

*„Gyümölcs?
A fa beváltja azt, amit a
virágával ígért”*



Tanulmányok
Benkő Zsuzsanna
60. születésnapjára

Tarkó Klára és Lippai László (szerk.)

**„GYÜMÖLCS? A FA BEVÁLTJA AZT, AMIT
VIRÁGÁVAL ÍGÉRT.”**

Tanulmányok Benkő Zsuzsanna 60.
születésnapjára

SZEGED

2013

Szerkesztette: Tarkó Klára és Lippai László
Lektorálta: Varga István, az SZTE JGYPK professor emeritusa

© Barabás Katalin, Csepeli György, Erdei Katalin, Füzesi Zsuzsanna,
Gyebnár Brigitta, Gaye Heathcote, Kapocsi Erzsébet, Kis Bernadett,
Lampek Kinga, Lippai László, Mátó Veronika, Nagy Edit, Pálmai Judit,
Pankucsi Márta, Peter Paulus, Tarkó Klára, Alf Trojan, Vokó Zoltán

ISBN 978-963-7356-94-0

Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar
Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet
Szeged, 2013

Tartalomjegyzék

Előszó.....	7
EGY MULTIDISZCIPLINÁRIS EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ MŰHELY MINDENNAPJAI	9
<i>Tarkó Klára</i> - Egészségfejlesztés továbbra is felsőfokon	13
AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ SZEMLÉLETMÓD ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA	37
<i>Lampek Kinga és Füzesi Zsuzsanna</i> - Az egészség fogalmának alakulása.....	41
<i>Alf Trojan</i> - Vernetzen und kooperieren in der Gesundheitsförderung: Konzeptionelle Grundlagen, Strukturen und praktische Erfahrungen	69
AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS TÁRSADALMI ASPEKTUSAI.....	131
<i>Gyebnár Brigitta és Vokó Zoltán</i> - A népegészségügyi programok múltja, jelene és várható jövője Magyarországon.....	135
<i>Gaye Heathcote</i> - Dilemmas in reconfiguring the National Health Service in Rural Wales (2013).....	158
<i>Pankucsi Márta</i> - Soul Brother - Lelkek testvéri hálózatai -.....	169
<i>Csepeli György</i> - A politikai rosszindulat hermeneutikája.....	198

EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS AZ OKTATÁSBAN	206
<i>Peter Paulus</i> - Schule, Gesundheit, Bildung – Neue Perspektiven für die schulische Gesundheitsförderung	210
<i>Mátó Veronika</i> - 6-10 éves roma és hasonló társadalmi helyzetű nem roma gyermekek egészségi állapota.....	237
<i>Pálmai Judit</i> - A felsőoktatás expanziója.....	257
<i>Barabás Katalin</i> - Egészségfejlesztés a felsőoktatásban.....	277
<i>Kis Bernadett</i> - A probléma-alapú tanulásban rejlő lehetőségek a felsőoktatásban.....	294
AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS ERKÖLCSI – ETIKAI VONATKOZÁSAI.....	290
<i>Nagy Edit</i> - Bevezető dilemmák etikátörténeti elemzésekhez	311
<i>Kapocsi Erzsébet</i> - A szolidaritás – elvű egészségügy és ennek erkölcsi - etikai vonatkozásai.....	348
A kötet szerzői.....	365

Előszó

*„Gyümölcs? A fa beváltja azt,
amit virágával ígért.”
(Hamvas Béla: Gyümölcsóra)*

Benkő Zsuzsanna meghonosította Magyarországon az egészségfejlesztés területén a rendszerszemléletű gondolkodásmódot. Mi, közeli munkatársak, évek óta tanuljuk és alkalmazzuk mindazt, amit ő a mindennapokban – látszólag – játszi könnyedséggel valósít meg. E tanulmánykötet szerkesztőiként úgy gondoltuk, hogy „Benkő tanárnő” munkásságának valódi értékeibe az adhat méltó betekintést, ha az általa is fontosnak gondolt rendszerszemléletű keretben, az egyes tudományok és szakmák autonómiáját tiszteletben tartva, ugyanakkor a közös nyelv kialakításának lehetőségét keresve gyűjtjük egybe tanártársainak, kollégáinak, pályatársainak, tanítványainak munkáit.

