

6.

Az egészségműveltség és egészségmagatartás diagnosztikus mérésének lehetőségei

Nagy Lászlóné

Szegedi Tudományegyetem Biológiai Szakmódszertani Csoport

Barabás Katalin

Szegedi Tudományegyetem Magatartástudományi Intézet

Bevezetés

A modern társadalmak részéről igényként fogalmazódik meg az egyének egészségműveltségének, egészségmagatartásának fejlesztése. Az egészséggel való törődés (az egészség megőrzésének önmenedzselése) megköveteli az egyénektől az egészséggel kapcsolatos alapvető információk megszerzését, feldolgozását, megértését és használatát, az egészségre és az egészségmegőrzésre vonatkozó jogok és lehetőségek megismerését, megértését, továbbá a saját maguk és mások egészségével kapcsolatos megfelelő döntések meghozatalát. Ezek feltételezik az egyének kulturális és fogalmi tudását az egészségre és annak megőrzésére vonatkozóan, továbbá az alapkészségek (pl. beszéd, számolás, írás és olvasás) különböző, az egészséggel kapcsolatos szituációkban, tevékenységekben való megfelelő szintű működését (kontextus-specifikus műveltség) (*Nielsen-Bohlman, Panzer és Kinding, 2004*).

Az egyének egészségműveltségének (health literacy), egészségmagatartásának (health behavior) fejlesztése nagy erőfeszítést kíván a közegészségügyi és az oktatási rendszertől és általában a társadalomtól. Az egészségműveltség és egészségmagatartás elemeinek közvetítése az egyének nevelése-oktatása, kultúrája és a nyelv által valósul meg. A kutatások erős összefüggést állapítottak meg a nevelés-oktatás és az egészségi állapot között. Nyilvánvalóvá vált, hogy a gyermekkorban folyó műveltségátadás és egészségnevelés megalapozza a felnőttkori egészségműveltséget és ezáltal az egyének egészségi álla-

potát. Kimutatták, hogy a kulturális különbségek hatással lehetnek az egészség és a betegség észlelésére, megelőzésére és az egészségmegőrzésre. Az egészség, a betegségek és a kezelések kölcsönös egymásra hatásának, valamint a kockázatok és előnyök megértésének hiánya hatással van az egészségmagatartásra (Nielsen-Bohlman és mtsai., 2004).

A gyermekek, ifjak egészségfejlesztésének a család mellett kiemelkedő színtere az iskola, hiszen itt minden gyermek elérhető (Ander, 1986). A külföldi országokban az iskolák egészségtámogató iskolákká (health promoting schools) válása, átfogó iskolai egészség- (comprehensive school health) programok kidolgozása a cél (pl. *Canadian Consensus Statement*, 2007). Ez az elnevezés egy sokoldalú megközelítésre utal, amely magában foglalja az egészségismeretek és készségek tanítását az osztályban, az egészséget lehetővé tevő szociális és fizikai környezet létrehozását, a kapcsolatok kialakítását a szülőkkel, a helyi képviselőkkel és a szélesebb közösséggel az optimális egészség és tanulás elősegítésére. Kimutatták, hogy az összehangolt egészségnevelési program hiánya befolyásolhatja a szükséges egészségműveltség-készségek tanulását.

A hazai iskoláknak 2004-től – pedagógiai programjuk részeként – ki kell dolgozniuk egészségnevelési programjukat, melynek szerves részét képezi a tanórai és a tanórán kívüli egészségnevelés. A „Testi és lelki egészség” kiemelt fejlesztési, keresztantervi feladatként jelenik meg a *Nemzeti alaptantervben*. A 2005-től bevezetett kétszintű biológia érettségi vizsga részletes követelményeinek is hangsúlyos területét képezik az egészségügyi ismeretek és azok alkalmazásai. A Nemzeti alaptanterv és az iskolatípusok szerint kialakított kerettantervek ajánlásokat fogalmaznak meg a különböző évfolyamokon tanuló diákok egészségnevelésére vonatkozóan, de az egyes iskolaszakaszokra, évfolyamokra lebontott részletes követelményrendszer (content standards) – a külföldi országok gyakorlatától eltérően – hazánkban még nem született meg.

Az egészségnevelésben paradigmaváltás következett be az utóbbi időkben: az elsődlegesen ismeretalapú tananyagfókuszról a készség-képesség alapú tananyagra helyeződött át a hangsúly, mintegy beteljesítve Goethe szavait: „Nem elég tudni, alkalmazni kell; nem elég akarni, tenni kell.”

A hatékony iskolai egészségnevelő munka megvalósulása Magyarországon is feltételezi a központi tantervi és vizsgakövetelmények ajánlásaira épülő nemzeti egészségnevelési standardok (national health educational standards) kidolgozását, melyek leírják az egészségműveltség és egészség-

magatartás eléréséhez szükséges esszenciális tudást és készségeket, továbbá részletezik, hogy mit kell tudniuk, mire kell képesnek lenniük a tanulóknak az egészségnevelés területén a különböző iskolázási szakaszok (pl. 2., 4., 6., 8. és 12. évfolyam) végén. Egy kidolgozott keretmodell (framework) és a specifikus és célzott kimeneteket tartalmazó lista (standardok és indikátorok) a tantervfejlesztés és az iskolai egészségnevelési programok megtervezése, hatékony megvalósítása mellett a tanulók mérését is lehetővé teszi. Az egészségműveltség és egészségmagatartás fejlesztése olyan mérőeszközök kifejlesztését követeli meg, amelyek alkalmasak a kiindulási szint megállapítására és a fejlesztés során bekövetkező változások (a fejlődés mértékének) követésére, kimutatására. Fontos lépés azoknak a tevékenységeknek az azonosítása is, amelyek fejleszthetik az egészségműveltséget, illetve egészségmagatartást.

Jelen munka célja, hogy egy elméleti keretet nyújtson az egészségműveltség, egészségmagatartás diagnosztikus méréséhez és fejlesztéséhez hazánkban. A tanulmány először értelmezi az egészségneveléssel kapcsolatos alapfogalmakat, megadja munkadefiníciójukat, majd ismerteti az egészségfejlesztés eredményességének mérését. Ezt követően bemutat egy külföldi példát az egészségműveltség oktatási környezetben való diagnosztikus méréséhez kialakított fogalmi keretre; leírja a mérés alapjául szolgáló egészségnevelési standardok szerkezetét, területeit, tartalmi elemeit, indikátorait a különböző iskolaszakaszok/évfolyamok végére. Végül utal a bemutatott külföldi minták hazai alkalmazásának lehetőségére.

Az egészségneveléssel kapcsolatos alapfogalmak értelmezése

Ahhoz, hogy egy műveltségterület mérését elvégezhessük, elengedhetetlen a terület alapfogalmainak értelmezése, pontos jelentésük meghatározása. Célszerű megadni a fogalmak ún. munkadefinícióját is, amely egyértelműen megadja a mérendő terület elemeit (operacionalizált definíció).

Egészség

Ahogy az emberek gondolják

Ez az ún. *laikus egészségszemlélet*, amelyet mindenki elsajátít. Az *egészség hétköznapi felfogása* mint a mindenkori kulturális örökség része. Az egészségről alkotott elképzelésekről, hiedelmekről számos tanulmány jelent meg (pl. *Kósa*, 2006a; *Pikó*, 2005). A definíciók meglehetősen egyöntetűek, ugyanakkor életkor, nem és társadalmi osztály szerint eltérések tapasztalhatók. Az egészségnek hétköznapi értelmezésben két gyakori megközelítése van: az egyik negatív, a másik pozitív felfogást tükröz. A *negatív definíció* szerint az egészség a betegség vagy kóros állapot hiányát jelenti. Az *egészség pozitív definíciója* viszont a jólléti, jó közérzeti állapotra utal.

Hivatalos megközelítések

Kevés olyan definíció van, amelyet olyan sokszor alakítottak újra és elemeztek, rendszereztek, mint az egészség definícióját. Az egészségfogalom változásának követése képet ad a különböző korok egészségtudományának fejlődéséről, de informál a szakmai preferenciák változásairól, mi több, a kultúra és a társadalmi korok változásait is tükrözi indirekt módon. Az egészségfogalom alakulásának rövid megismerése lehetőséget ad arra is, hogy megértsük az egészségmegtartó, -fejlesztő törekvések koncepcióját és ezeknek az aktivitásoknak a fejlődését, továbbá alapul szolgálhat az új elképzelések kialakításához is.

A szakemberek először a híres *pozitív egészség* meghatározást említik. Az *Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO)* 1948-os meghatározása szerint „az egészség nem csupán a betegség hiánya, hanem a testi, lelki, szociális jóllét állapota”. Ez a pozitív megfogalmazás az egészség holisztikusságát is kiemeli.

Azóta az Egészségügyi Világszervezet számos megfogalmazással bővítette, módosította az egészségfogalmat. Az 1986-ban rögzített *Ottawai Egészségfejlesztési Charta* (1986) definíciója szerint az egészség a mindennapi élethez szükséges erőforrás és nem életcél. Biztosítja az egyéni és társadalmi létfeltételeket, a fizikai teljesítőképességet, továbbá hangsúlyozza az egyén felelősségét is. Az egyén egészségi állapotát tehát a társadalmi tényezők, a fizikai környezet, az egyén magatartása, ismeretei, tapasztalatai egyaránt meghatározzák.

Egyre inkább előtérbe kerül az *egészséget támogató környezet* (*Sundsvalli Nyilatkozat*, 1991). Egészséget támogató környezetről akkor be-

szélünk, ha a tradicionális, kulturális örökségekre lehet építeni, ha meghatározott érték- és normarendszer érvényesül. A politikai dimenzióknak is nagy szerepe van ebben, a kormányok jelentősen befolyásolhatják a populáció és közvetve az egyén egészségének állapotát. A gazdasági dimenziót a források elosztása jelenti, az egészséggel kapcsolatos tevékenységek finanszírozásának ugyancsak meghatározó szerepe van. A nemek közötti egyenlőség biztosítása is az egészséget támogató környezet része.

Az *Egészségügyi Világszervezet Dzsakartai Nyilatkozatában* (1997) a „Szocioökológiai modell” szerepel. A külső környezeti tényezők (external environmental factors), az egyéni viselkedési tényezők (personal behaviour factors), valamint a személyes tényezők (host factors) együtthatásaként lehet meghatározni az egészséget.

Összegezve tehát az egészség többdimenziós térben értelmezett fogalom. A biomedikális gondolkodás a szomatikus jóllétre fókuszál, és a legtöbb országban még a redukcionista nézetet kifejező egészségmeghatározás van érvényben. „Az egészség a betegség hiánya” – ez a leegyszerűsített, mára már régen meghaladott definíció uralja még mindig az egészségügyi ellátás jó részét, bár az igen jelentős pszichológiai jóllét fontosságát senki sem kérdőjelezi meg. Ez azt jelenti, hogy az egészséges embernek megvan az öröme, a boldogságra való képessége, a teljesítéssel összefüggő adottságai, az önkitaljesítés képessége és annak az élménye, hogy értelme van az életünknek (lásd *Antonovsky*, 1987 szalutogenetikus modelljét vagy koherenciaelméletét; *Csikszentmihályi*, 2010 „flow”-elméletét). Az egészség függvénye az egzisztenciális helyzetnek, valamint annak, hogy miképpen használjuk azokat az erőforrásokat, amelyek rendelkezésünkre állnak, vagy mobilizálhatók a környezeti nyomás, illetve a stresszorok kezelése során.

Az egészségfilozófiával foglalkozók is egyre komplexebb, egyre plasztikusabb megfogalmazásra törekedtek. *Seedhouse* (1986, 61. o.) meghatározása: „Az egészség optimális állapota egyenlő azon feltételek összességével, amelyek megléte esetén az egyén kibontakoztathatja a számára adott lehetőségek összességét.” Ez a meghatározás lehetőséget ad arra, hogy egyénileg mást és mást tartunk egészségnek, de szükséges a feltételek figyelembevétele (a feltételek közé tartozik, hogy megfelelő táplálékhoz jusson valaki, az időjárás viszontagságaitól védve legyen, hogy hozzájusson minden olyan információhoz, amelynek hatása van az életre, hogy megértse, hogy közösségi lényként csak addig mehet a kibontakozással, amíg azzal másokat ugyanebben nem gátol).

Insel és Roth (2007) betegség-egészség kontinuumelméletében az egészségfogalom hat kölcsönös dimenzióra épül, amelyeknek ki kell teljesednie ahhoz, hogy az egyén elérje a jóllét magas szintjét. Ennek a hat dimenzióknak (intellektuális, érzelmi, társadalmi, környezeti, szellemi spirituális, fizikai jóllét) a jelenléte biztosítja az „élhető élet” személyes elérését.

Az egészségfogalmat az elvárt egészségfejlesztési munka szempontjából az alábbi módon definiálhatjuk.

Az egészség az egészségfejlesztés összefüggéseit tekintve: az egészség nem valamiféle elvont állapot, hanem eszköz valamilyen végcél eléréséhez, amely a cselekvőképesség tekintetében úgy fogható meg, mint erőforrás, amely lehetővé teszi az emberek számára, hogy egyénileg, társadalmilag és gazdaságilag is termékeny életet éljenek (*Health Promotion Glossary, WHO, 1998*).

Ez a meghatározás irányt mutat az egészségfejlesztő munka tervezéséhez, kivitelezéséhez.

Egészségfejlesztés

Az *egészségfejlesztés (health promotion)* kifejezést Marc Lalonde kanadai egészségügyi miniszter jelentésében, az ún. *Lalonde-riportban (Landole, 1974)* olvashattuk először. Ez a jelentés hívta fel a figyelmet arra, hogy a betegségek és halálozások okait a fizikai, társadalmi környezetben és az életmódként definiált ún. „egészségmezőkben” találjuk, de az egészségi állapot javítására allokált pénzek kizárólag az egészségügyi ellátásra korlátozódtak. Ez a dokumentum indította el azt a folyamatot, amely egy nagy stratégiai változást eredményezett. Az új szemlélet a betegségek kezelésétől az egészség előállításának irányába hatott, és az egészséget befolyásoló multiszektoriális megközelítés alapján előtérbe került a populáció, azaz az érintettek minél szélesebb körének bevonása a tervezésbe és a megvalósításba (*Kósa, 2010, 3. o.*).

A szemléletváltozás irányába ható munkák – bár kezdetben jelentős biomedikális beágyazottságot mutattak – előkészítették és megalapozták a kanadai Ottawában 1986-ban kiadott, azóta az egészségfejlesztés alapdokumentumának tekintett *Ottawai Chartát*.

A dokumentum szerint az *egészségfejlesztés* az a folyamat, amely képessé teszi az embereket az egészséget meghatározó tényezők felügyeletére és ezáltal egészségük javítására. A charta céljait az alábbiakban fogalmazzák meg:

1. az egészség ügyének képviselője a társadalom minden színterén;
2. az emberek képessé tétele arra, hogy felismerjék és fejlesszék egészségpotenciáljukat;
3. a közvetítés biztosítása a társadalom különböző rétegei között.

Az *egészségfejlesztésnek 5 kulcsfontosságú területe* van:

1. az *egyéni képességek fejlesztése* (egészségnevelés);
2. ez képezi alapját a *közösségi cselekvések erősítésének* (ez messze túlmutat az egészség témakörén), magában foglalja a közösség észrevételének növelését az irányelvek kijelölésében;
3. az *egészséget támogató környezet kialakítása*;
4. az *egészségügyi ellátás áthangolása*;
5. mindez az *egészséget támogató politika* kontextusába ágyazva valósulhat meg.

Az egészségfejlesztéshez három stratégiai lépés alkalmazható: (1) *képesség tevés*, (2) *közbenjárás* és (3) *pártolás*.

Az egészségfejlesztés *Ottawai Charta* (1986) szerinti definíciója:

„Az emberek képessé tétele az egészségüket befolyásoló tényezők kézben tartására és az egészségpotenciáljuk fejlesztésére. Ahhoz, hogy az egyén elérje a teljes fizikai, mentális, szociális jóllétet, képesnek kell lennie arra, hogy felismerje és azonosítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és boldoguljon környezetével, vagy képes legyen megváltoztatni azt. Az egészség ily módon a mindennapi élet forrása, nem pedig célja. Az egészség pozitív fogalom, amely hangsúlyozza a társadalmi és személyes forrásokat ugyanúgy, mint a fizikai képességeket. Így az egészségfejlesztés nemcsak az egészségügyi szektor felelőssége, hanem az egészséges életvitel és a jóllét kérdése is.”

Egészségnevelés

Az egészségnevelés kialakulása a 19. századra tehető, amikor a morbiditás és a mortalitás terén mutatkozó változások a figyelmet a betegségről az egyéni életmód felé irányították. Fontos feladattá vált az egyének magatar-

tásának és életmódjának változását elősegítő felvilágosító és nevelő programok kidolgozása. Nyilvánvalóvá vált, hogy ha az egyének változtatnak életmódjukon, elkerülhetik az egészségtelen életvezetés miatti betegségeket. Felismerték annak fontosságát, hogy az emberekben kialakuljon a felelősségérzet saját egészségük iránt (Naidoo és Wills, 1999).

