 02. 26.).
51. Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., & Lisheng, L. (2014). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The lancet*, 364, 9438, 937–952.

Health, Life-style, Health Promotion from the Perspective of the Higher Education

It seems to be a “health paradox” that people start to worry about their health only when it becomes disturbed. Health nowadays is quite claptrap with many different meanings, still only a few people lives with health-consciousness and cares about their health. In this article we analyse the term “health”, its components and complex approaches, and explore the opportunities of health promotion. Our approach is based on Engel’s bio-psycho-social theory accepting the fact that health is compound and multidimensional. We may resolve the paradox by recognising that factors comprising health are elements of our life-style, and that shaping a health-conscious life style is the responsibility of each individual. It seems a major task of all levels of education to stress and to help forming this. Higher education has an excess role since educated people and especially teachers should serve as good examples and have to promote health education. A recent TÁMOP project has explored the relationship between higher education and health promotion and has provided recommendations for improving health-conscious higher education.