Benkő Zsuzsanna iskolateremtő munkásságának legfontosabb, mégis a legnehezebben megragadható eredménye talán éppen e közös nyelv, az *egészségfejlesztő szemléletmód* töretlen képviselője. Ez hatja át szak- és szakmaalapítási törekvéseit, oktatási módszereit, tudományos és tudományszervezői munkásságát, valamint szakmapolitikai törekvéseit is. Munkájának gyümölcse ezért nemcsak a nevével fémjelzett publikációk, szakmai projektek eredményeiben jelenik meg, hanem valahol abban is, hogy ma Magyarországon miként gondolkodunk az egészségről.

Ünnepi kötetünkben öt részegységbe csoportosítva adjuk közre szerzőink tanulmányait. Az *első részben* Tarkó Klára írása enged betekintést Benkő Zsuzsanna vezető oktatóként, kutatóként végzett rendkívül szerteágazó tevékenységébe. Nemcsak egy termékeny évtized eredményeibe kaphatunk bepillantást, hanem – ezen keresztül – a szegedi egészségfejlesztő iskola működésébe, céljaiba és értékeibe is.

A *második rész* az egészségfejlesztő szemléletmód alkalmazásának elméleti és módszertani lehetőségeit szemlélteti. *Lampek Kinga és Füzesi Zsuzsanna* tanulmánya az egészség fogalmának fejlődéséről, az egészség tudományok aktuális kérdéseiről nyújt mértékadó áttekintést. Az egészségfejlesztő szemléletmód gyakorlati alkalmazásának jelentőségét pedig *Alf Trojan* német nyelvű, nemzetközi mércével is hiánypótlónak számító fejezete mutatja be.

A kötetünk *harmadik részében* szereplő tanulmányok az egészségfejlesztés társadalmi aspektusait érintő aktuális kérdésekből nyújtanak ízelítőt. *Vokó Zoltán és Gyebnár Brigitta* tanulmánya a hazai népegészségügy és egészségfejlesztési politika prioritásait, hazai és nemzetközi intézményrendszerét mutatja be, valamint a közeljövő szakmai kihívásaiba és lehetőségeibe enged bepillantást. *Gaye Heathcote* angol nyelvű fejezete a Wales-ben zajló népegészségügyi és egészségfejlesztési programok dilemmáinak elemzésével jó alapot nyújt ahhoz, hogy a hazai programok kérdéseit nemzetközi aspektusból is elemezhessek.

A következő két tanulmány a társadalmi tényezők szerepét a lelki egészség oldaláról vizsgálja. *Pankucsi Márta* tanulmánya a hálózatok jelentőségét elemzi a lelki egészség megőrzésében. Bemutatja egyrészt a „közösségek rejtett hálózatának”, a mindennapi személyes kapcsolatok

hálójának sajátosságait, másrészt kiválóan összegzi azt, hogy a hálózatépítés, mint egészségfejlesztési módszer milyen lehetőségeket nyújtott eddig és nyújthat a jövőben is az egészségfejlesztő mentálhigiénikus szakemberek számára.

A mindennapok közérzetét egyre jobban befolyásolja a politika. A társadalmi szinten megnyilvánuló bizalmat és együttműködést megnehezítő – politika által generált – társadalmi folyamatok szociálpszichológiai mozgatórugóit és következményeit *Csepeli György* tárgyilagos és sokoldalú elemzése mutatja be.