Az egészségről kialakult eltérő elképzelések az egészségnevelésről alkotott képet is meghatározzák (Kósa, 2006b). Bár az egészségneveléssel kapcsolatos definíciók az egészség tökéletesítését ugyanúgy figyelembe veszik, mint a betegségmegelőzést, a gyakorlatban az orvosi modell szemléletmódja terjedt el, ami negatív oldalról közelített a kérdéshez. Az egészségnevelés alapvető célja tehát a specifikus betegségek megelőzése, és ezt olyan célcsoportokra terjeszti ki, amelyek az illető betegségektől leginkább veszélyeztetettek. Az egészségnevelés ebben az értelemben betegségmegelőzést jelentett, illetve olyan intézkedéseket, amelyek elejét vehetik az egészség megrendülésének. Ilyen szemléletmód mellett az egészségnevelési feladatok három kategóriába sorolhatók: (1) elsődleges, (2) másodlagos és (3) harmadlagos megelőzés (Naidoo és Wills, 1999).

Az egészségnevelés célja, hogy a lakosságot tájékoztassa a betegségek megelőzési módjairól, illetve életmód-változtatásra ösztönözzön. Az egészségnevelés két fő pillére: (1) a tervszerűség és (2) a változások iránti önkéntes elkötelezettség.

Az egészségnevelés több nézőpontból megközelíthető, kezdve az orvosi modelltől, mely az egészségi állapot felmérését és a viselkedésbeli változásokat helyezi a középpontba, az oktatásügyi modellig, amely az emberi attitűdök és értékek feltárására fekteti a hangsúlyt (Naidoo és Wills, 1999). Az utóbbi nézőpontból az *egészségnevelés* az a szakma, amely az egészségről oktatja az embereket. Területei: környezeti egészség, fizikai egészség, intellektuális egészség és lelki egészség. Az egészségnevelés által az egyedek és az embercsoportok megtanulják azokat a viselkedési módokat, amelyek elvezetnek az egészség elősegítéséhez, fenntartásához vagy helyreállításához.

Ahogy az egészségnek számos definíciója van, az *egészségnevelésnek is számos meghatározása létezik*. Az egészségnevelés definiálható úgy, mint „bármilyen kombinációja a tervezett tanulási tapasztalatoknak, amelyek a halott elméleten alapulnak, és amelyek az egyedek, csoportok, közösségek fejlesztéséhez biztosítják a minőségi egészségi döntésekhez szükséges információk és készségek elsajátításának lehetőségét” (Naidoo és Wills, 1999).

A WHO (1998) úgy definiálja az *egészségnevelést*, mint „ami magában foglalja a tudatosan megalkotott lehetőségeket a tanulásra, beleértve néhány megtervezett kommunikációs formát az egészségműveltség fejlesztésére, amely tartalmazza a tudás fejlesztését és a személyes és a közösségi egészséghez vezető életkézségek kifejlesztését” (*Health Promotion Glossary, WHO, 1998*).

A dokumentumok *hét felelősségterületet* jelölnek ki az egészségnevelés számára:

1. az egészségnevelés egyedi és közösségi szükségleteinek megállapítása;
2. az egészségnevelési stratégiák, beavatkozások és programok megtervezése;
3. az egészségnevelési stratégiák, beavatkozások és programok megvalósítása;
4. értékelés és az egészségnevelésre vonatkozó kutatás vezetése;
5. egészségnevelési stratégiák, beavatkozások és programok nyújtása;
6. kiszolgálás mint az egészségnevelés személyes forrása, eszköze;
7. az egészség és egészségnevelés kommunikálása és támogatása.

Hazánkban az egészségfejlesztés, egészségmegőrzés, egészségvédelem, egészségnevelés kifejezések használata gyakran esetleges, nem jól definiált. A fogalmak tartalmi tisztázására törekszik *Kósa Karolina* a *Népegészségügy* című folyóiratban megjelent tanulmányában (*Kósa, 2010, 3–9. o.*).

Az *egészségvédelem (health protection)* kifejezés a nemzetközi irodalomban azt a közegészségügyi tevékenységet fedí le, amely arra irányul, hogy megvédje a populációt a környezet fertőző és toxikus ártalmaitól.

Gyakran szerepeltetik az *egészségmegőrzést (health maintenance)* mint az egészségfejlesztés szinonimáját, ami helytelen, és csak zavarhoz vezet. Az egészségmegőrzés az egészséget a betegség oldaláról közelíti meg, és kifejezetten biomedikális szemléletet tükröz, amelynek értelmében az egészségügyi ellátás feladatának tekinti az egészségi állapot megőrzését.

Az egészségfejlesztés és *egészségnevelés* kapcsolata, illetve összemosása szintén gyakorlat hazánkban. Évszázadokon át az a szemlélet tükröződött, hogy a betegségek kialakulásában jelentős a tudatlanság, az egészségi állapot védelmének egyedüli záloga a tudás, és ezt a „felvilágosítás” szolgálja. A modern egészségfejlesztés koncepciójában is jelentős helyet foglal el az egészségnevelés, de nem egyedüli lehetőség a társadalom egészségi állapotának javítását illetően. Az *egészségfejlesztés* tehát *egy tágabb fogalom, amely magában foglalja az egészség javítására szánt intézkedéseket és ezen belül az egészségnevelést is.*

Az egészségfejlesztés elsősorban abban különbözik az egészségneveléstől, hogy az előbbi környezetre ható és politikai akciókra is vállalkozik, az egészségrombolás gyökerét a szociális egyenlőtlenségekben keresi, az egészséget és a társadalmi boldogulást egymástól elválaszthatatlannak tartja. Az *egészségnevelés* arra a szűk területre korlátozódik, amely az egészségi állapotot az egyéni életmódból kiindulva értelmezi, és olyan folyamatként fogja fel, amelyet szakembernek kell irányítania, de amelyben hangsúlyos szerepet kap a személyi felelősség. *A mindennapi gyakorlatban az egészségnevelés és egészségfejlesztés szoros kapcsolatban áll egymással, feladatkörükben bizonyos átfedések is tapasztalhatók* (Naidoo és Wills, 1999).

Az egészségnevelés célját és módszerét tekintve is különbözik az egészségfejlesztési tevékenységtől, ugyanakkor az előbbi is része egy szélesebben értelmezett folyamatnak, amely arra irányul, hogy egészséget támogató közélet alakuljon ki, és az egészségre irányuló egészségpolitikát a lakosság is magáévá tegye. Az *egészségfejlesztés* magában foglalja az emberi szervezet működésével és a betegségek megelőzésével kapcsolatos egyéni ismeretek bővítését; az egészségügyi szolgáltatások igénybevételével összefüggő kompetenciát, és annak tudatosítását, hogy a politikai és környezeti tényezők komolyan befolyásolják az egészségi állapotot, azt a folyamatot, amely egyaránt számol az egyéni, csoportos és közösségi változásokkal, és különböző stratégiai megközelítéseket is tartalmaz. A hangsúlyt a betegségmegelőzésről az egészség javítására és a jó közérzetre igyekeznek áthelyezni. *Az egészségnevelés fontos részterület egy tágabban értelmezett egészségfejlesztési folyamatban* (Naidoo és Wills, 1999).

Tehát a korrekt definíció:

Az egészségnevelés (health education) olyan változatos kommunikációs formákat használó, tudatosan létrehozott tanulási lehetőségek összessége, amely az egészséggel kapcsolatos ismereteket, tudást és életkézségeket bővíti az egyén és a közösség egészségének előmozdítása érdekében.

Az egészségnevelés alapját képezi annak a komplex tevékenységnek, amelyet az egészségfejlesztés megkíván.

Csak információátadáson alapuló, az egyén magatartását megváltoztatni kívánó stratégiák nem lehetnek tartósan hatékonyak. Az egészség megtartá-

sát és fejlesztését szolgáló technikák nagyon széles körűek. A *klasszikus felvilágosítás* egészségügyi személyzet bevonásával a régi egészségnevelés máig megőrzött módja. Ugyancsak a betegségmegelőzést célzó népszerű aktivitást jelentik a *rizikómagatartás elleni „életmódváltást” szorgalmazó egészségnevelői feladatok* végrehajtásai. A *kortárshatások* hatékony alkalmazása mára már hazánkban is elterjedt módszert jelent. Az *érzelmi intelligenciát, társas kompetenciákat, alkalmazkodást fokozó tréningek* az újabb irányvonalát képviselik az egészséggel kapcsolatos beavatkozásoknak. Az ún. *szintérprogramok* (lásd pl. *Felvinczi, 1998*) már a komplex egészségfejlesztői módszerek megvalósulását jelentik.

Az iskolákról azt tartják, hogy az egészségnevelésben főszerepet játszanak. A fiatalokat célpopulációként kezelik, akiket el kell látni információkkal, és arra kell ösztönözni, hogy felelősségteljes magatartást tanúsítsanak. *Kiemelt iskolai feladat, hogy a tanulók már a korai életkorban elsajátítsák az egészségügyi ismereteket, megtanulják a helyes hozzáállást és viselkedésformákat.*

Az *iskolai egészségnevelés (school health education)* magában foglalja mindazon stratégiákat, tevékenységeket és szolgáltatásokat, amelyeket az iskolák az iskolában vagy az iskolával összefüggésben ajánlanak, amelyeket úgy terveznek, hogy elősegítsék a tanulók fizikai, érzelmi és szociális fejlődését. Az iskolai egészségnevelés magában foglalja a tanulók tanítását az egészségről és az egészséggel összefüggő viselkedésekről. A tanterv és a programok az iskolák elvárásain alapulnak (lásd pl. *Ewles és Simnet, 1999; Felvinczi, 1998; Paksi és Demetrovics, 2011*).

Egy *átfogó/komprehenzív egészségnevelés-tanterv* olyan tervezett tanulási tapasztalatokból áll, amelyek segítik a tanulókat a kívánatos attitűdök és a kritikus egészségkimenetekre vonatkozó szokások elérésében (lásd pl. *Modeste és Tamayose, 2002*). Néhány ezek közül: érzelmi egészség és pozitív énkép; megbecsülés, tisztelet az emberi test gondozása és az élő szervezetek iránt; fizikai fitnessz; az alkoholfogyasztás, a dohányzás, a droghasználat és a vele való visszaélés egészségkimenetei; egészségtevékenységek és -mítoszok; az edzés hatása a szervrendszerekre és az általános jóllétre; táplálkozás és testtömegkontroll; szexuális kapcsolatok és szexualitás; a közösség tudományos, szociális és gazdasági aspektusai és az ökológiai egészség; fertőző és degeneratív betegségek, magukban foglalva a szexuálisan terjedő betegségeket; katasztrófa-készenlét; biztonság és vezetőképzés; környezeti tényezők és az, hogyan hatnak ezek a tényezők (pl. a levegő mi-

nősége, a víz minősége, higiénia) az egyedek vagy a populációk környezeti egészségére; életmód-életvitel készségek; szakorvosi és egészségügyi szolgáltatások választása és egészségügyi életpályák választása.

Az *egészségmegőrzésre irányuló objektív célkitűzések* közé soroljuk a tudásszint-, a hozzáállás- és viselkedésváltozásokat, valamint azokat a változásokat is, amelyek a környezetben mennek végbe.

Egészségműveltség

Az *egészségműveltség tartalmának* meghatározásához kiindulhatunk a műveltség fogalmából. A *műveltség tradicionálisan* az olvasásra és az írásra való képességként írható le. Egy olyan fogalom, amely különböző elméleti területek irányából definiálható. Az UNESCO (*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*) úgy definiálja, mint „képeség az azonosításra, a megértésre, az értelmezésre, az alkotásra, a kommunikációra, a számolásra és a nyomtatott és írott anyagok használatára különböző kontextusokkal kapcsolatban. A műveltség magában foglalja a folyamatos tanulást, amely képessé teszi az egyedeket céljaik teljesítésére, tudásuk és potenciáljuk fejlesztésére, közösségeikben és a szélesebb társadalomban való teljes mértékű részvétellel.” Tradicionálisan az írott nyelv aktív és passzív használatára való képességnek tekintik, de a műveltség néhány definíciója az olvasásra, írásra, betűzésre, beszédhallásra és a beszédre való képességet érti alatta. Az 1980-as évektől néhányan úgy gondolják, hogy a *műveltség ideológiai fogalom*, amely azt jelenti, hogy a műveltség mindig egy konkrét kontextusban fordul elő, a kontextussal kapcsolatos értékekkel összefüggésben. Néhányan egyetértenek abban, hogy a *műveltség definícióját ki kellene terjeszteni, illetve egészíteni*. Például Skóciában a műveltséget úgy definiálják, mint „képeség az olvasásra és az írásra és a számolás használatára, az információ kezelésére, a nézetek és vélemények kifejezésére, a döntések meghozatalára és problémák megoldására úgy, mint családtagok, munkavállalók, állampolgárok és egész életen át tanulók” (*Curriculum Framework for Adult Literacy and Numeracy in Scotland*, 2005). A kommunikáció a társadalmi érintkezés során vagy a társadalomban általánosan egyre inkább megköveteli a képességet a számítógép és más digitális technológiák használatára. Az 1990-es évek óta, az internet használatának széles körű elterjedésével a műveltség definícióját ki kell egészíteni olyan esz-

közök használatára való képességgel, mint a böngésző, szövegszerkesztő és szöveges üzenetküldő programok. Hasonlóan kiterjednek a készülékek is (pl. multimédia-műveltség, számítógép-műveltség, információs műveltség, technikai műveltség). Néhány tudós a *többszörös műveltség (multi-literacies)* bevezetését javasolja, amely magában foglalja pl. a *funkcionális műveltséget, a kritikai műveltséget és a retorikai műveltséget* (Selber, 2004), illetve más megközelítésben a *kritikai műveltséget, a médiaműveltséget, az ökológiai műveltséget és az egészségműveltséget* (Zarcadoolas, Pleasant és Greer, 2006). A bizonyítékalapú döntéshozatal hangsúlyozásának növelésével és a statisztikai ábrák és információ használatával a *statisztikai műveltség* is nagyon fontos aspektusává vált a műveltségnek. Egyetértés van abban is, hogy a műveltség magában foglalja a kulturális, politikai és történelmi kontextusait a közösségnek, amelyben a kommunikáció folyik.

Az egészségműveltség (health literacy) modern értelmezése szerint (lásd Nielsen-Bohlman és mtsai., 2004):

az egészségműveltség képesség az egészség elősegítéséhez szükséges információ elérésére, megértésére, értékelésére és kommunikálására az életben. Az egészségműveltség mindenkire vonatkozóan magában foglalja az egészség fejlesztését és megvédését, a betegség megelőzését és korai felismerését, az egészség felügyeletét, fenntartását és az irányelvek meghatározását. Az *egészségműveltség-készségekhez* sorolhatók az egészséggel kapcsolatos témákról való beszélgetésekhez, vitákhoz, információk olvasásához, diagramok értelmezéséhez, kutatásban való részvételről való döntéshozáshoz, az orvosi eszközöknek (pl. lázmérő) a személyes vagy a család egészségének megőrzésére való használatához, az egészségről vagy a környezeti kimenetekről való szavazáshoz stb. szükséges készségek.

Az egészségműveltségnek általában három területét szokták elkülöníteni (lásd pl. *British Columbia [BC] Ministry of Education: Health Literacy*, é.n.a). (1) A *funkcionális egészségműveltség (functional health literacy)* az egészséginformáció alapvető közlése, magában foglalva az egészségről való információ megközelítését, megértését és értékelését. (2) Az *interaktív egészségműveltség (interactive health literacy)* az egészségkimenetekre vonatkozó személyes készségek kifejlesztése, beleértve a döntéshozatalt, a célmegállapítást és a praktikákat az egészség növeléséhez. (3) A *kritikai*

egészségműveltség (critical health literacy) az egészséghez kapcsolódó különböző kulturális, családi és vallásos meggyőződésekre vonatkozik, és támogatja a személy, a család és a közösség olyan változását, ami növeli az egészséget.

Más egészségműveltség-definíciók, értelmezések, megközelítések is léteznek, melyet az alábbi példákkal illusztrálunk.

„Az *egészségműveltség* az egyedek képessége az egészség megőrzésére vonatkozó információk elolvasására, megértésére és használatára a döntéshozatalhoz, valamint a kezelésre vonatkozó utasítások követése. *Az egészségműveltség definíciója összetett*, mert az egészségműveltség magában foglalja a kontextust (vagy környezetet), amelyben az egészségműveltség megnyilvánul (pl. egészségmegőrzés, média, internet vagy fitnesztevékenység), és a készségeket, amelyeket az emberek hoznak a szituációkba.” (Rudd, Moneykens és Colton, 2000.)

Az USA egészségműveltség-definíciója szerint az egészségműveltség „annak mértéke, hogy az egyedek mennyire képesek megszerezni, feldolgozni és megérteni az alapvető egészséginformációkat és -szolgáltatásokat, amelyek szükségesek a megfelelő egészségdöntésekhez” (HHS, 2000 és Institute of Medicine, 2004, idézi Rudd, Anderson, Oppenheimer és Nath, 2007, 175. o.).

Európában hasonlóan írják le az egészségműveltséget, bár kissé konkrétan, részletesebben: „... képesség a helyes egészségdöntések meghozatalára otthon, a közösségben, a munkahelyen, az egészségmegőrző rendszerben, piactéren, politikai szintéren. Egy kritikus stratégia, amely képessé teszi az embereket a saját egészségük feletti kontrollra, az információ megkeresésére és a felelősségvállalásra egészségük iránt” (idézi Protherore, Wallace, Rowlands és DeVoe, 2009).

Az egészségműveltség egy markánsabb nézőpontja magában foglalja a képességeket a tudományos fogalmak, tartalom és az egészségkutatás megértésére; a beszélt, írott és online kommunikációs készségeket; a nagy mennyiségű médiaüzenetek kritikus értelmezését; az egészségmegőrző rendszerek és szabályozás bejárását; a tudást; a társadalmi tőke és az erőforrások használatát; a kulturális és a lényeges tudás használatát az egészségdöntésekben is (Nutbeam, 2000; Ratzan, 2001; Zarcadoolas, Pleasant és Greer, 2005). Ez a nézőpont úgy tekinti az *egészségműveltséget*, mint az *egészség egy szociális/társadalmi meghatározóját*, ami egy hatékony lehetőséget kínál az egészségben mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentésére.

Ez a perspektíva úgy definiálja az egészségműveltséget, mint olyan készségek és kompetenciák széles tartományát, amelyeket az emberek egész életükön át fejlesztenek azért, hogy megkeressék, felfogják, értékeljék és használják az egészséginformációt és fogalmakat a választások közlésére, az egészséget veszélyeztető faktorok/rizikótényezők csökkentésére és az életminőség növelésére. Az egészségműveltség ilyen módon való definiálása megteremti az alapját az *egészségműveltség egy multidimenzionális modelljének*, amely négy központi terület körül épül ki (Zarcadoolas és mtsai., 2005, 2006): (1) alpműveltség, (2) természettudományos műveltség, (3) állampolgári műveltség és (4) kulturális műveltség.

Azonosították az *egészségműveltséghez szükséges készségeket is, többek között a betegektől elvárt tevékenységekből kiindulva*. Mivel a betegek gyakran kerülnek szembe komplex információkkal és a kezeléssel kapcsolatos döntésekkel, a specifikus feladatok a betegektől megkövetelik az alábbiak kivitelezését:

- az információ hitelességének és minőségének értékelése,
- a viszonylagos kockázatok/veszélyek és előnyök elemzése,
- a gyógyszeradagok kiszámítása,
- a teszt/vizsgálat eredményeinek értelmezése,
- az egészséginformáció elérésének meghatározása.

Ezeknek a feladatoknak az elvégzése céljából az egyedeknek szükségük lehet:

- vizuálisan írni-olvasni (képes megérteni az ábrákat vagy más vizuális információt),
- számítógépes írás-olvasásra (képes kezelni a számítógépet),
- információt írni-olvasni (képes megfigyelni és alkalmazni a releváns információt) és
- számértékkel vagy számítással írni-olvasni (képes kiszámolni vagy számokkal indokolni).

A *szóbeli nyelvi készségek* is fontosak. A betegeknek képesnek kell lenniük kifejezni magukat az egészségükkel kapcsolatban, és szükséges, hogy pontosan le tudják írni tüneteiket. Szükséges, hogy helyesen tudjanak kérdezni, és megértsék a kimondott orvosi tanácsokat vagy kezelési utasításokat. Az egészség megőrzéséért való felelősséghez való hozzájárulás megköveteli, hogy a betegek fejlesszék *döntéshozási készségeiket*. Az internet mint egészségforrás megjelenésével az egészségműveltség magában foglalja a *képességet az interneten való keresésre és a weboldalak értékelésére*.

Az egészségműveltség változik a kontextussal és a környezettel, és nem szükségképpen függ össze az oktatásban eltöltött évekkkel vagy az általános olvasási képességgel. Egy személy, aki otthon vagy a munkahelyén megfelelően dolgozik, lehet, hogy nagyon kevés vagy nem megfelelő műveltséggel rendelkezik egy egészségmegőrzési környezetben.

A műveltség és az egészség közötti összefüggés komplex. A műveltség hat az egészségtudásra, az egészségi állapotra és az egészségügyi szolgáltatások elérésére. Az egészségi állapotot számos, egymással összefüggésben lévő szocioökonómiai faktor befolyásolja. A műveltség hat a jövedelemszintre, a foglalkozásra, az oktatásra, a lakáskörülményekre és az egészségügyi ellátás hozzáférhetőségére. A szegény és írástudatlan/műveletlen ember nagyobb valószínűséggel dolgozik kockázatos/veszélyes feltételek között vagy környezeti ártalmaknak kitéten.

Felnőttek műveltségének kutatási eredményei 1992-ben azt mutatták, hogy az alacsonyabb műveltségű felnőttek nagyobb valószínűséggel szegények, mint azok, akiknek magasabb a műveltségi szintjük, és hogy olyan egészségfeltételekkel rendelkeznek, amelyek korlátozzák tevékenységeiket. Az alacsony egészségműveltségnek direkt/közvetlen és indirekt/közvetett következményei is vannak. A direkt hatások magukban foglalják a nem teljesítést vagy a közvetítés hibáit. Az indirekt hatások nehezebben mérhetők, de magukban foglalhatják a biztosítási kimeneteket, az egészségmegőrzés hozzáférhetőségét és a nem megfelelő egészségviselkedés-választásokat.

Az utóbbi években felmerült az igény az egészségműveltség definícióinak és fogalmi modelljeinek finomítására (Nielsen-Bohlman és mtsai., 2004). Erős konszenzus van a kutatók (pl. Protherore és mtsai., 2009) között abban, hogy a jelenlegi egészségdefiníciók korlátozottak mind a területben, mind a komplexitásban. Úgy tűnik, hogy az elérhető egészségdefiníciók a képességekre, készségekre és funkciókra mint egyenértékű dolgokra vonatkoznak, bár – mint azt a klinikai pszichológusok kimondták – ezek öröklötten különböző entitások. Például egy egyed rendelkezhet megfelelő vagy jó kognitív képességgel, magában foglalva a verbális készségeket (pl. szókincs, szövegértés) és a nonverbális készségeket (pl. rövid távú memória, információfeldolgozás), amelyeket használhat a tudás és a készségek elsajátítására egy oktatási programban, de nehézsége lehet pl. az információ összegyűjtésében interperszonális interakciókon keresztül. Ez alapján úgy érzik, hogy *jobb lenne* az egészségműveltségre vonatkozóan a *kompetenciák*

terminus használata, amely magában foglalhatja a tudást, a készségeket, képességeket és attitűdöket mint változókat. Felmerült az igény az egészségműveltség-definíciók és a kompetenciák felülvizsgálatára, hogy valamennyi vonatkozó és releváns komponenst tartalmazzák-e.

Wharf Higgins, Begoray és MacDonald (2009) kísérletet tettek az egészséggel kapcsolatos fogalmak áttekintésére. Munkájuk eredményét az alábbiak szerint összegezhetjük. Megállapították, hogy az irodalomban az egészségműveltség eltér az egészségtudástól, az egészségneveléstől és az egészségfejlesztéstől, bár gyakran feltételezik, hogy az *egészségműveltség* az utóbbi kettőnek egy terméke (Speros, 2005). Az *egészségnevelést* úgy definiálják, mint „a tanulás folyamatosságát, amely képessé teszi az embereket mint egyedeket és mint a társadalom (szociális struktúrák) tagjait, hogy szándékosan hozzanak döntéseket, módosítsák viselkedéseiket és változtassák meg a szociális feltételeket olyan módon, hogy ezáltal növeljék az egészségüket” (*Joint Committee on Health Education Terminology*, 1991, 105. o.).

Abból indulnak ki, hogy az *egészségtudás (health knowledge)* és más változók befolyásolják az emberek szándékait, döntéseit, viselkedéseit és azok eredményeit/kimeneteit (Gazmararian, Curran, Parker, Bernhardt és DeBuono, 2005). Az *egészségnevelés* megtanítja a fiatalokat tervezni, kritikusan gondolkodni és szembeszállni a különböző kimenetekkel, hogy elősegítse az egészség fejlesztéséhez szükséges viselkedések (Brey, Clark és Wantz, 2007) és nélkülözhetetlen egészségkézségek (Kickbusch, 1997) kialakulását. Az *egészségviselkedések* tradicionálisan úgy tekinthetők, mint a kognitív döntések kimenetei (Syme, 2002).

Megállapítják, hogy az elmúlt évtized kutatásai (pl. Fisher-Wilson, 2003; Kickbusch, 1997; Schillinger, Grymbach, Piette, Wang, Osmond, Daher és mtsai., 2002; Speros, 2005) demonstrálták, hogy az egészségműveltség-készségek erősebben megjósolják az egészségállapotokat és a kimeneteket, mint az életkor, a jövedelem, a munkaköri státusz, az iskolázási szint és a származás vagy az etnikai hovatartozás. Az alacsony egészségműveltség a felnőttekben összefügg a rossz egészséggel; néhány megkövetelt korai beavatkozás (Kickbusch, 1997), amely kiemeli az egészségfejlesztést és a betegségmegelőzést, egészségművelt tanulókat eredményez, akik egészségesebb felnőttekké válnak (Manganello, 2008). Az USA-ban, Ausztráliában és Európában folyó kutatások beszámolóí leírták, hogy az egészségműveltség szignifikánsan befolyásolja a tanulók egészségét, jóllétét és életminőségét (Kolbe, 2005; St. Leger, 2001). A kutatók egyetértettek abban, hogy az egészségműveltség növelése iskolaalapú beavatkozások által nagy lehe-

tőséget jelent a tanulók fejlesztésére az egészséginformációk elérését és értékelését tekintve. Szükségesnek tartják ezeknek az információknak a megértését a helyes döntések meghozatalához és a jövő generációk egészségproblémáinak csökkentéséhez (Gazmarian és mtsai., 2005).

Bár *nincs konszenzus az egészségműveltség specifikus definíciójával vagy elméleti keretével kapcsolatosan*, de a szakirodalom egyetért abban, hogy (1) az egészségműveltség-készségek csak kontextusban (pl. feladathoz kapcsoltan) alkalmazhatók; (2) az egészségműveltség-készségek többet foglalnak magukban, mint csak az olvasás és az írás (pl. kritikus gondolkodás, problémamegoldás); (3) az egészségműveltség nemcsak egyéni jellemző, hanem társadalmi is. Ez az érték személyes előny és állampolgári kötelesség egyszerre (Smith, 2004).

Az egészségműveltség legrelevánsabb definíciója a fiatalok egészségműveltségének fejlesztéséhez (Wharf Higgins és mtsai., 2009) magában foglalja a következő két képességet, amely világosan reflektál az egészségműveltség szociálökológiai értelmezésére, és összhangban van a WHO (1998) egészségmagatartás-definíciójának lényeges elemével:

1. Képesség megbízható egészségdöntések meghozatalára a mindennapi élet kontextusaiban. Egy kritikus stratégia, amely képessé teszi az embereket a saját egészségük feletti kontroll, az információ megkeresésre való képességük és felelősségvállalási képességük növelésére (Kickbusch, 2007, 14. o.).
2. Képesség az információ elérésére, megértésére, felbecsülésére és kommunikálására az egészség elősegítése, fenntartása és fejlesztése céljából különböző környezetben az egész életen át (Rootman és Goldon-El-Bihbety, 2008, 3. o.).

Wharf Higgins és munkatársai (2009) az egészséggel kapcsolatos fogalmak értelmezésének felülvizsgálata után kanadai fiatalok körében végzett kutatásukhoz kidolgozták a *fiatalkorúak egészségműveltségének (rendszerszemléletű, holisztikus) szociálökológiai modelljét*. (A magatartásváltozás többszintű elméleteiről lásd Schneider és Stokols [2009] írását.) Abból indultak ki, hogy a testmozgás, evés, cigarettázás és más egészségviselkedések elsősorban egyéni választásoknak tűnnek, habár ezekkel kapcsolatban az egészségműveltség számtalan faktorból áll. Ezek megértése megköveteli az egyedek kognitív, affektív és szociális erőforrásainak megvizsgálását. A szociálökológiai modell a legjobban tudja segíteni ezeknek a faktoroknak a megértését (Matson-Koffman, Brownstein, Neiner és Greaney, 2005). Ennek a modellnek több szintje van hatással az egészségműveltségre, magában foglalva a következőket:

1. intraperszonális faktorok: jellemzők, tudás (knowledge) és készségek;
2. interperszonális faktorok: szociális támogatás és hatások, az emberi interakciók (társak, család) minősége és természete;
3. közösségi/társadalmi (környezeti és strukturális) faktorok: egészségpolitika és a közösség/társadalom képessége az egészség elősegítésére.

A szociálökológiai perspektíva használata egy *elméleti keretet* ajánl az összefüggések megtalálására (Senge, 1990, 68. o.). Ez az elméleti keret három koncentrikus körből áll, amelyek jelzik a (1) mikro-, (2) mezo- és (3) makrohatásokat a tanulók egészségműveltségére (lásd 6.1. ábra).

Mikroszint

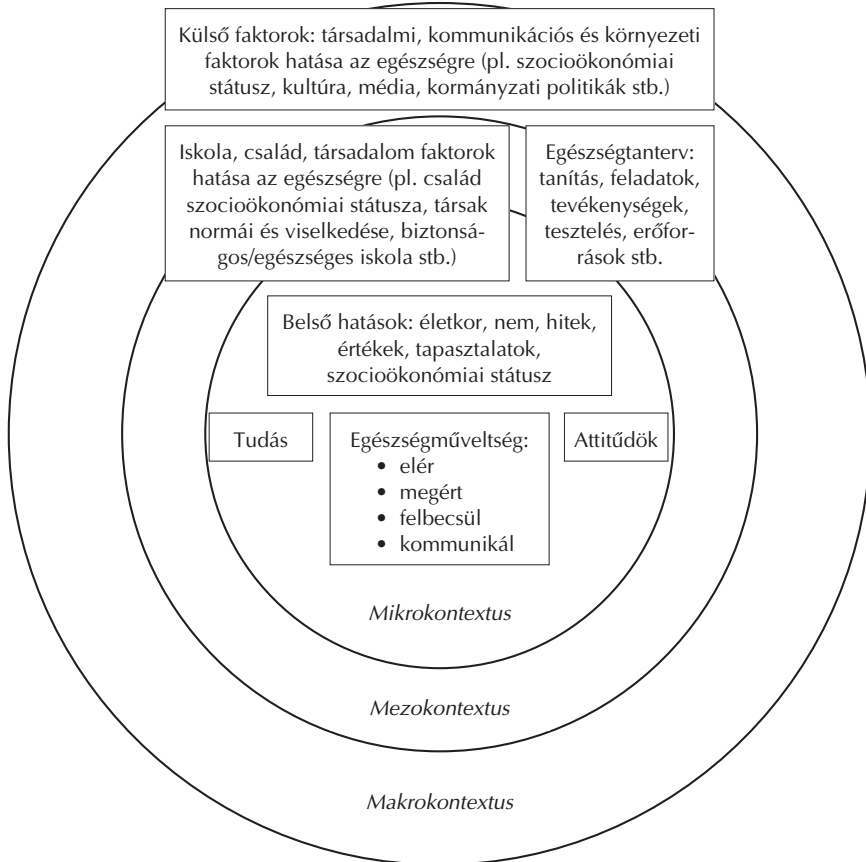
A keret középpontjában az *egyedi tanuló* van, aki birtokolja az egészséggel kapcsolatos tudást, készségeket és attitűdöket. Az egészséginformáció elérését, megértését, felbecsülését és kommunikálását *egészségműveltségnek* nevezik. Az egyed összegyűjti a tudást az egészségműveltség-készségek használata által, és viszont, a tudása befolyásolja egészségműveltségét. A tanuló egészség iránti attitűdje szintén befolyásolja egészségműveltségét és befolyásolt általa.

Az egészségműveltségre is hatnak más belső faktorok, mint pl. életkor, nem/gender, hitek/meggyőzések, értékek és tapasztalatok. Piaget (1977) szerint pl. az ifjak fokozatosan mozdulnak el a konkrét gondolkodástól az absztrakt felé. Nehéz elképzelniük a jövőt és tetteik következményeit; a serdülőkor tipikusan veszélyezteti a magatartást, mert gyakran hiányzik a képesség a „Mi van, ha?” típusú kérdés feltételére (Metcalf-Wilson, 2002). A lányok többféle módon kommunikálnak, mint a fiúk. Vannak közvetlen hatások is az egyed egészségműveltségére, mint pl. az általános műveltség; az olvasás/írás, hallás/beszéd, látás/megjelenítés képessége; és más képességek, mint pl. a technológiai képesség a médiainformációval kapcsolatosan. Az egészségműveltség viszont elvezet az egyének egészségre vonatkozó céljainak megállapításához és fenntartásához, pl. döntés arról, hogy nem iszik alkoholt, mielőtt inna, döntés a kondom viseléséről közösülés alatt, döntés a jól kiegyensúlyozott diéta választásáról és a testedzésről.

Mezoszint

Úgy gondolják, hogy az egyedi tanulói egészségműveltséget befolyásolja az *egészségnevelés-tanterv*. Bár a dokumentum minden adott évfolyamú tanuló számára ugyanazt írja elő, a tanterv megvalósítása nagyon különbözhet: befo-

lyásolja pl. a tanár kapcsolata a tanulókkal, a tanár által kijelölt feladatok és tevékenységek használata, a tesztelés módszere, a tanulók számára elérhető erőforrások (pl. emberek, nyomtatott anyagok, weboldalak). Továbbá a lehetőségek arra, hogy beszéljenek az egészségükről (Ackard és Neumark-Sztainer, 2001), a fiataloknak azonosítaniuk kell a hiteles egészséginformációt (DiCenso, Borthwick, Busca, Creatura, Holmes, Kalagian és mtsai., 2001; Von Sadovszky, Kleck Kover, Brown és Armbruster, 2006). A hatékonysághoz valamennyi tanítási megközelítés esetén szükséges reflektálni a fiatalok szociális világa struktúrájának alapos megismerésére (Abel, Plumridge és Graham, 2002) és azok fejlődési helyességére (Somers és Surmann, 2005).