A *negyedik rész* az oktatás társadalmi alrendszerének viszonylatából enged betekintést az egészségfejlesztő szemléletmód társadalmi jelentőségébe. Az iskolai egészségfejlesztés „jó gyakorlatának” európai viszonylatban is irányadó példáját *Peter Paulus* német nyelvű tanulmánya mutatja be. *Mátó Veronika* fejezete a 6-10 éves korú roma és nem roma gyermekek egészségi állapotát veti össze, melynek eredményei a differenciált iskolai egészségfejlesztés kialakításához szolgálnak hasznos empirikus adatokkal.

Kötetünkben a felsőoktatással foglalkozó tanulmányok is helyet kaptak. *Pálmai Judit* írása a hazai felsőoktatásban zajló változások társadalmi hatásainak és következményeinek bemutatására fókuszál. *Barabás Katalin* tanulmánya lehetőségeket vázol fel arra, hogy miként lehet az egyetem az egészségfejlesztés színtere. Munkájában kidolgozott elméleti keretbe ágyazottan, a gyakorlati megvalósítás lehetőségeit fejt ki. *Kis Bernadett* fejezete pedig az egészségfejlesztő szakemberek képzésében új lehetőségeket kínáló oktatási módszer - a probléma-alapú tanulás - alkalmazásának kulisszatitkaiba enged betekintést.

Az ünnepi tanulmánykötet utolsó fejezetében az egészségfejlesztő szakma, mint segítő foglalkozás, etikai alapjaival foglalkozó tanulmányok találhatóak. Az egészségfejlesztő szakma gyakorlatában is megjelenő, jelentőséggel bíró etikai dilemmákat az idő vonatkozásában gondolja újra *Nagy Edit*. Esszéje nemcsak az emberi lét és cselekvés kiemelt fontosságú etikai kérdéseinek kiváló összegzése, hanem előkészíti kötetünk záró tanulmányát is, *Kapocsi Erzsébet* írását, a szolidaritás eszméjének etikai dilemmáiról. Ez az esszé nemcsak a szolidaritás fogalmának etikai vetületeit mutatja be, hanem magában foglalja az egészségügyi rendszer működése során felmerülő, szolidaritással kapcsolatos esetek etikai /erkölcsi aspektusainak elemzését is.

Bízunk abban, hogy eklektikus kötetünkkel hitelesen tudjuk szemléltetni azt, hogy mit jelent rendszerszemléletű, multidiszciplináris szakmai hálózatban, egy egészségfejlesztő teamben dolgozni. Mi ezt tanuljuk Benkő Zsuzsannától, de az ő szerepét és jelentőségét nálunk jóval ékesszólóbban fejezik ki azok a személyes, meleg hangú szerzői ajánlások, melyek felvezetik az egyes írásokat. Szerkesztőkként, és a szegedi egészségfejlesztő műhely tagjaiként is, rendkívül megható volt számunkra az a közvetlen segítőkészség és önzetlen támogatás, amivel kötetünk szerzőinél találkoztunk. Ezúton és köszönjük, hogy munkájukkal segítették ünnepi kötetünk összeállítását!

Szeged, 2013. március 14.

Lippai László, Erdei Katalin és Tarkó Klára

**Egy multidiszciplináris egészségfejlesztő
műhely mindennapjai**

Egészségfejlesztés továbbra is felsőfokon

Tarkó Klára

Bevezetés

2003-ban jelent meg Benkő Zsuzsanna és Erdei Katalin kiadványa „Egészségfejlesztés felsőfokon” címmel, mely átfogó képet ad a Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Karán létrejött Alkalmazott Egészségtudományi Tanszék szakmai munkájáról, annak előzményeiről. A kiadvány közel 15 év történéseit foglalja össze 2003-ig bezárólag. Azóta tíz év telt el, a tanszék 2007. október 1.-ével intézetté vált, hazai és nemzetközi kapcsolatrendszere kibővült, kutatási és publikációs tevékenysége a többszörösére nőtt, oktatóinak száma, képzettsége, minősítettsége egyre erősebbé vált. E nagyfokú fejlődés megálmodója és mozgatórugója Benkő Zsuzsanna, az intézet vezetője, a jelen tanulmány az Ő állhatatos munkájának és egyben hatvanadik születésnapjának tiszteletére foglalja össze a tanszék, majd intézet elmúlt tíz évét.