6.1. ábra. A szociálökölógiai modell alkalmazása a fiatalok egészségműveltségére (Wharf Higgins és mtsai., 2009, 355. o.)

Egy tanterv használati idejének hossza egy osztályban szintén fontos, mivel az idő segíti a tanárokat a források összegyűjtésében, a tevékenységek kitalálásában és megvalósításában, a tanulói munkák hatékonyabb értékelési útjainak felfedezésében és – ami a legfontosabb – a szaktudás fejlesztésében az egészségnevelés különböző területein. Ezek a területek gyakran ismerősebbek az egészségszakemberek (pl. nővérek, védőnők) számára, mint a tanároknak, akik sokszor átruházzák az egészségnevelést más tantárgyakat (pl. biológiát) tanító pedagógusokra. Így a tanárok egy csoportja szignifikáns szerepet játszhat a fiatalok egészségének fejlesztésében (*Cohall, Cohall, Dye, Dini, Vaughan és Coots, 2007*).

A tanuló az egészségnevelés-órán rendelkezik az osztályon kívüli *iskolai, a családból és barátoktól származó tapasztalatokkal*, melyek ugyancsak hatnak egészségműveltségére. Néhány *iskola* fellép az erőszak és a homofóbia ellen, hozzáférhető edzőterme van, az árusító automatákat egészséges élelmiszerekkel tölti fel, és versenyképes áron adja őket, míg mások nem. Néhány iskola ajánl brosúrákat az egészségről, elérhető számítógépeket a kutatások/keresések lefolytatásához, ingyen kondomokat és önkiszolgáló éttermeket jól kiegyensúlyozott, nem drága étkezési lehetőséggel, és támogatja a fizikai aktivitásokban való részvételt, míg másoknak eltérő prioritásaik vannak. A *családok* is módosítanak, magukban foglalva a család szocioökonómiai státuszát és azt, hogyan hat a tanulók egészségműveltségére és a jobb ételek megvásárlására, a sportban való részvételre vagy a környezetben való életre, ami elősegíti az egészséges életstílust. Továbbá a szülők támogathatják az egészséges életstílust mintaadással, megbeszéléssel, az egészséges ételek megvásárlásával, vagy gátolhatják is. A tanulók általában tudatában vannak az egészségügyi problémákat okozó veszélyeknek, és meg akarják beszélni olyan felnőttekkel, akikben megbíznak (*Graves, 2005*). A *barátok és a társak* is hatnak a tanulók egészséges viselkedésére a klubokban, iskolai csoportokban való részvételen keresztül és az ételek egészséges megválasztásával, a szexuális döntésekkel és a különböző dolgok használatával.

Makroszint

A legkülső körben látjuk a *tágabb társadalmi faktorokat*, amelyek hatnak a két belső körre (iskolák, családok, társak, tanterv és az egyedi tanuló). Ezek a faktorok magukban foglalják a kormánypolitikát, a médiát és a szocioökonómiai faktorokat. Az egészségterv pl. politikai dokumen-

tum, és változhat a politikai pártok napi szeszélyeinek megfelelően, a szülők nyomására adott válaszként vagy a politikai filozófiában bekövetkező változás eredményeként. A kormányzatok dönthetnek az egészségnevelés-tanárok képzésének vagy az iskolai nővérek, védőnők alkalmasságának megköveteléséről.

A közösség, amelyben a tanuló él és/vagy megy az iskolába, rendelkezhet parkokkal, futópályákkal, ifjúsági klinikákkal vagy nehéz közlekedéssel, gyors étkezési lehetőséggel stb. Mindenütt jelen lévő faktor a tanulók életében a *kereskedelmi média*. A médiaüzenetek elősegíthetik az egészségtelen életstílusnak megfelelő vásárlásokat közvetlenül a hirdetés útján és közvetve a televíziós programokban, weboldalakon és videojátékokban lévő hírek követése által. A kommunikációs szint, a szocioökonómiai státusz különböző módon befolyásolja az egészségműveltséget, magában foglalva a kutatások/keresések irányítására alkalmas számítógépek elérését, a változatos tanulási megközelítések forrásainak javítását, valamint a tanárok szakmai fejlesztését, akik bővíteni akarják egészséggel kapcsolatos háttértudásukat.

Felmerült az egészséggel kapcsolatos modellek finomítása, hogy színkórtonban legyenek a magukban foglalt egészség-, egészségműveltség-definíciókkal és -komponensekkel (pl. *Protherore* és mtsai., 2009).

A fiatalkorúak egészségműveltségének *Wharf Higgins* és munkatársai (2009) által kidolgozott szociálökológiai modellje (Social Ecological Model of Adolescent Health Literacy) jó elméleti keretet nyújthat az egészségműveltség iskolai kontextusban lehetséges diagnosztikus méréséhez és fejlesztéséhez egyaránt.

Egészségmagatartás, egészségviselkedés

Az egészségmagatartás, egészségviselkedés (health behavior) fogalmak értelmezésének rendkívül sok szempontú megközelítése létezik. Ezek helyenként egymást átfedő módon, azonban mégis különböző fókuszokat kijelölve segítik az elméletalkotást és a gyakorlati konzekvenciák megfogalmazását.

Az egészségmagatartás egy lehetséges munkadefiníciója:

„Olyan személyes attribúciók, mint amilyenek a hitek/meggyőződések, várakozások/sejtések, motívumok, értékek, percepciók és más kognitív elemek; személyiségjegyek, magukban foglalva az érzelmi

és emocionális állapotokat és egyéni sajátosságokat; és bizonyos viselkedési minták, tevékenységek és szokások, amelyek az egészség fenntartására, helyreállítására és fejlesztésére vonatkoznak.” (Gochman, 1982, 169. o., idézi Gochman, 1988.)

Az egészségmagatartás bizonyos definíciója tartalmazza továbbá azt a felismerést, hogy ezeket a *személyes attribúciókat befolyásolják* a családi szerkezetek és folyamatok, a pár/társ, csoport- és szociális faktorok, valamint a társadalmi, tanulmányi és kulturális meghatározó tényezők. Egy *átfogó munkadefiníció* felölel számos mást is, magában foglalva azokat, amikre Kasl és Cobb is utaltak néhány cikkükben, definiálva az *egészségre vonatkozó magatartás/viselkedés specifikus kategóriáit*: (1) preventív/megelőző és protektív/védő viselkedés, (2) betegségviselkedés, (3) betegszeptep-viselkedés (Gochman, 1988).

1. Preventív és protektív viselkedés

Kasl és Cobb (1996a) számára az egészségmagatartás azokat a tevékenységeket jelenti, amelyekbe azok a személyek kezdenek bele, akik azt hiszik, hogy jól vannak, és azok, akik nem éreznek semmilyen betegségjelet vagy tünetet, és céljuk a jóllét fenntartása. Ez a nyelvhasználat a preventív tevékenységekre korlátozza az egészségmagatartást.

Ezek között vannak olyan viselkedések, amelyeknek *elsődlegesen preventív jelentőségük van*, de nem korlátozódik ezekre, magában foglal számos nem egészségügyi tevékenységet is. Belloc és Breslow (1972) kifejlesztettek egy rendszert, amely az egészségállapoton és egészségkockázaton felüli „mindennapi” nem egészségügyi viselkedések hat kategóriáját tartalmazza: (1) alvási idő, (2) étkezési szokások (rendszeresség, gyakoriság, kalóriamennyiség, reggeli fogyasztása), (3) testtömeg-ellenőrzés, (4) fizikai rekreációs tevékenység (aktív sportok, úszás vagy séta a kertben, gyakorlatok végzése, hétvégi kirándulások, vadászat vagy halászat), (5) alkoholos italok fogyasztása (gyakoriság, mennyiség), (6) nemdohányzás. Más mindennapi preventív viselkedések: biztonsági öv és motorbicikli-sisak viselése, a közlekedési szabályok betartása, az egészség felügyelete és a biztonsági előírások betartása a munkában.

Egyéb egészségviselkedések *másodlagos preventív értékűek*, nem akadályozzák meg döntően egy állapot előfordulását, de elősegítik az állapot korai észlelését, és így minimalizálják annak hatását. Ilyen viselkedések ma-

gukban foglalják az időszakos szűrővizsgálatokon való részvételt, melyek lehetővé teszik a rákmegelőző állapot felderítését, a szívbetegség vagy a fogak állapotának vizsgálatát, bár nem szorítkoznak csupán ezekre.

Azoknak az elsődleges és másodlagos preventív viselkedéseknek a kiégszítéseként, amelyek empirikusan kapcsolódnak az egészségállapothoz, *Harris és Guten (1979)* bevezette az *egészségvédő viselkedések (health protective behaviors)* terminust. Ezek olyan tevékenységek, amelyekbe az emberek belekezdnek egészségük megvédése érdekében, akár orvosilag jóváhagyottak, akár nem, és magában foglalja azokat az egészségviselkedés fogalom alatt, objektív hatásosságuktól függetlenül. Ilyen egészségvédő viselkedések pl. az imádkozás, a dolgok elrendezése a ház körül, a hideg zuhany, a meleg fürdő és a vitaminok túlzott fogyasztása.

2. Betegségviselkedés

Kasl és Cobb (1996a) szerint a betegségviselkedés magában foglalja azokat a tevékenységeket, amelyekbe azok a személyek kezdenek bele, akik bizonytalanok abban, jók-e azok; akik aggódnak, vagy tanácstalanok testi érzékeléseikben, érzéseikben; azt hiszik, hogy betegségjeleik vagy tüneteik lehetnek; akik szükségét látják tisztázni e tapasztalatok jelentését, és ez meghatározza, hogy jól vannak-e; akik szükségét látják megtudni, mit tegyenek, ha nincsenek jól. A magyarázat kontextusában az *ilyen személyek segítséget kereső viselkedését* értjük alatta. *Mechanic (1972, 1978)* és *Suchman (1972)* elvégezte a betegségviselkedés részletesebb elemzését. A betegségviselkedés *Mechanic* által kidolgozott modellje magában foglalja az egyén felismerését, hogy szüksége van tanácsra, hogy döntéseihez és tanácsadójának megválasztásához kéri-e azt (1972, 128. o.). *Suchman* megfogalmazása különbözik ettől, de az azonosított viselkedések hasonlóak. Mindkét modell megvizsgálja ezeknek a betegségviselkedéseknek a személyes meghatározóit és azt is, hogy ezek a viselkedések milyen szociális és kulturális feltételekhez kötöttek. A betegségviselkedések magukban foglalják az alábbiakat, de nem korlátozódnak csak ezekre: válasz a testi jelekre és tünetekre; vélemény és tanács kérése rokonoktól, barátoktól, szomszédoktól, kollégáktól; semmit sem csinálni, de várni, hogy látható-e a szokatlan jelek vagy tünetek elmúlása.

3. Betegszerep-viselkedés

Kasl és Cobb (1966b) és mások (pl. *Parsons, 1951*) számára a betegszerep-viselkedés azokat a tevékenységeket jelenti, amelyekbe azok a személyek kez-

denek bele, akiket már mások vagy saját maguk betegnek nyilvánítottak. Olyan viselkedéseket foglal magában – bár nem korlátozódik csupán ezekre –, mint az orvos által előírt étrend/diéta/életmód elfogadása; a tevékenység és a személyes, családi és közösségi felelősség (kötelezettség) korlátozása és a felépüléssel (gyógyulással) és rehabilitációval kapcsolatos cselekvések.

A kritikai megkülönböztetések, amit Kasl, Cobb és mások tettek az egészségmagatartás különböző típusai között, jelentősek és nem minimalizálhatók. A jövő kutatására marad azonban az empirikus meghatározása annak, hogy vajon a közösségek vagy az alattuk levő egységek közötti viselkedések magukban foglalják-e az egészségmagatartáson belüli valamennyi kategóriát, a kategóriák egyformák-e, és differenciáltan vonatkoznak-e a befolyásoló tényezők különféle szintjeire.

Az egészségmagatartás az alábbi három megközelítésből vizsgálható. (1) Az egészségmagatartás mint a kórok, betegségek és az egészségi állapot előzményének vagy okának vizsgálata. (2) Az egészségmagatartást úgy elemzi, mint a rendszeres beavatkozások célját, melyek közvetlenül viselkedésváltozásokat idéznek elő, és végül az egészségállapot megváltozását eredményezik. Olyan megközelítés, melyet az egészségnevelők ragadnak meg egészségtámogató kampányokkal és nyilvános programokkal. (3) Az egészségmagatartás mint saját magunknak érdekes, személyes és szociális/társadalmi jelenség vizsgálata, amely a benne rejtőző miatt komoly tudományos kutatásra méltó.

Bár sok *elméletet* alkalmaznak az egészséggel kapcsolatos magatartás-kutatásokhoz és a magatartási beavatkozások kifejlesztéséhez, néhányan azt állítják, hogy csak meghatározott számú változó tekinthető szükségesnek bármely adott *egészségmagatartás előrejelzéséhez és megértéséhez*. Fishbein és Yzer (2003) szerint ezeket a változókat három elmélet tartalmazza, melyeket széleskörűen használtak az egészségmagatartás-kutatásokban és -fejlesztésekben. Ezek a következők.

1. Egészség-hitmodell (*Health Belief Model*)

Az egészség-hitmodell (Janz és Becker, 1984; Rosentock, 1974) megállapítja, hogy ahhoz, hogy valaki a tanácsolt egészségmagatartást végrehajtsa, a személynek először hinnie kell, hogy egy komoly és szigorúan negatív egészségeredmény (pl. szívkoszorúér-megbetegedés, HIV/AIDS) megszerzése kockázatos. Ugyanakkor a személynek hinnie kell azt is, hogy a tanácsolt protektív magatartás teljesítésének nagyobbak az előnyei, mint a költségei.

2. *Szociális/társas kognitív elmélet (Social Cognitive Theory)*

A szociális/társas kognitív elmélet (Bandura, 1977, 1986, 1997) szerint szintén két elsődleges faktor határozza meg annak a valószínűségét, hogy valaki adaptálni fog-e egy egészségvédő magatartást. Először a személynek hinnie kell, hogy a magatartás végrehajtásának pozitív eredményei (előnyök) nagyobbak a negatív eredményeknél (költségek). Másodszor a személynek rendelkeznie kell a személyes közreműködés érzésével vagy az önhatékonysággal a magatartás teljesítésének elfogadásával kapcsolatosan. Hinnie kell, hogy végre tudja hajtani az elfogadott viselkedést, még a változatos körülményekkel vagy akadályokkal szemben is, amelyek megnehezítik a magatartás végrehajtását.

3. *Indokolt cselekvés elmélete (Theory of Reasoned Action) és szándékos viselkedés elmélete (Theory of Planned Behavior)*

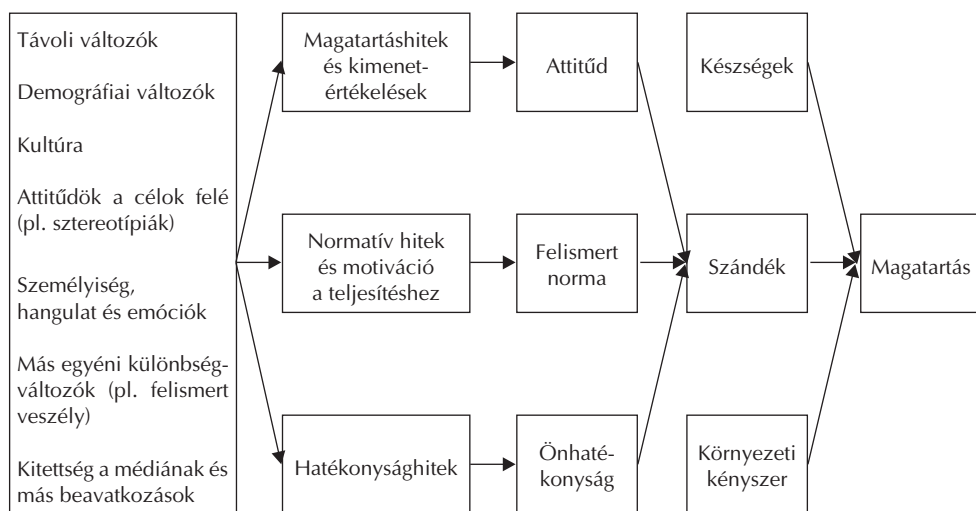
Az indokolt cselekvés elmélete (Ajzen és Fishbein, 1980; Fishbein és Ajzen, 1975) szerint egy adott magatartás teljesítése elsődlegesen egy személy magatartás-teljesítési szándékának erősségétől függ. Egy adott magatartás teljesítésének szándéka a változás szempontjából úgy tekinthető, mint két faktor funkciója: nevezetesen a személy attitűdje a viselkedés teljesítésére (általános pozitív vagy negatív érzés a viselkedés személyes teljesítéséről) és/vagy a személy szubjektív normája a viselkedéssel kapcsolatban (a személy percepciója, hogy neki miért fontos, mások azt gondolják, hogy ő végrehajtja vagy nem a magatartást). Az attitűd a magatartási nézetek egy funkciója (azt hiszi, hogy a magatartás teljesítése elvezet a meghatározott eredményekhez) és azok értékelő aspektusai (azok eredményeinek értékelése). A szubjektív normákat úgy tekintik, mint a normatív meggyőződések egy funkcióját (meggyőződések, amelyeket egy specifikus egyed vagy csoport birtokol a kérdésben, akár a magatartás teljesítésére vagy nem teljesítésére vonatkozóan) és a teljesítés motivációit (annak mértéke általában, hogy valaki meg akar csinálni valamit, amit valaki kigondolt). A *szándékos viselkedés elmélete* (Ajzen, 1991) az indokolt cselekvés elméletének egy kiterjesztése, mely magában foglalja az észlelt kontroll fogalmát mint a szándékok egy harmadik meghatározóját.

A legtöbb magatartásemélet szerint *három kritikus meghatározója van egy személy szándékainak és magatartásainak*: (1) a személy atti-

tudja a magatartás teljesítése felé, amely a magatartás teljesítésének pozitív és negatív következményeiről (előnyök és költségek) való meggyőződésén alapul; (2) a felismert normák, amelyek magukban foglalják az egyéni interakciók észlelését azokkal, akik a legteljesebben támogatják a személyeket a magatartás elfogadásában és másokkal a közösségben, akik végrehajtják a magatartást; (3) az önhatékony-ság, amely magában foglalja a személyek észlelését arra vonatkozóan, hogyan tudják teljesíteni a magatartást az erőpróbát jelentő körülmények széles választékában. Ezek a változók az utóbbi időben beépültek a magatartás-előrejelzés egy integrált modelljébe (Fishbein, 2000; Fishbein, Cappella, Hornik, Sayeed, Yzer és Ahern, 2002).

4. *Egy integrált elméleti modell (Integrated Theoretical Model)*

A modell szerint bármely adott magatartás valószínűleg akkor fordul elő, ha valakinek erős szándéka van a magatartás végrehajtására; ha a személy rendelkezik a szükséges készségekkel és képességekkel, amelyeket a magatartás teljesítése megkövetel; és ha nincsenek környezeti kényszerek/korlátok (environmental constraints) a magatartás teljesítésének megakadályozására (Fishbein, 2000; Fishbein, Cappella, Hornik, Sayeed, Yzer és Ahern, 2002) (lásd 6.2. ábra).



6.2. ábra. *Egy integrált modell a magatartás előrejelzéséhez (Fishbein és Yzer, 2003, 167. o.)*

Egy közvetlen implikációja a modellnek, hogy nagyon különböző típusú intervenciókra (beavatkozásokra) van szüksége azoknak az embereknek, akikben megvan a szándék a javasolt magatartás végrehajtására, de képtelenek végrehajtani azt, mint azoknak, akikben kevés a szándék, vagy akiknek egyáltalán nem áll szándékukban a javasolt magatartás teljesítése. Néhány populációban vagy kultúrában lehet, hogy azért nem teljesíthető egy magatartás, mert az emberekben még nem alakult ki a szükséges szándék a magatartás teljesítésére, míg másokban a készségek hiánya vagy a környezeti kényszerek/korlátok jelenléte lehet a probléma. Természetesen ha az emberekben kialakult a kívánt szándék egy magatartás teljesítésére, de nem végzik el azt, egy sikeres beavatkozás közvetlenül ki tudja építeni a készségeket, vagy meg tudja változtatni (vagy segít az embereknek legyőzni) a környezeti kényszereket/korlátokat. Másrészt, ha nem alakult ki erős szándék, elszántság (intention) a magatartás teljesítéséhez, a modell három elsődleges szándékmeghatározót jelöl meg: (1) attitűd (attitude) a viselkedés teljesítésére, (2) felismert normák (perceived norms) a magatartás teljesítésére vonatkozóan, (3) önhatékonyság (self-efficacy) a magatartás teljesítését illetően. Fontos a felismeréshez az, hogy ennek a három szociálpszichológiai változónak mint a szándékot – amelytől függ a magatartás és a populáció léte egyaránt – meghatározónak, a jelentősége relatív. Így pl. egy magatartás lehet elsődlegesen meghatározott az attitűd figyelembevételével, míg egy másik lehet elsődlegesen befolyásolt az önhatékonyság érzése által. Hasonlóan: egy magatartás, amely attitűd által vezérelt egy populációban vagy kultúrában, lehet normák által vezérelt egy másikban. Így, mielőtt kifejlesztenénk a kommunikációkat a szándékok megváltoztatására, először is fontos meghatározni a szándékot befolyásoló attitudinális, normatív vagy önhatékonyság-kontroll mértékét a populációban a kérdést illetően.

A modell (6.2. ábra) bemutatja, hogy az attitűdök, a felismert normák és az önhatékonyság alapjául szolgálnak a magatartás teljesítésének kimeneteléről kialakult meggyőződések. Az ábrán megfigyelhető a tradicionálisabb demográfiai, személyiségi, attitudinális és más egyéni különbségi változók (pl. felismert veszély) szerepe is. A modell szerint a változók e típusai elsődlegesen indirekt szerepet játszanak a magatartás befolyásolásában. Ezek a távoli változók mint kulturális és egyéni különbségek is a meggyőződés-struktúra alapjául szolgálnak.

Az integrált modell használatának első lépése a magatartás azonosítása, amelynek megváltoztatását vagy megerősítését célul tűzzük ki. Sajnos ez

nem olyan egyszerű, mint gyakran feltételezik. Először fontos megkülönböztetni a magatartásokat, magatartási kategóriákat és célokat. (Megváltoztatandó specifikus magatartás: pl. 20 perc séta háromszor egy héten; magatartási kategória: pl. gyakorlat; cél: pl. a testtömeg csökkentése.) (Fishbein, 1995, 2000.)

A magatartás (behavior) definíciója különböző elemeket foglal magában: (1) a tevékenységet (pl. megvenni/használni), (2) a célt (pl. egy óvszer) és (3) a kontextust (pl. hüvelyi szexhez a barátnővel). A magatartás változása bármelyik elem változását jelentheti. Egy egészségnevelőnek emiatt meg kell terveznie a beavatkozást a meggyőződések megváltoztatásához és a meggyőződés és az attitűd és/vagy szándék közötti kapcsolatok megerősítéséhez.

Az egészségmagatartás-kutatások célja nem az, hogy definiálják ezeket a fogalmakat, hanem inkább az, hogy meghatározzák, mit jelentenek a definíciók a populációkban. A jövőbeli egészségmagatartás-kutatás célja a laikus definíciók feltárása és annak kutatása, hogy azok inkább hasonlítanak vagy különböznek a szakértői formáktól.

A Fishbein és Yzer (2003) által leírt integrált modell az egészségmagatartás előrejelzéséhez és megértéséhez alapul szolgálhat a tanulók egészségmagatartásának megjósolásához és megértéséhez.

Az egészségfejlesztés eredményességének mérése

Nem könnyű eldönteni, mit is mérjünk, amikor az egészségfejlesztési munkák hatásfokát szeretnénk megítélni. A szabály az, hogy azokat az objektív célkitűzéseket kell mérni, amelyek a tervezési folyamatban szerepelnek, a megfelelő kutatási módszerek, eszközök kiválasztásával, alkalmazásával (lásd 6.1. táblázat).

Egy egyén, populáció vagy környezet olyan jellemzőjét, amely mérhető (közvetlenül vagy közvetve) és használható az egyén vagy a populáció egészségének egy vagy több szempontú (minőség, mennyiség és idő) leírására, *egészségindikátornak (health indicator)* nevezik (*Health Promotion Glossary, WHO, 1998*). Az egészségindikátor használható az általános egészségproblémák meghatározására konkrét időpontban, egy populáció vagy egyén egészségszintjében adott idő alatt bekövetkező változás jelzésére, egy populáció egyedeinek egészségében lévő különbségek meghatározására és egy program vizsgált céljai megvalósulásának mérésére egyaránt.

Az egészségindikátorok magukban foglalhatják a betegség vagy kór mérését, amelyek általánosabban használhatók az egészségeredmények vagy az egészség pozitív aspektusainak (életminőség, életkészségek vagy egészségkilátás) méréséhez, és az egyének egészséggel összefüggő viselkedéseinek és cselekvéseinek mérését, továbbá azokat az indikátorokat, amelyek mérik a szociális és gazdasági feltételeket, a fizikai környezetet, amint az kapcsolódik az egészséghöz, és az egészségműveltség és az egészséges közpolitika mérését. Az indikátorok ez utóbbi csoportja felhasználható a közbülső egészségeredmények és egészségfejlesztési eredmények mérésére is.

6.1. táblázat. Példák az egészségfejlesztési munkák hatásfokának megítélési módszereire/eszközöire (Bowling, 2002; Ewles és Simnett, 1999, 126–128. o. alapján)

A fejlesztés célkitűzései	Az eredmény mérlegelési módszerei/eszközei
Egészségtudatosság változása	Kérdőíves vizsgálatok Interjúk, megbeszélések Megfigyelések Médiatvékenység analízise
Ismeretek és attitűdök változása	Írásbeli felmérések Kérdőíves vizsgálatok Interjúk, megbeszélések Megfigyelések
Magatartásváltozás	Megfigyelések A magatartás feljegyzése Esettanulmányok Elbeszélések, narratívák Visszatekintő önbeszámolók Kérdőíves vizsgálatok
Az egészségi állapotban történő változások	Feljegyzések készítése (testtömeg, vérnyomás, pulzusszám, koleszterinszint) Egészségügyi felmérések Egészségi állapot önálló értékelése Egészségügyi statisztikák
A fizikális környezet változása	A változások mérése (pl. levegőben található szennyező anyagok szintjének változása)
Politikai változások	Politikai kijelentések és azok végrehajtása Törvényhozásbeli változások Szervezeti és eljárásbeli változások

Mivel az egészségfejlesztési tevékenység hosszú folyamat, s mivel egy adott helyzet is állandóan változik, nehezen bizonyítható, hogy bármilyen kimutatható változás annak köszönhető, hogy újabb ráfordítás, befektetés történt az egészségvédelembe, hiszen az egyéb faktorok szerepét sem le-

het figyelmen kívül hagyni. Az egészségműveltség, a hozzáállás és a magatartásformák is állandóan változnak a programoktól függetlenül is. Ugyanez vonatkozik a társadalmi viszonyokra és a környezetre is. Az egészségfejlesztési programnak sokszor nagyon eltérő hatásai lehetnek, és a hatások a legkülönbözőbb időpontokban válhatnak nyilvánvalóvá az intézkedések után.

A továbbiakban az egészségi állapot, az egészségmagatartás és az egészségműveltség mérési problémáit, lehetőségeit és gyakorlatát ismertetjük, különös tekintettel a hazánkban még nem igazán ismert egészségműveltség területre.

Az egészségi állapot mérése

Már az egészségi állapot megítélése sem egyszerű feladat. Ez azzal is igazolható, hogy bár az egészség mérésére számos módszer áll rendelkezésre, a vélemények megoszlanak a tekintetben, hogy melyik a legjobb megközelítési mód. *A módszer elsősorban attól a szemléletmódtól függ, amit magáról az egészségről kialakítanak.* Ha az egészség az alapvető fizikai működőképességet jelenti valakinek, akkor a jó fizikai állapot alapján megfelelően mérhető az egészség. Ha az egészséghez a betegség hiányával közelítünk, akkor a betegség kiterjedése, súlyossága alapján (fordított irányból) mérhető az egészségi állapot. Ha azonban az egészség fogalma szociális és mentális szempontokat is tartalmaz, és mást jelent, mint betegséghiányt, akkor specifikus egészségmérési módszerek kifejlesztésére van szükség (Naidoo és Wills, 1999). A betegség és a betegségérzet állapotát statisztikailag mérni meglehetősen nehéz feladat. Ez arra is visszavezethető, hogy nehéz egyértelmű határt vonni az egészség és a betegség között. *Számos módszer van arra, hogy az egészséget mint objektív tényt mérhessük (Naidoo és Wills, 1999): (1) az egészségi állapot mutatói (pl. testmagasság, testtömeg, fogászati státusz), (2) az egészséges életmód mutatói (pl. hány ember dohányzik, iszik vagy kábítószerzik, illetve mozog rendszeresen, étkezik egészségesen és gyakorol biztonságos nemi életet), (3) az egészséges környezet mutatói (pl. a levegő és a víz minősége, lakásviszonyok, népsűrűség) és (4) a szociális-gazdasági mutatók.*

Az egészségi állapot mérésekor azt is figyelembe kell venni, hogy az emberek miként vélekednek az egészségről, milyen magatartást tanúsítanak az

egészségügyi kérdések iránt, és mennyire tudják magukévá tenni a szakemberek álláspontját (Catford, 1983).

Olyan mérőmódszerek kifejlesztésére is törekedni kell, amelyek az egészséget szubjektív nézőpontból térképezik fel. *A szubjektív egészségi állapot megítélésére* Bowling (1992, idézi Naidoo és Wills, 1999) szerint öt lehetőség kínálkozik: (1) a funkcionális képesség mérése (saját fizikai aktivitásról adott beszámolóval), (2) az egészségi állapot általános megítélése (egészségprofil kérdőíves felvételével), (3) a pszichés kiegyensúlyozottság felmérése, (4) a szociális háló és a szociális támogatások elemzése, (5) az életminőség vizsgálata.

Máig nincs konszenzus arra nézve, melyik az egészségmérés legjobb módszere, így számos, egymástól eltérő módszer kerül alkalmazásra. Az a tény, hogy az egészség fogalma többféle jelentést is takar, szintén hozzájárul a különböző módszerek elterjedéséhez. Közülük néhány csak az egészség egy-egy dimenziójára koncentrálnak, mások megkísérlik egyszerre átfogni az egészség különféle dimenzióit. Nagyon fontos, hogy pontosan tudjuk, mi célból kívánjuk mérni az egészségi állapotot, utána ki lehet választani a legalkalmasabb módszert (Naidoo és Wills, 1999).

Hazánkban rendszeresen folyik a *tanulók objektív egészségi állapot-mutatóinak felvétele* az iskolákban. Továbbá az *Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása (Health Behaviour in School-aged Study, HBSC)* nemzetközi kutatás keretében hazánkban 1986 óta 4 évenként végeznek iskolai osztályokban önkitöltős kérdőívvel keresztmetszeti vizsgálatokat a 6., 8., 10., 12., illetve az 5., 7., 9., 11. évfolyamokon (lásd pl. Aszmann, 2003; Németh, 2007). Méri többek között a különböző életkorú *tanulók szubjektív egészségi állapotát* (egészség értékelése, krónikus betegségek, étellel való elégedettség, pszichoszomatikus panaszok, depresszív tünetek, önértékelés, szociális önértékelés, deviancia, testkép, tápláltsági állapot).

Az egészségmagatartás mérése

Az egészségvédő és egészségkockázati magatartás (Pikó, 2006) és az *egészséggel összefüggő életmód* régóta nemzetközi és hazai kutatások tárgya, de e vizsgálatokba inkább csak 5. évfolyamtól felfelé vonták be a tanulókat. A fiatalabb korosztály egészségmagatartásának kutatására alkalmas eszközök kevésbé ismertek.

A már említett *HBSC-kutatás* keretében végzett kérdőíves felmérések érintik az egészségmagatartás számos területét is (Aszmann, 2003; Németh, 2007): táplálkozási szokások (táplálkozás rendszeressége, minősége, szájhigiénié), testtömegkontroll; fizikai aktivitás (rendszeresség, intenzitás, mennyiség); fizikailag passzív szabadidő-eltöltési tevékenységek (tv- és videofilmnézés, számítógép-használat); rizikómagatartások (dohányzás, alkohol- és illegális drogfogyasztás); szexuális magatartás; sérülések, balesetek. A mérésre használt önkitöltős kérdőív kérdései változatlanok, így biztosítható az egészségmagatartás időbeli monitorozása, mely e kutatás egyik alapvető célja.

Az *ESPAD- (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) vizsgálatok* (1995, 1999, 2003, 2007), melyekbe hazánk 1995-ben kapcsolódott be, az egészségkockázati magatartás (dohányzási, alkoholfogyasztási és más kábítószer-fogyasztási szokások) vizsgálatát célozzák meg (Elekes, 2001, 2007). Ezek a kérdőíves vizsgálatok rendszeresen – 4 évenként – ismétlődő, időben és nemzetközileg összehasonlítható adatokat gyűjtenek a 8–10. évfolyamos fiatalok fogyasztási szokásairól, így lehetővé teszik azok változásának követését és az európai trendek feltérképezését.

Az országos felméréseken kívül számos – az egészségmagatartás különböző elemeit (pl. táplálkozási szokások, testmozgás, szexuális magatartás, rizikómagatartás) érintő – megyei, városi felmérést is végeztek hazánkban a különböző iskolatípusokban és évfolyamokon tanulók körében.

Valamennyi vizsgálatban kutatták az *egészségmagatartás elemeit befolyásoló háttértényezőket* is. Például a HBSC-kutatás keretében ilyen volt: a demográfia (nem, életkor, lakóhely), a család (szerkezet, kapcsolatok, nevelési, fegyelmezési stílus), a kortársak (barátok, kapcsolatok, bántalmazás), az iskola (iskolához, iskolatársakhoz, tanárokhoz fűződő kapcsolat, szabályok, légkör), a szociális egyenlőtlenségek (család szubjektív és objektív szocioökonómiai helyzete), a biológiai fejlődés (pubertás) (Németh, 2007).