1. Oktatás, képzés

1.1. Magyar nyelvű képzések

A munka változó világa nagyfokú rugalmasságot, a folyamatos váltásra, tanulásra való képességet igényel a munkavállalóktól és munkáltatóktól egyaránt. Előtérbe kerül az élethosszig tartó tanulás.

Kulcsfontosságú az egyes közoktatási és felsőoktatási rendszerek átláthatósága és átjárhatósága.

A fenti változások szolgálatában az Európai Felsőoktatási térség egyetemein és főiskoláin, az angolszász felsőoktatási rendszer példájára alapozva új folyamat indult útnak. Az 1993. LXXX. Kormányrendelet bevezette Magyarországon is a háromciklusú, lineáris felsőoktatást: 1. ciklus: Alapképzés – Bachelor képzés (BSc); 2. ciklus: Mesterszint – Master szint (MSc), 3. ciklus: Doktori fokozat (PhD). A kormányrendelet 2004. szeptember 1.-én lépett életbe. Az új rendszer szerinti első képzések 2006. szeptember 1.-étől indultak újukra, elindítva a hagyományos képzési struktúra felbomlását és a létező főiskolai és egyetemi szakok többségének fokozatos kivonulását.

Az Alkalmazott Egészségtudományi Tanszék a folyamat legelején megragadta az új irányzat adta lehetőségeket és 2004-ben már el is kezdődtek egy új bachelor képzés kialakításának munkálatai. Az új szak elképzelése a korábbi főiskolai szintű Egészségtan-tanár valamint a főiskolai szintű Rekreáció szak ötvözésén alapult. Mint minden kezdet, ez is nehéz volt: a két korábbi szak súlypontjainak, tantárgystruktúrájának, képzési és kimeneti követelményeinek harmonizációja, a megfelelő egyensúly kialakítása az egészség tudományi szakemberek, név szerint Benkő Zsuzsanna és a Sporttudományi szakemberek hosszú és nem minden konfliktustól mentes egyeztető tárgyalásainak eredménye. A végül sporttudományi képzési terület alá sorolt szak létesítésére irányuló kérelmet az alábbi 8 felsőoktatási intézmény közösen nyújtotta be 2005 tavaszán: Semmelweis Egyetem Testnevelési és Sporttudományi Kar, Pécsi Tudományegyetem TTK Testnevelési és Sporttudományi Intézet,

Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Szegedi Tudományegyetem JGYTFK, Eszterházy Károly Főiskola Testnevelési és Sporttudományi Intézet, Berzsényi Dániel Főiskola Testnevelési és Művészeti Kar, ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar Testnevelési és Sport Központ, és Nyíregyházi Főiskola TTFK Testnevelési és Sporttudományi Intézet.

Első körben *Rekreáció-, életmód- és egészségfejlesztés* lett a szak neve, *rekreációs szervező és egészségfejlesztő projektmenedzment, kommunikáció* szakirányokkal. A Szegedi Tudományegyetem 2005. május 31. dátummal nyújtotta be szakindítási kérelmét az Oktatási Miniszterhez. A Magyar Akkreditációs Bizottság 2005/8/III/2/189. számú határozatában foglalt támogató véleményezés alapján Magyar Bálint Oktatási Miniszter 2005. november 21.-én kiadta a szakindítási engedélyt. Bár a 15/2006. (IV. 3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről dokumentumban már *Rekreációs szervezés és egészségfejlesztés alapképzési szakként* szerepel, *rekreációs szervezés és egészségfejlesztés* szakirányokkal, a képzés 2006 szeptember 1.-el még a régi nevéen indult el „A” szakként és minor szakként egyaránt, majd pár hét után a mai végleges elnevezéssel folytatódott. 2007-ben a tanszék az egészségfejlesztés szakirányon három specializáció indítására kapott engedélyt, melyek az *életmód-tanácsadó*, a *táplálkozási tanácsadó* és a *szervezetfejlesztő projektkoordinátor* nevet viselik, végül a szakirányi kínálat 2008-ban a *kisebbségi egészségkoordinátor* szakiránnyal bővült. A teljes szak, valamint a rekreációs szervezés szakirány kivételével minden szakirány gazdája az Alkalmazott Egészségtudományi és