Az *egészségmagatartás- és életmódmérések gyakran egészülnek ki az egészségtudás (ismeretek) felméréssel*. A felmérések eredményei egyértelműen képesek jelezni az egészségmagatartási problémákat, azok okait, és irányt mutathatnak az iskolai egészségnevelés, egészségfejlesztés feladatainak kijelölésében.

Az egészségműveltség mérése

Az egészségműveltség mérésére hazánkban ez ideig még nem történt próbálkozás. Az írásbeli műveltséget (*print literacy*) egészségkontextusban mérő eszközöket az 1990-es években kezdték kifejleszteni külföldön. Két gyakran használt mérőeszköz, amelyet részletesen leírtak: (1) a *Rapid Estimate of Adult Literacy of Medicine (REALM; Davis és mtsai., 1993)* és (2) a *Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA; Parker és mtsai., 1995)* (idézi *Nielsen-Bohlman és mtsai., 2004, 47. o.*). A jelenleg elérhető, uralkodóan angol nyelvű egészségműveltség-értékelési eszközökről (pl. *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine, REALM [2006]*) megállapították (pl. *Protherore és mtsai., 2009*), hogy nem felelnek meg a finomított, kiegészített egészségdefinícióknak minden szempontból, vagyis egyik sem tekinthető ideális eszköznek. A szakemberek szükségesnek látják a jelenlegi egészségműveltség-értékelési eszközök módosítását vagy új eszközök kifejlesztését, amelyek reflektálnak az egészségműveltség-definíciók felülvizsgálatára (lásd pl. *Kickbusch, McQueen és mtsai., 2007*) és az azokat támogató fogalmi modellekre. A kutatók jelezték az egészségműveltség-értékelési eszközök további finomításának szükségességét a diverz populációkban való használat céljából. Erre jó példa az egészségmagatartás egyik összetevőjét mérő kérdőív, az *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)*. Ezt a fizikai aktivitást mérő kérdőívet 18–65 évesek körében alkalmazták, több rövid és hosszú verzióját is kifejlesztették (a rövid verzióknak kidolgozták a telefonos változatát is), és sok országban kipróbálták. A funkcionális (angol) műveltséget (16 éves és idősebb) amerikai felnőttek körében (1992-ben és 2003-ban) mérő *National Assessment of Adult Literacy (NAAL)* (2005) mérőeszköznek is van egészségműveltség-komponense, amely 3 típusú (klinikai, megelőző és navigáció) feladattal tudja elkülöníteni az alanyok egészségműveltségi teljesítményét.

Számos egészségműveltség-tesztet fejlesztettek ki a kutatók, de egy praktikus 3 perces mérés kiegészítheti ezeket az orvosi rendelőknél. Ilyen pl. az „*Ask Me 3*” (2003) program, melynek kérdései: (1) Mi a fő problémám? (2) Mit kell tennem? (3) Miért fontos számomra, hogy ezt megtegyem?

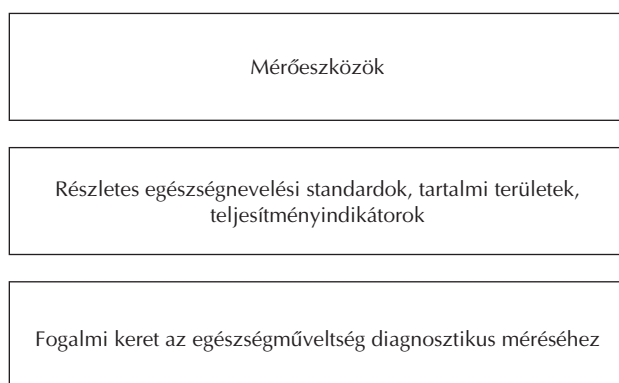
A jelenlegi mérőeszközök nem tudnak különbséget tenni az alábbiak között: (1) olvasásképeség, (2) háttértudás hiánya az egészséggel kapcsolatos területeken, mint pl. a biológia, (3) az anyagok nyelve és típusai ismerőségének hiánya és (4) kulturális különbségek az egészség és az egészségmegőrzés megközelíté-

sében. Továbbá nincsenek forgalomban olyan egészségműveltség-mérő eszközök, amelyek tartalmaznak szóbeli kommunikációs készségeket vagy íráskészségeket, és nem mérik az egyénektől elvárt egészségműveltségi követelményeket különböző kontextusokban (Nielsen-Bohlman és mtsai., 2004, 51. o.).

Az egészségműveltség diagnosztikus mérésének feltételei iskolai kontextusban

Iskolai körülmények között lehetséges az *alpműveltség (basic literacy)* és a *funkcionális írásbeli műveltség (print literacy)* értékelése. Az oktatási mérőeszközök általában formatív és szummatív komponenseket foglalnak magukban (Nielsen-Bohlman és mtsai., 2004, 152. o.).

Az egészségműveltség diagnosztikus méréséhez először szükséges egy fogalmi/értelmezési keret kidolgozása. Ezt követheti az erre épülő egészségnevelési standardok tartalmi területek szerinti részletes leírása, a követelmények teljesítését jelző teljesítményindikátorok (specifikus fogalmak és készségek sorozata) meghatározása. A felsoroltakra építve elkészíthető a mérendő terület összetevőit lefedő, az azokat befolyásoló tényezőket (életkor, kultúra stb.) is figyelembe vevő mérőeszközrendszer (6.3. ábra).

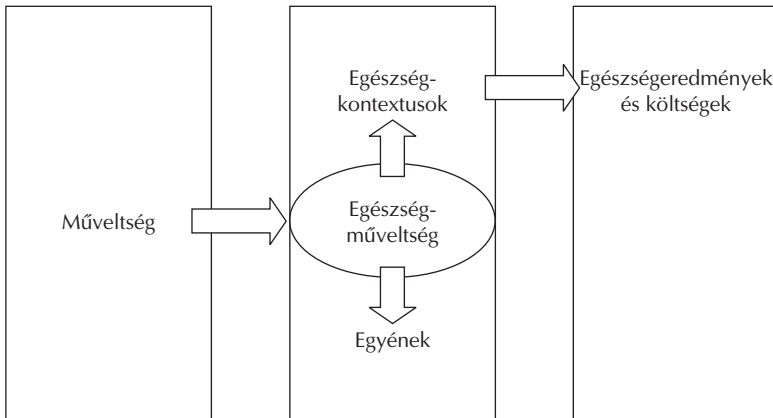


6.3. ábra. Az egészségműveltség diagnosztikus mérésének feltételei

Az egészségműveltség mérésének egy lehetséges fogalmi kerete

A következőkben az amerikai példán keresztül mutatjuk meg, hogyan mérhető az egészségműveltség iskolai kontextusban. Az alaposan kidolgozott külföldi rendszer egyik lehetséges kiindulópontja lehet a hazai diagnosztikus mérések kidolgozásának.

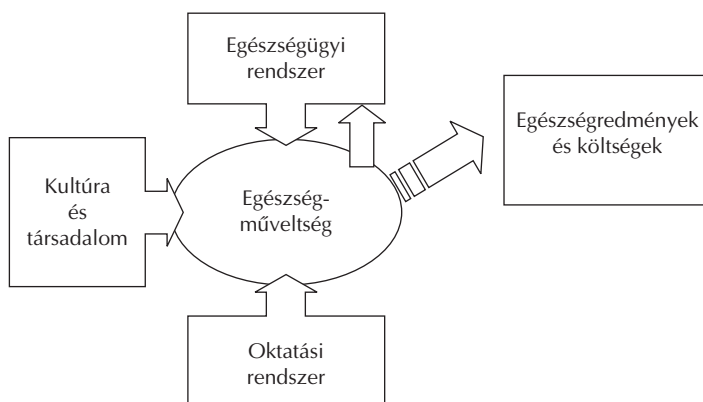
A következő ábrák az egészségműveltség méréséhez készített szemléletes fogalmi keretet mutatják be. A 6.4. ábra úgy helyezi el a műveltséget, mint az egészségműveltség alapját, az egészségműveltséget pedig mint aktív közvetítőt az egyének és az egészségkontextusok között. Az egyének specifikus faktorok készletét hozzák az egészségkontextusokhoz. Ilyenek a kognitív képességek, a szociális készségek, az emocionális állapot, a fizikai feltételek (pl. látási, hallási érzékelés). A műveltség szolgáltatja azokat a készségeket, amelyek alkalmassá teszik az egyedeket az egészséginformációk megértésére, kommunikálására és a kapcsolatok kialakítására. A műveltség úgy definiálható, mint az olvasás, írás, matematikai alapok, beszéd és beszédértési készségek készlete (Kirsch, 2001). Az egészségműveltség hidat képez a műveltség és más készségek, valamint az egyének képességei és az egészségkontextusok között (Nielsen-Bohlman és mtsai., 2004, 32. o.)



6.4. ábra. Az egészségműveltség vizsgálatának lehetséges fogalmi kerete (Nielsen-Bohlman és mtsai., 2004, 33. o.)

A 6.5. ábra bemutatja azt a három szektort, amely feltételezhetően felelős az egészségműveltségért, és azt, hogy ezeken belül mely egészségműveltség-készségek építhetők ki. Az egészségműveltség kontextusait alkotó szektorok: (1) kultúra és társadalom, (2) egészségügyi rendszer és (3) oktatási rendszer. Ezek a szektorok beavatkozási pontok is egyben, amelyek kihívásokat és lehetőségeket biztosítanak az egészségműveltség fejlesztésére. Az ábra bemutatja az egyének kapcsolatát az oktatási rendszerrel és a szociális faktorokkal az egészségműveltségre vonatkozóan. Ez nem egy kauzális mo-

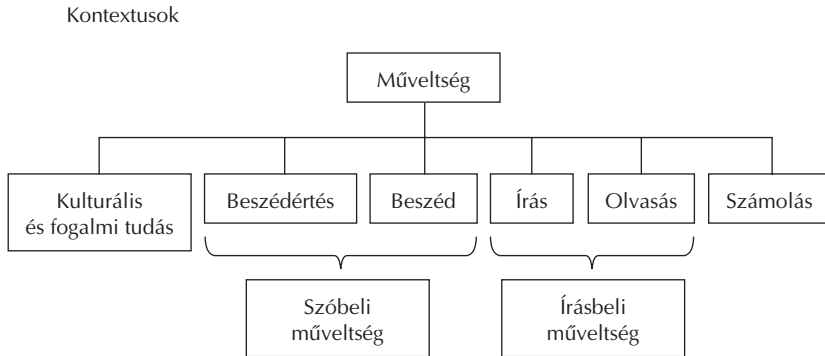
dell! Bár az ok-okozati összefüggés a korlátozott egészségműveltség és az egészségeredmények között még nem bizonyított, a vizsgálatok eredményei azt sugallják, hogy kauzális a kapcsolat. A kultúra elsősorban azokra az elképzelésekre, jelentésekre és értékekre vonatkozik, amelyeket az egyének mint a társadalom tagjai elsajátítanak. A kulturális, társadalmi és családi hatások kritikusan fontosak az attitűdök és a hitek (meggyőződések) formálásában. A nevelés és az egészségeredmények közötti kapcsolatok erősen bizonyítottak (Nielsen-Bohlman és mtsai., 2004, 32–35. o.).



6.5. ábra. Lehetséges beavatkozási pontok az egészségműveltség fejlesztésére (Nielsen-Bohlman és mtsai., 2004, 34. o.)

Mint láttuk, az egészségműveltséget igen különbözően definiálják. A 6.6. ábráról leolvashatók azok az egészségműveltség-összetevők, amelyek közvetlenül kapcsolódnak a műveltség általános fogalmához. A műveltség elhelyezhető többszörös egészségkontextusban. Ebben az esetben magában foglalja a kulturális és fogalmi tudást, azon belül az egészség és a betegség megértését, a veszélyek/kockázatok és az előnyök meghatározását. Továbbá a beszédértési és beszédkézségeket, amelyek nélkülözhetetlenek az egészségkommunikációban, az orvos-beteg interakciókban. Az írásbeli műveltség (print literacy) szükséges a könyvek, a bolti termékek feliratain található szavak elolvasásához. A számolási készségek szükségesek a táplálékok kalóriájának kiszámításához, a lázméréshez, az orvosok megfelelő mennyiségének kiméréséhez. Ez a modell az egészségkontextusokat az egészségre vonatkozó számos szituációként és tevékeny-

séggként használja. Az egyének egészségműveltségének szintje (komplex készségeinek készlete) az egyén egészséggel kapcsolatos magatartása, az oktatási rendszer és a kulturális és társadalmi kontextus interakciójának eredménye (Nielsen-Bohlman és mtsai., 2004, 37–38. o.).



6.6. ábra. A műveltség összetevői (Nielsen-Bohlman és mtsai., 2004, 38. o.)

Nemzeti egészségnevelési standardok, teljesítményindikátorok

A nemzeti egészségnevelési standardok szerepe, hogy leírják az elvárásokat arra vonatkozóan, hogy a tanulóknak mit kell tudniuk, mire kell képesnek lenniük a különböző iskolaszakaszok/évfolyamok végén a személyes, családi és közösségi egészség elősegítéséhez. Megjelenítik kötelezettségeinket a minőségi egészségnevelés elősegítésében minden gyermek számára. A standardok keretet adnak a tantervek fejlesztéséhez, kiválasztásához, a tanításhoz és a tanulók méréséhez az egészségnevelés területén. Lehetővé teszi a tanulók előrehaladásának megállapítását a különböző tartalmi/tantervi területeken a tanulók, a tanárok és a szülők számára egyaránt. A tanulók teljesítményét elhelyezhetjük egy skálán, így követhető a fejlődésük, és meghatározhatók a fejlesztés feladatai. A szintek lehetnek például: (1) kibontakozó (emerging), (2) fejlődő (developing), (3) megszerzett/teljesen megfelelő (acquired), (4) befejezett/kiváló, gyakorlott (accomplished) (lásd *British Columbia [BC] Ministry of Education: Levels of Student Performans, é.n.b.*).

A különböző országok nemzeti egészségnevelési standardjai a tanulók által elsajátítandó egészségműveltség valamennyi elemére kiterjednek, és közel azonos tartalmi területeket érintenek.

Az áttekintett külföldi minták (pl. *EED-Alaska Content Standards*, 2008; *Alaska Department of Education & Early Development Skills for a Healthy life*, 2008; *Health Education Content Standards for California Public Schools. Kindergarten Through Grade Twelve*, 2008; *Health Information Technology: Initial Set of Standards, Implementation Specifications, and Certification Criteria for Electronic Health Record Technology*, 2009; *Ontario Public Health Standards*, 2008; *National Health Education Standards [NHES]*, 2007; *North Dakota Standards and Benchmarks. Content Standards. Health*, 2000; *Science Framework for the 2009. NAEP*) alapján a különböző tartalmi területeken „átívelő” standardok (7±2 db) általános felépítésére az alábbi szerkezet jellemző.

- *Állítás/követelmény*: 1 db állító mondat arra vonatkozóan, mit tudjon, mire legyen képes a tanuló.
- *Értelmezés/magyarázat*: a követelmény pár mondatos leírása, kifejtése.
- *Teljesítményindikátorok szakaszhatárok/évfolyamok szerint*: 7±2, általában maximum 10 db konkrét, kézzel fogható, ellenőrizhető követelmény; az egymondatos állítás kibontása olyan formában, hogy az a mérés során ellenőrizhető, értékelhető legyen.
- *Példák specifikus tudásra*: tények, szókincs, alapelvek, általánosítások, összefüggések, fogalmak, folyamatok lépései, stratégiák vagy folyamatok, amelyek leírják a specifikus információt vagy készségeket, amelyeket a tanulók elsajátítanak egy standarddal való találkozáskor.
- *Példák tevékenységekre*: tanítási/tanulási tevékenységek, amelyek lehetővé teszik, hogy a tanulók elsajátítsák a standardokban és az indikátorokban leírt tudást és készségeket.

Az utóbbi két szerkezeti elem nem mindegyik nemzeti standard esetében jellemző, pedig igen hasznosak, mert explicitté teszik a tanárok számára az egészségnevelési feladatokat.

Az ún. „átívelő” *standardok* leírják a lényeges fogalmakat és készségeket, amelyeket különböző egészség tartalmi területek kontextusán belül tanítanak. Valamennyi készség tanult, és specifikus tartalmi területen és magatartásban kerül alkalmazásra. A standardok és indikátorok általában lefedik az egészség hat dimenzióját (fizikai, mentális, emocionális, szociális, lelki, intellektuális), és útmutatást adnak azok fejlesztéséhez az egészségnevelés-tanterv területein. Az információ/elképzelés (pl. tények, részletek, szókincs, alapelvek, általánosítások és fogalmak) standardokat a „tudja/ismerje” (know) vagy „értse” (understand) szavak, míg a készség/folyamat típusú

tudást általában a „tudja, hogyan” (know how to) vagy a „demonstrálja a képességét arra...” (demonstrate the ability to...) kifejezések jelzik a standardok elején. Az egészségnevelési standardok leggyakrabban az alábbi *hat egészségtartalom-területbe* szerveződnek:

1. táplálkozás és fizikai aktivitás,
2. növekedés, fejlődés és szexuális egészség,
3. baleset-megelőzés és biztonság,
4. alkohol, dohány és más drogok,
5. mentális, emocionális és szociális egészség,
6. személyes és közösségi egészség.