Egészségfejlesztési Intézet. A Rekreációs szervezés szakirány felelőse az SZTE JGYPK Testnevelési és Sporttudományi Intézete.

Az alapszak útra bocsátását és megszilárdítását követően elkezdődhettek a második szint munkálatai. Az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről kiadott 15/2006. (IV. 3.) OM rendeletben megjelent az ismét csak hosszas egészségfejlesztő és sporttudományi szakmai egyeztetések nyomán létrejött *Egészségfejlesztés-tanár szak* képzési és kimeneti követelményei, melynek alapján a tanszék kidolgozta, majd 2007 szeptemberében kérvényezte az Oktatási Minisztertől a tanári mesterszak indítását. A kérvényt a MAB 2007/10/XII/5/35. számú határozatának értelmében az Intézet átdolgozta és 2008 júniusában újra benyújtotta, majd az immár sikeresen megszerzett indítási engedély nyomán 2009. szeptember 1.-től a képzés elindult.

Az Alkalmazott Egészségtudományi Tanszék 1995-ös megalakulását megelőzően már 1993-ban megindult Benkő Zsuzsanna vezetésével az akkor még Juhász Gyula Tanárképző Főiskolán a két éves *Egészségfejlesztő mentálhigiénikus posztgraduális képzés* (szakirányú továbbképzési szak), melynek kurrikulumát a leendő tanszék munkatársai alakították ki hazai és nemzetközi tapasztalatok alapján. Ennek az elitképzésnek is nevezhető képzésnek a sikerességét jelzi az a tény, hogy országosan 11 további képzőhelyen is indultak kihelyezett tagozatai, egy országos egészségfejlesztő hálózatot kialakítva. 1999-től a 41/1999. (X.13.) OM rendelet értelmében a pedagógusoknak lehetősége nyílt arra, hogy részt vegyenek a tanszék által alapított és indított *egészségfejlesztő mentálhigiénikus szakvizsgára felkészítő programban*. 2006-ban azonban a 10/2006. (IX. 25.) OKM rendelet értelmében hatályát veszítette az

egészségfejlesztő mentálhigiénikus szakirányú továbbképzési szak képesítési követelményeiről szóló 6/1998 (III. 25.) MKM rendelet, és ugyanebben az évben a pedagógus szakvizsga képesítési követelményeiről szóló fenti rendeletet is hatályon kívül helyezték (Oktatási Közlöny, 2006), így a képzések fenntartásához új szakalapítási és szakindítási engedélyeztetési folyamat volt szükséges. A szakirányú továbbképzési szak újbóli megalapításával *egészségfejlesztő mentálhigiéné szakirányú továbbképzési szak* néven az egri Eszterházy Károly Főiskola megelőzte az Intézetet (OH-FHF/277-3/2009.), így ebben az esetben az indítási engedély megszerzése maradt a cél, melyet az Intézet 2010. június 1.-én meg is kapott. Az *Egészségfejlesztő mentálhigiénikus pedagógus szakvizsgára felkészítő szakirányú továbbképzési szak* megalapítása azonban továbbra is az Intézetre maradt (OH-FHF/1036-11/2010.), 2010. július 22.-i dátummal minden engedélyt megkapott. A két sikeresen működő szak felelőse Benkő Zsuzsanna.