Az alábbiakban az amerikai nemzeti egészségnevelési standardokat (*National Health Education Standards, NHES, 2007*) és a kaliforniai iskolák egészségnevelési standardjait (*Health Education Content Standards for California Public Schools. Kindergarten Through Grade Twelve, 2008*) bemutatva illusztráljuk a fent leírtakat. Az *amerikai nemzeti standardok listája* (6.7. ábra) után az *1. standard példáján* (6.8. ábra) mutatjuk be a standardok szerkezetét és azt, hogyan bővülnek, egészülnek ki, változnak az életkor előrehaladtával a tanulóktól elvárt tudáselemek és teljesítmények. Azt is nyomon követhetjük, hogyan valósítható meg a központi érvényességű nemzeti standardok területi/helyi/iskolai igényekhez való adaptálása, pontosítása, részletezése (6.2. táblázat). Megfigyelhetjük továbbá, hogy a fókusz az egészségnevelési standardokban a készségek tanításán van, amelyek képessé teszik a tanulókat arra, hogy az egészséges viselkedést válasszák, és elkerüljék a nagy rizikóval járó viselkedéseket.

A nyolc átívelő egészségnevelési standard leírja a lényeges fogalmakat és készségeket, amelyeket a kaliforniai állami iskolákban hat egészségtartalmi terület kontextusán belül tanítanak. Az egészségnevelési standardok képviselik a minimumkövetelményeket a komprehenzív/átfogó iskolai egészségnevelés számára. Nem minden egészségtartalmi terület szerepel minden évfolyamon (6.3. táblázat), és a helyi egészségprioritásoktól függően további tartalmi területek építhetők be a különböző évfolyamokra. A 6.9. ábra az 1. évfolyamon tanított tartalmi területeken mutatja be az 1. standard követelményeit.

Az egészségnevelési standardok útmutatót adnak az egészségnevelés-tantervek kifejlesztéséhez, azonosítják, mit kell tudni és mire kell képesnek lenni minden tanulónak az egyes iskolaszakasz-határokon/évfolyamokon. A döntést arról, hogyan a legjobb tanítani a standardokat, a tanárookra, iskolákra bízák.

1. A tanulók értsék meg az egészség támogatásához és a betegség megelőzéséhez kapcsolódó fogalmakat az egészség növeléséhez.
2. A tanulók elemezzék a család, a társak, a kultúra, a média, a technológia és más faktorok egészségmagatartásra gyakorolt hatását.
3. A tanulók mutassák be, hogy képesek hiteles információk, termékek és szolgáltatások megszerzésére az egészség növeléséhez.
4. A tanulók mutassák be, hogy képesek használni interperszonális kommunikációs készségeiket az egészség növelésére és az egészségkockázat csökkentésére.
5. A tanulók mutassák be, hogy képesek döntéshozó készségeiket használni az egészség növeléséhez.
6. A tanulók mutassák be, hogy képesek használni a célkijelölési készségeiket az egészség növelésére.
7. A tanulók mutassák be, hogy képesek az egészségnövelő viselkedések gyakorlására és az egészségkockázatok elkerülésére vagy csökkentésére.
8. A tanulók mutassák be, hogy képesek támogatni a személyes, családi és közösségi egészséget.

6.7. ábra. Az „átívelő” amerikai nemzeti egészségnevelési standardok listája
(National Health Education Standards, NHES, 2007)

1. Standard

A tanulók értsék meg az egészség támogatásához és a betegség megelőzéséhez kapcsolódó fogalmakat az egészség növeléséhez.

Értelmezés: Az alapvető egészségfogalmak és a funkcionális egészségtudás elsajátítása, az alapok kifejtése az egészségnövelő viselkedés elősegítéséhez a fiatalok körében. Ez a standard magában foglalja azokat a lényeges fogalmakat, amelyek megalapozzák az egészségmagatartás alapelveit és modelljeit. A fogalmakat, amelyek az egészség elősegítésére és a veszélyek csökkentésére vonatkoznak, a teljesítményindikátorok foglalják magukban.

Teljesítményindikátorok

Óvoda – 2. évfolyam

- 1.2.1. Ismerje fel, hogy az egészséges magatartás befolyásolja a személyes egészséget.
- 1.2.2. Fogadja el, hogy az egészségnek sok dimenziója van.
- 1.2.3. Írja le a fertőző betegségek megelőzésének módjait.
- 1.2.4. Sorolja fel a gyakori gyermekkori sérülések megelőzésének útjait.
- 1.2.5. Írja le, miért fontos törekedni az egészség megóvására.

3–5. évfolyam

- 1.5.1. Írja le az összefüggést az egészséges magatartás és a személyes egészség között.
- 1.5.2. Azonosítsa az emocionális, intellektuális, fizikai és szociális egészség példáit.
- 1.5.3. Írja le a módokat, ahogyan a biztonságos és egészséges iskola és a szociális környezet elősegítheti a személyes egészséget.
- 1.5.4. Írja le a gyakori gyermekkori sérülések és egészségügyi problémák megelőzésének útjait.
- 1.5.5. Írja le, mikor fontos törekedni az egészség megóvására.

6.8. ábra. Példa az átívelő amerikai egészségnevelési standardok felépítésére – az 1. standard részletes leírása az óvodától az 5. évfolyamig
(National Health Education Standards, NHES, 2007)

6.2. táblázat. Egészségnevelési tartalmi standardok a kaliforniai állami iskolák részére (*Health Education Content Standards for California Public Schools. Kindergarten Through Grade Twelve, 2008*)

Standardelemek	Tartalmi területek
1. Nélkülözhetetlen egészségfogalmak	1. Táplálkozás és fizikai aktivitás
2. Egészséget befolyásoló hatások elemzése	2. Növekedés, fejlődés és szexuális egészség
3. Valid egészséginformációk elérése	3. Baleset-megelőzés és biztonság
4. Interperszonális kommunikáció	4. Alkohol, dohány és más drogok
5. Döntéshozás	5. Mentális, emocionális és szociális egészség
6. Célkijelölés	6. Személyes és közösségi egészség
7. Egészségnövelő viselkedések gyakorlása	
8. Egészségtámogatás	

6.3. táblázat. Egészségnevelési tartalomterületek a különböző évfolyamokon az állami kaliforniai iskolákban (*Health Education Content Standards for California Public Schools. Kindergarten Through Grade Twelve, 2008*)

Évfolyam	Táplálkozás és fizikai aktivitás	Növekedés, fejlődés és szexuális egészség		Baleset-megelőzés és biztonság	Alkohol, dohány és más drogok	Mentális, emocionális és szociális egészség	Személyes és közösségi egészség
		Növekedés és fejlődés	Szexuális egészség				
Óvoda	✓	✓		✓	✓	✓	✓
1. évfolyam		✓		✓			✓
2. évfolyam	✓				✓	✓	
3. évfolyam		✓				✓	✓
4. évfolyam	✓			✓	✓		
5. évfolyam	✓	✓	✓				✓
6. évfolyam				✓	✓	✓	
7–8. évfolyam	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9–12. évfolyam	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

1. évfolyam

2) Növekedés és fejlődés

1. Standard: Lényeges fogalmak

- 1.1. Írja le, hogyan növekednek és érnek az élőlények.
- 1.2. Azonosítsa a test főbb belső és külső részeinek anatómiai nevét.
- 1.3. Azonosítsa az egészséges növekedést és fejlődést elősegítő viselkedések bő választékát.
- 1.4. Írja le, hogy egy család tagjai változatos/többféle szereppel, felelősséggel és egyéni szükségletekkel rendelkeznek.

3) Baleset-megelőzés és biztonság

1. Standard: Lényeges fogalmak

- 1.1. Írja le a biztonságos és nem biztonságos helyek jellemzőit.
- 1.2. Azonosítsa a termékek feliratait/címkéit, amelyek elővigyázatosságról és veszélyekről adnak információt.
- 1.3. Vitassa meg az alapbiztonságra vonatkozó jelzőtáblák, szimbólumok és figyelmeztető feliratok jelentését.
- 1.4. Azonosítsa a biztonsági kockázatokat otthon, az iskolában és a közösségben.
- 1.5. Azonosítsa a balesetek kockázata csökkentésének módjait otthon, az iskolában és a közösségben.
- 1.6. Magyarálja meg annak fontosságát, hogy szólni kell egy felnőttnek, ha valaki veszélyben van, vagy dulakodásba keveredik.
- 1.7. Különböztesse meg a megfelelő és nem megfelelő érintkezést.
- 1.8. Magyarítja meg, miért a hátsó ülés a legbiztonságosabb hely a fiatalok számára, amikor egy klímával felszerelt járművön utazunk.
- 1.9. Határozza meg és magyarítja a fegyverek veszélyességét, és annak fontosságát, hogy elmondja egy megbízható felnőttnek, ha látja vagy hall arról, hogy valakinek fegyvere van.
- 1.10. Azonosítsa a balesetek kockázatcsökkentésének módjait, mialatt gépkocsiban vagy buszban utazik (pl. biztonsági öv viselése).
- 1.11. Demonstrálja a nehéz háti csomagok, könyvcsomagok kezelésének helyes technikáit felemeléskor és szállításkor.
- 1.12. Határozzon meg egyszerű konfliktusfeloldó technikákat.
- 1.13. Azonosítson elutasító készségeket a személyes biztonságot érintő szituációkban (pl. használja a „nem” kijelentést, sétáljon vagy fusson messzire, a dolog kicserélése, halasztása).

6) Személyes és közösségi egészség

1. Standard: Lényeges fogalmak

- 1.1. Magyarítja a hatékony fog- és személyes higiéné gyakorlatok/szokások fontosságát.
- 1.2. Azonosítsa a biztonságos napozás jelentőségét.
- 1.3. Vitassa meg a baktériumok átvitele jelentőségének fontosságát.
- 1.4. Azonosítsa a fertőző betegségek átadása megelőzésének módjait.
- 1.5. Írja le néhány gyakori egészségügyi probléma és betegség tüneteit, magában foglalva a krónikus betegségeket (pl. asztma, allergiák, cukorbetegség, influenza).
- 1.6. Magyarítja a különbséget a fertőző és a nem fertőző betegségek között.
- 1.7. Vitassa meg, hogyan befolyásolja az egyéni viselkedés a környezetet és a közösséget.
- 1.8. Azonosítsa az anyagokat, amelyek csökkenthetők, újból felhasználhatók vagy körforgást végeznek.
- 1.9. Azonosítsa a vészhelyzeteket (pl. balesetek, erőszakoskodások, tüzek, áradások, földrengések).

6.9. ábra. Példa az amerikai egészségnevelési standardok tartományi alkal-

mazására a kaliforniai iskolák részére (*Health Education Content Standards for California Public Schools. Kindergarten Through Grade Twelve, 2008*)

Összegzés, a továbblépés lehetőségei

Az egészségműveltség, egészségmagatartás az a terület, amely az elmúlt néhány évben sok országban kitüntetett figyelmet kapott a politikában és a kutatás területén egyaránt. Mint a műveltség más formái, az egészséginformáció megközelítésére, megértésére, felbecsülésére és kommunikálására való készségek is legjobban az iskoláztatás éve alatt fejlődnek. A fejlődés szempontjából különösen meghatározó az iskoláztatás kezdő szakasza. Az egészségnevelés-tantervek ajánlanak egy megközelítést az egészségműveltség és egészségmagatartás fejlesztésére, de még kevésbé ismert ennek hatása a tanulókra (*Wharf Higgins és mtsai., 2009*).

Az iskolai egészségnevelés-beavatkozások növelhetik az egészségműveltséget és hathatnak az egészségmagatartásra. A tanulók egészségműveltségi szintjében bekövetkező változás (növekedés) növelheti érdeklődésüket az egészségterület iránt, könnyebben megérthetik az egészségtananyagokat, és motiváltakká válhatnak arra, hogy egészségük fenntartása érdekében azt csinálják, amit tanultak. Természetesen az iskolán kívül számos más szociális és környezeti faktor is determinálja az egészség megértését, a műveltséget és a magatartást.

A természettudományos nevelés nyilvánvaló lehetőséget nyújt az egészségműveltség oktatási/nevelési programok és tartalmak megvalósításához. Ezt segítheti a természettudományos neveléshez kapcsolódó tanterv és egészségműveltség-program (*Nielsen-Bohlman és mtsai., 2004, 146. o.*).

Figyelembe kell venni, hogy a kulturális egészségmeggyőződések hatásával vannak arra, hogyan gondolkodnak az emberek egészségükről és egészségügyi problémáikról, mikor és kitől kérnek egészségvédelmet, és hogyan válaszolnak az életstílus-változtatási javaslatokra, egészségmegőrző beavatkozásokra és a kezelés betartására. A kulturális, szociális és családi hatások alakítják ki az attitűdöket és meggyőződéseket és következésképpen befolyásolják az egészségműveltséget (*Nielsen-Bohlman és mtsai., 2004, 109. o.*).

Az egészségműveltség mérésének iskolai kontextusban több nehézsége is van: (1) fogalmi keretek kidolgozása, illesztése a fogalmak definícióihoz,

modelljeihez; (2) az egészségnevelési standardok illesztése a központi tantervekhez, vizsgakövetelményekhez; (3) a követelmények teljesítését jelző indikátorok megválasztása; (4) a mérendő terület sokrétűsége nehezé teszi a mérés módszereinek, eszközeinek megválasztását, kifejlesztését.

A külföldi országok elől járnak hazánkhoz képest az egészségműveltség, egészségmagatartás fejlesztésében és a fejlődés diagnosztizálásában, mérésében iskolai kontextusban (lásd pl. *British Columbia [BC] Ministry of Education: Classroom Assessment and Student Reporting, é.n.c*; *British Columbia [BC] Ministry of Education: Levels of Student Performans, é.n.b*; *Kickbusch, 2007*; *Washington Classroom-Based Assessment [CBA]*). A bemutatott külföldi minták adaptálhatók a hazai viszonyokra: az egészségműveltség, egészségmagatartás elemeit és központi tanterveink egészségterülettel kapcsolatos követelményeit, valamint a kétszintű érettségi vizsgák részletes követelményeit és a forgalomban lévő tankönyveket figyelembe véve kidolgozhatók az évfolyamokra lebontott egészségnevelési standardok, teljesítményindikátorok és az azokat lefedő, a teljesítmény értékelésére és a fejlődés követésére alkalmas mérőeszközök. Érdemes figyelembe venni a hatékony egészségnevelés-tantervek jellemzőit (lásd *Characteristics of an Effective Health Education Curriculum, 2008*) és ezek alapján korrigálni, kiegészíteni a meglévő központi tanterveinket is. Ezzel megtehetjük az első lépéseket a komprehenzív egészségfejlesztő programok kifejlesztésének irányába.

Az elméleti keretrendszer elkészítéséhez alapul szolgálhatnak még az egészségfejlesztés nemzetközi és nemzeti dokumentumai: pl. a *Nemzeti Egészségfejlesztési Stratégia*, a *Nemzeti Egészségfejlesztési Program*, azok elemzései (lásd pl. *Meleg, 2000a*; *Székely, 2000a, 2000b, 2000c*), a rájuk épülő, az egészség fejlesztését segítő *Módszertani füzetek* és nem utolsósorban az iskolai egészségnevelés feladatainak újrafogalmazásával, az egészségprogramok kidolgozásával foglalkozó írások (lásd pl. *Meleg, 1997, 1999, 2000b, 2002*; *Németh Miklósné, 2004*).

Irodalom

Abel, G., Plumridge, L. és Graham, P. (2002): Peers, networks or relationships: Strategies for understanding social dynamics as determinants of smoking behavior. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 9. 4. sz. 325–338.

- Ackard, D. M. és Neumark-Sztainer, D. (2001): Health care information sources for adolescents: Age and gender differences on use, concerns, and needs. *Journal of Adolescent Health*, **29**, 3. sz. 170–176.
- Ajzen, I. (1991): The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, **50**, 2. sz. 179–211.
- Ajzen, I. és Fishbein, M. (1980): *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Alaska Department of Education & Early Development Skills for a Healthy life (2008). Alaska Department of Education & Early Development, Alaska.
<http://www.eed.state.ak.us/tls/frameworks/health/chapter4.htm>. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- Ander Zoltán (1986): *Ember és egészség*. Dacia Könyvkiadó, Kolozsvár.
- Antonovszky, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Ask me 3. (2003): *Good Questions for Your Health*. <http://www.askme3.org/>.
- Aszmann Anna (szerk., 2003): *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Egészségügyi Világszervezet nemzetközi kutatásának keretében végzett magyar vizsgálat „Nemzeti jelentés” 2002*. Országos Gyermkegészségügyi Intézet, Budapest. www.hbsc.org. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy theory: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, **84**, 2. sz. 191–215.
- Bandura, A. (1986): *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Bandura, A. (1997): *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman, New York.
- Belloc, N. és Breslow, L. (1972): Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, **1**, 3. sz. 409–421.
- Bowling, A. (2002): *Research methods in health. Investigating health and health services*. Open University Press, Buckingham.
- Brey, R., Clark, S. és Wantz, M. (2007): Enhancing health literacy through accessing health information, products, and services: An exercise for children and adolescents. *Journal of School Health*, **77**, 9. sz. 640–647.
- British Columbia (é.n.a): Ministry of Education: Health Literacy. British Columbia. http://www.bced.gov.bc.ca/perf_stands/healthy_living/background/health_literacy.htm. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- British Columbia (é.n.b): Ministry of Education: Levels of Student Performans. British Columbia. http://www.bced.gov.bc.ca/perf_stands/healthy_living/background/levels_student_performance.htm. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- British Columbia (é.n.c): Ministry of Education: Classroom Assessment and Student Reporting. British Columbia. http://www.bced.gov.bc.ca/classroom_assessment/09_report_student_prog.pdf. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- Canadian Consensus Statement (2007): *Schools and communities, working in partnership to create and foster health-promoting schools*. *Comprehensive School Health*. www.safehealthyschools.org. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- Canadian Public Health Association (2008): *Priorities for Action. Outcomes from the National Symposium on Health Literacy*. Canadian Public Health Association, Ottawa.