Az Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet képzéseiben mindig is fontos szerep jutott a kisebbségek egészségeseit elősegítő ismeretek, módszerek és gyakorlatok beépítésének. Tulajdonképpen maguk a hallgatók is felismerték e kérdés fontosságát és egyre magasabb arányban igényelték annak megjelenését az Intézet képzéseiben. Így a néhány tantárgy keretében folyó kisebbségtudományi és kisebbségekre vonatkozó egészségfejlesztési képzés 2004-re egy 120 órás akkreditált pedagógus szakvizsga programmá nőtte ki magát, *kisebbség-koordinátor pedagógus szakvizsgára felkészítő program* néven (Benkő és Lippai, 2004; Lippai, Benkő, Erdei és Tarkó, 2007). A program kidolgozását egy PHARE pályázat (HU0008-02-01-0047) segítette.

További lépésként a fentiekben már megnevezett *kisebbségi egészségkoordinátor szakirány* került a rekreációs szervezés és egészségfejlesztés alapképzési szak részeként kidolgozásra. A szakvizsgaprogramok képesítési követelményeinek 2006-os hatályon kívül helyezése a kisebbség-koordinátor szakvizsga programot is érintette. Ez a változás azonban csak előnyére vált a programnak. Immár *Egészségfejlesztő kisebbségkoordinátor szakirányú továbbképzési szak* (OH-FHF/179-4/2011.) és *pedagógus szakvizsgára felkészítő program* (OH-FIF/28-2/2011.) elnevezéssel alapította meg és indította újra az Intézet a képzést (Benkő, 2012). A szakfelelősi teendőik ellátására Benkő Zsuzsanna a helyettesét, Tarkó Klárát bízta meg.

A szakalapító és/vagy indító munkának mindezekkel még nincsen vége. 2010 óta folyik a Testnevelési és Sporttudományi Intézettel (szakfelelős) együttműködésben a *Rekreáció mesterszak* indításának előkészítése. A rekreáció szak két szakiránnyal fog rendelkezni: Sportrekreáció, sportturizmus és *Egészségmegőrzés, rehabilitáció*, mely utóbbi szakiránynak Benkő Zsuzsanna a felelőse. A szakindítási dokumentumok 2012-ben benyújtásra kerültek, a szak előreláthatólag 2013 szeptemberétől indítható.

Az Intézet előtt álló legújabb kihívás az egységes osztatlan tanárképzés újraélesztése nyomán jelentkezett. Az egészségfejlesztés-tanár szak indítására 2016-ban lesz utoljára lehetőség. Aki a területen tanár kíván lenni, az a 283/2012. (X. 4.) számú, a tanárképzés rendszeréről, a szakosodás rendjéről és a tanárszakok jegyzékéről című kormányrendelet értelmében a 4+1 éves *gyógytestnevelő-egészségfejlesztő tanár* szak

elvégzésével teheti meg azt, mely szak csak a testnevelés tanár szakkal párosítható (Magyar Közlöny, 2012).

1.2. Idegen nyelvű képzések

„A nemzetközi párbeszédre képtelen közoktatási és felsőoktatási rendszerek elvesztik tanulási képességüket, „felejtő szervezetekké” válnak” (Setényi, 2001). A munkaerőpiaci mobilitás függ a diplomák és szakképzettségek átláthatóságától és kölcsönös elfogadásának mértékétől. Ezt az alapelvet az Alkalmazott Egészségtudományi Tanszék, majd 2007-től Intézet a kezdetektől vallotta és vallja ma is. Az Intézet jogelődje megalakulása óta folyamatosan építette ki kapcsolatait számos európai felsőoktatási intézménnyel. Jelenleg a Lifelong Learning/Erasmus Európai Unió program keretein belül megkötött bilaterális szerződéseinek száma 11 és az alábbi intézmények képezik kapcsolatrendszerét:

1. Manchester Metropolitan University, Crewe + Alsager Faculty (jelenleg: MMU Cheshire), Department of Humanities and Applied Social Sciences, Anglia – 1992.
2. Universität Lüneburg, (jelenleg: Leuphana University) Németország – 1992.
3. Universität Bielefeld, Németország – 1992.
4. Escola Superior de Educacao de Lisboa, Portugália – 1995.
5. CVU Syd (jelenleg: University College Sealand), Vordingborg (jelenleg: Soroe), Dánia – 2005.
6. FH-JOANNEUM University of Applied Sciences, Bad Gleichenberg, Ausztria – 2005.
7. Turun Yliopisto, Turku, Finnország - 2003.