- http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/priorities_e.pdf. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- Catford, J. (1983): Positive health indicators – towards a new information base for promotion. *Community Medicine*, **5**, 2. sz. 125–132.
- CDC's School Health Education Resources* (2007). National Health Education Standards (NHES). National Center for Chronic Disease Prevention and School Health. Atlanta. <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/SHER/standards/index.htm>. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- CDC's School Health Education Resources* (2008). Characteristics of an Effective Health Education Curriculum. National Center for Chronic Disease Prevention and School Health. Atlanta. <http://www.cdc.gov/healthyyouth/sher/characteristics/index.htm>. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- Cohall, A. T., Cohall, R., Dye, B., Dini, S., Vaughan, R. D. és Coats, S. (2007): Oveheard in the falls: What adolescents are saying, and what teachers are hearing, about health issues. *Journal of School Health*, **77**, 7. sz. 344–350.
- Constitution of the World Health Organization* (1948). WHO. New York.
- Csikszentmihályi Mihály (2010): *Flow – Az áramlat – A tökéletes élmény pszichológiája*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- DiCenso, A., Borthwick, V. W., Busca, C. A., Creatura, C., Holmes, J. A., Kalagian, W. F. és mtsai. (2001): Completing the picture: Adolescents talk about what's missing in sexual health services. *Canadian Journal of Public Health*, **92**, 1. sz. 35–38.
- Dzsakartai Nyilatkozat, 1997 (Egészségmegőrzés a XXI. században). In: Kishegyi Júlia és Makara Péter (szerk., 2004): *Egészségfejlesztési módszertani füzetek kiadványsorozat. Az egészségfejlesztés alapelvei (Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai)*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. <http://www.oefi.hu/alapelvek.pdf>.
- EED-Alaska Content Standards. Skills for a healthy life.* (2008). Alaska. <http://www.eed.state.ak.us/ContentStandards/lifeskills.html>. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- Elekes Zsuzsanna (2001): *A magyarországi középiskolások alkohol- és drogfogyasztása: [ESPAD: Európai Iskolai Felmérés az Alkohol- és Drogfogyasztásáról: 1995]*. Népjóléti Minisztérium, Budapest.
- Elekes Zsuzsanna (2007): *A budapesti 8–10. évfolyamon tanuló diákok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól*. Kutatási beszámoló. Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézet, Budapest. http://www.echosurvey.hu/_user/downloads/espada/espada07.Bp.pdf. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- Ewles, L. és Simnet, I. (1999): *Egészségfejlesztés. Gyakorlati útmutató*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest.
- Felvinczi Katalin (1998): Iskola-egészségügyi program. Tantárgyfejlesztési kísérlet. *Egészségnevelés*, **39**, 5–6. sz. 250–253.
- Fishbein, M. (1995): Developing effective behavior change interventions: Some lessons learned from behavioral research. In: Backer, T. E., David, S. L. és Soucy, G. (szerk.): *Reviewing the behavioral sciences knowledge base on technology transfer*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, Rockville. 246–261.

- Fishbein, M. (2000): The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care*, **12**, 3. sz. 273–278.
- Fishbein, M. és Ajzen, I. (1975): *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley, Readig.
- Fishbein, M., Cappella, J. N., Hornik, R., Sayeed, S., Yzer, M. C. és Ahern, R. K. (2002): The role of theory in developing effective anti-drug public service announcements. In: Crano, W. D. és Burgoon, M. (szerk.): *Mass media and drug preventions: Classic and coutemporary theories and research*. Erlbaum, Mahwah. 89–117.
- Fishbein, M. és Yzer, M. (2003): Using Theory to Design Effective Health Behavior Interventions. *Communication Theory*, **13**, 2. sz. 164–183.
- Fisher-Wilson, J. (2003): The crucial link between literacy and health. *Annals of Internal Medicine*, **139**, 10. sz. 875–878.
- Gazmararian, J., Curran, J., Parker, R., Bernhardt, J. és DeBuono, B. (2005): Public health literacy in America, an ethical imperative. *American Journal of Preventive Medicine*, **28**, 3. sz. 317–322.
- Graves, V. A. (2005): The unique health needs of young women: Application for occupational health professionals. *AAOHN Journal*, **53**, 7. sz. 320–327.
- Gochman, D. S. (1988): Health behavior: Plural perspectives. In: Gochman, D. S. (szerk.): *Health behavior. Emerging research perspectives*. Plenum Press, New York. 3–14. <http://books.google.hu/books?id=6bkgqiot7Q0C&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- Harris, D. M. és Guten, S. (1979): Health protecting behavior: An exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*, **20**, 1. sz. 17–29.
- Health Education Content Standards for California Public Schools. Kindergarten Through Grade Twelve* (2008). Adopted by the California State Board of Education, California. <http://www.cde.ca.gov/pe/pn>. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- Health Information Technology Initial Set of Standards, Implementation Specifications, and Certification Criteria for Electronic Health Record Technology* (2009). Department of Health & Human Services, h. n. <http://HealthIT.HHS.Gov/standardcertification>. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- Insel, P. és Roth, W. (2007): *Core Concepts in Health*. Brief Update. McGraw-Hill Humanities, New York.
- IPAQ (é. n.): International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). <http://www.ipaq.ki.se/>. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century* (1997). WHO, Jakarta.
- Janz, N. K. és Becker, N. H. (1984): The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, **11**, 1. sz. 1–47.
- Joint Committee on Health Education Terminology (1991): *Dictionary of Public Health Promotion and Education: terms and concepts*. <http://www.pakdata.net/ebooks/Public%20Health/dictionary-of-public-health-promotion-and-education-terms-and-concepts.9780787969196.33450.pdf>
- Kasl, S. V. és Cobb, S. (1966a): Health behavior, and sick-role behavior. 1. Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health*, **12**, 2. sz. 246–266.
- Kasl, S. V. és Cobb, S. (1966b): Health Behavior, illness behavior, and sick-role behavior. 2. Sick-role behavior. *Archives of Environmental Health*, **12**, 4. sz. 531–541.

- Kickbusch, I. (1997): Health-promoting environments: the next steps. *Australian and New Zealand Journal, of Public Health*, **21**. 4. sz. 431–434.
- Kickbusch, I. (2007): *From policy and practice to beyond. In health literacy: Concept, measurement and practice*. Canadian Council on Learning, Vancouver.
<http://www.ccl-cca.ca/NR/rdonlyres/ED97299E-46AF-429E-9EAE-55AE806ECD2D/0/HLKCSymposiumReport07.pdf>. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- Kickbusch, I., McQueen, D. és mtsai. (szerk., 2007): *Health and Modernity, Theoretical Foundations of Health Promotion*. Der Schweizerische, Springer.
- Kirsch, I. S. (2001): The framework used in developing and interpreting the International Adult Literacy Survey (IALS). *European Journal of Psychology of Education*, **16**. 3. sz. 335–361.
- Kolbe, L. J. (2005): A Framework for School Health Programs in the 21st Century. *Journal of School Health*, **75**. 6. sz. 226–228.
- Kósa Karolina (2006a): Az egészség és az egészséget meghatározó tényezők. In: Barabás Katalin (szerk.): *Egészségfejlesztés. Alapismeretek pedagógusok számára*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest. 13–17.
- Kósa Karolina (2006b): Lehetőségek a jó egészségi állapot megőrzésére. A megelőzés és az egészségfejlesztés. In: Barabás Katalin (szerk.): *Egészségfejlesztés. Alapismeretek pedagógusok számára*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest. 45–49.
- Kósa Karolina (2010): Van-e hazai közmegegyezés arról, hogy mi az egészségfejlesztés? *Népegészségügy*, **88**. 1 sz. 3–10.
- Landole, M. (1974): *A New Perspective on the Health of Canadians: A working document (Lalonde Report)*. Ottawa.
http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- Manganello, J. (2008): Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health Education Research*, **23**. 5. sz. 840–847.
- Matson-Koffman, D. M., Brownstein, J. N., Neiner, J. A. és Greaney, M. L. (2005): A site-specific literature review of policy and environmental interventions that promote physical activity and nutrition for cardiovascular health: what works? *American Journal of Health Promotion*, **19**. 3. sz. 167–193.
- Mechanic, D. (1972): Response factors in illness: The study of illness behavior. In: Jaco, E. G. (szerk.): *Patients, physicians and illness: A sourcebook in behavioral science and health*. Free Press, New York.
- Mechanic, D. (1978): *Medical sociology*. Free Press, New York.
- Meleg Csilla (1997): Életminőség: egészségmegőrzés és egészségfejlesztés. Egy lehetséges iskolai modell. *Új Pedagógiai Szemle*, **47**. 6. sz. 54–60.
- Meleg Csilla (1999): Az iskolarendszer és az oktatás szerepe az egészséggel kapcsolatos ismeretek közvetítésében. *Új Pedagógiai Szemle*, **49**. 4. sz. 64–74.
- Meleg Csilla (2000a): Reflexiók a Nemzeti Egészségfejlesztési Stratégiákhoz. *Egészségnevelés*, **41**. 5–6. sz. 173–176.
- Meleg Csilla (2000b): Az egészség értékrendszerünkben elfoglalt helye. *Egészségnevelés*, **29**. 4. sz. 155–159.
- Meleg Csilla (2002): Iskolai egészségnevelés: a feladat újrafogalmazása. *Magyar Pedagógia*, **102**. 1. sz. 11–29.

- Metcalf-Wilson, K. (2002): Confidentiality, communication and compliance: The three Cs of female adolescent care. *AWHONN. Lifelines*, **6**, 4. sz. 344–348.
- Modeste, N. N. és Tamayose, T. S. (szerk., 2002): *Dictionary of public health promotion and education. Terms and Concepts*. Jossey-Bass, San Francisco.
<http://www.pakdata.net/ebooks/Public%20Health/dictionary-of-public-health-promotion-and-education-terms-and-concepts.9780787969196.33450.pdf>. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- Naidoo, J. és Wills, J. (1999): *Gyakorlati alapok*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest.
- National Assessment Governing Board (2009): *Science Framework for the 2009. National Assessment of Educational Progress. (NAEP)* U.S. Department of Education, Washington. <http://www.nagb.org/publications/frameworks/science-09.pdf>. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- National Assessment of Adult Literacy (NAAL). A First Look at the Literacy of America's Adults in the 21st Century*. (2005). National Center for Education Statistics, U. S. Department of Education. <http://nces.ed.gov/NAAL/PDF/2006470.PDF>. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- Németh Ágnes (szerk., 2007): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2006. évi felmérésének Nemzeti jelentése*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest.
- Németh Miklósné (2004): Egészségnevelési program az iskolákban. *A Biológia Tanítása*, **12**, 4. sz. 3–11.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M. és Kinding, D. A. (szerk., 2004): *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. National Academic Press, Washington D. C.
- North Dakota Standards and Benchmarks. Content Standards. Health* (2000). North Dakota Department of Public Instruction. www.dpi.state.nd.us. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, **15**, 3. sz. 259–267.
- Ontario Public Health Standards* (2008). Ontario.
http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/pubhealth/oph_standards/ophs/progstds/pdfs/ophs_2008.pdf. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- Paksi Borbála és Demetrovics Zsolt (2011): *Drogprevenció és egészségfejlesztés az iskolában*. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Parsons, T. (1951): *The social system*. Free Press, Glencoe.
- Piaget, J. (1977): *The Grasp of Consciousness: Action and concept in the young child*. Routledge and Kegan Paul, London.
- Pikó Bettina (2005): *Lelki egészség a modern társadalomban*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pikó Bettina (2006): Az életmód elemei: a szabadidő és az egészségmagatartás. In: Barabás Katalin (szerk.): *Egészségfejlesztés. Alapismeretek pedagógusok számára*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest. 273–277.
- Protherore, J., Wallace, L. S., Rowlands, G. és DeVoe, J. E. (2009): Health literacy: setting an international collaborative research agenda. *BMC Family Practice*, **10**, 1. sz. 51–54.
<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/10/51>. 2010. szeptember 20-i megtekintés.

- Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)* (2006). American Society on Aging and American Society of Consultant Pharmacists Foundation.
http://www.adultmeducation.com/AssessmentTools_1.html. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- Ratzan, S. (2001): Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International*, **16**. 2. sz. 207–214.
- Rootman, I. és Gordon-El-Bihbety, D. (2008): *A Vision for a Health Literate Canada: Report of the Expert Panel on Health Literacy*. Canadian Public Health Association, Ottawa.
- Rosenstock, I. M. (1974): Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, **2**. 1–8.
- Rudd, R. E., Anderson, J. E., Oppenheimer, S. és Nath, C. (2007): *Health literacy: An Update of Medical and Public Health Literature*. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, Washington.
- Rudd, R. E., Moeykens, B. A. és Colton, T. C. (2000): Health and Literacy: A review of the medical and public health literature. In: Comings, J. P., Garner, B. és Smith, C. (szerk.): *Annual Review of Adult Learning and Literacy*. Jossey-Bass, San Francisco, 158–199.
http://www.ncsall.net/fileadmin/resources/ann_rev/rall_v7_ch6.pdf. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- Schillinger, D., Grymbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C. és mtsai. (2002): Association of health literacy with diabetes outcomes. *Journal of the American Medical Association*, **288**. 4. sz. 475–482.
- Schneider, M. és Stokols, D. (2009): Multilevel Theories of Behavior Change: A Social Ecological Framework. In: Shumaker, S. A., Ockene, J. K. és Riekert, K. A. (szerk.): *The Handbook of Health Behavior Change*. Springer, LLC, New York.
- Selber, S. A. (2004): *Multiliteracies for a Digital Rhetoric Age*. SWR Studies in Writing.
- Seedhouse, D. (1986): *Health: The foundations for achievement*. Wiley, Chichester West Sussex és New York.
- Senge, P. (1990): *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. Random House, London.
- Smith, B. (2004). Health literacy: A new perspective on an old problem. *Social Marketing Quarterly*, **10**. 3–4. sz. 69–72.
- Somers, C. L. és Surmann, A. T. (2005): Sources and timing of sex education: Relations with American adolescent sexual attitudes and behaviour. *Educational Review*, **57**. 1. sz. 37–54.
- Speros, C. (2005): Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, **50**. 6. sz. 633–640.
- St. Leger, L. (2001): Schools, health literacy and Possibilities and Challenges. *Health Promotion International*, **16**. 2. sz. 197–205.
- Suchman, E. A. (1972): Stages of illness and medical care. In: Jaco, E. G. (szerk.): *Patients, physicians and illness: A sourcebook in behavioral science and health*. Free Press, New York.
- Sz. n. (2004a): Sundsvalli nyilatkozat az egészséget támogató környezetről, 1991. In: Kishegyi Júlia és Makara Péter (szerk.): *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest.
<http://www.oefi.hu/alapelvek.pdf>. 2010. szeptember 20-i megtekintés.

- Sz. n. (2004b): Az ottawai egészségfejlesztési charta. In: Kishegyi Júlia és Makara Péter (szerk.): *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. 9–14.
- Syme, L. (2002): Promoting health, preventing disease. *Social Marketing Quarterly*, **8**, 64–66.
- Székely Lajos (2000a): Nemzeti Egészségfejlesztési Stratégia az egészségnevelő szemével I. rész. *Egészségnevelés*, **41**, 3. sz. 65–73.
- Székely Lajos (2000b): Nemzeti Egészségfejlesztési Stratégia az egészségnevelő szemével II. rész. *Egészségnevelés*, **41**, 4. sz. 113–123.
- Székely Lajos (2000c): Nemzeti Egészségfejlesztési Stratégia az egészségnevelő szemével III. rész. *Egészségnevelés*, **41**, 5–6. sz. 161–172.
- The Scottish Government (2005): Curriculum Framework for Adult Literacy and Numeracy in Scotland. Edinburgh.
<http://www.scotland.gov.uk/Topics/Education/Life-Long-Learning/17551/curriculumframework>. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- Von Sadowszky, V., Kleck Kover, C., Brown, C. és Armbruster, M. (2006): The need for sexual health information: Perceptions and desires of young adults. *MCN*, **31**, 6. sz. 373–379.
- Washington Classroom-Based Assessment (CBA)* (2009). OSPI, Washington.
<http://www.k12.wa.us/HealthFitness/CBAs/ElemCBAs09/ElemConceptsOfHealthAndFitness09.pdf>. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- Wharf Higgins, J., Begoray, D. és MacDonald, M. (2009): A Social Ecological Conceptual Framework for Understanding Adolescent Health Literacy in the Health Education Classroom. *Am J Community Psychol.*, **44**, 3–4. sz. 350–362.
- WHO (1986): *Ottawa Charter for Health Promotion*. World Health Organization, Ottawa.
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- WHO (1998): *Health Promotion Glossary*. WHO, Geneva.
http://pdf-ebooks.org/download.php?url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fhpr%2FNPH%2Fdocs%2Fhp_glossary_en.pdf. 2010. szeptember 20-i megtekintés.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A. és Greer, D. (2005): Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, **20**, 2. sz. 195–203.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A. és Greer, D. (2006): *Advancing health literacy: A framework for understanding and action*. Jossey-Bass, San Francisco.