8. Brunel University West London, Anglia – 2008.
9. Liverpool John Moores University, Anglia – 2008.
10. Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Németország - 2008
11. University of Silesia, Katowice, Lengyelország – 2012.

A fenti intézményekkel aktív az együttműködés, a hallgatók és az oktatók mobilitási hajlandósága kiemelkedő. Nyelvterülettől függően a kiutazó oktatók angol és német nyelven oktatnak, a külföldi részképzésben résztvevő magyar hallgatók angol és német nyelven tanulhatnak. A partnerintézményekből a Szegedi Tudományegyetemre látogató hallgatókat az Intézet az alábbi angol nyelvű kurzuskínálattal várja: Minority studies, multiculturalism; Health and Safety – Good Safety practice at schools; Health Promotion, life-style, deviance; Field practice theory, practice, analysis and evaluation; Social Psychology; Communication skills development; és Organisation development. Az Intézet kurzusain kívül a külföldi hallgatók a Szegedi Tudományegyetemen meghirdetett minden idegen nyelvű kurzusból válogathatnak. Az Intézet által meghirdetett kurzusokat nem csak az Intézettel Erasmus szerződést kötött intézményekből érkező hallgatók vehetik fel, hanem a Szegedi Tudományegyetem összes karára, intézetére és tanszékére érkező külföldi hallgatók. Ennek megfelelően az Intézet évente 15-20 külföldi diák oktatását látja el.

2. Tananyagfejlesztés

Az oktatási tevékenység elengedhetetlenül fontos kísérője a minél korszerűbb tananyagok kidolgozása. A tananyagfejlesztés a legfontosabb hazai és nemzetközi trendek beépülésével válhat a leghatékonyabbá, ezért

az Intézet mindig arra törekedett, hogy szakmai vezetése alatt a legjobb multidiszciplináris teamet egyesítse. Benkő Zsuzsanna szakmai koordinálásával az Intézet több hazai és nemzetközi tananyagfejlesztési munkát is sikerre vitt.

A Socrates / Comenius 2.1 tananyagfejlesztési pályázatok keretében 2001 és 2004 között az Escola Superior de Educacao de Lisboa (Portugália) és a Pädagogische Akademie des Bundes in Wien-nel (Ausztria) az *Integrált programok a tanítóképzés megújítása érdekében* elnevezésű programot valósította meg az Intézet (Tarkó és Benkő, 2005). Ebben a programban egészségnevelő és a multikulturális nevelést szolgáló tananyagok születtek, melyben kiemelt fontosságot kapott a készségek fejlesztése és a művészetek bevonása. A projektmunka eredményeként 5 publikált angol nyelvű szerkesztett kötet és 4 belső tanári segédletként szolgáló szerkesztett kötet született meg. A munkát 13 nemzetközi workshop és bilaterális mobilitás kísérte.

Az Intézet sikerének következő állomásaként 2002-ben újabb Comenius 2.1 tananyagfejlesztési pályázat nyertese és vezetője lett. 2002 és 2005 között *A tanárok attitűdjének megváltoztatása a normál és a távoktatáson keresztül a nyitottabb emberi kapcsolatok érdekében* elnevezésű pályázati program megvalósítására került sor a Manchester Metropolitan University (Anglia) és az Universität Lüneburg-gal (Németország) történt együttműködésben. A pályázat keretében elkészült egészségfejlesztési tananyag távoktatási formában is kidolgozásra került, továbbá a multikulturális nevelés és a fiatalok, hátrányos helyzetűek problémáinak kezelése terület jelent meg 1-1 további tananyagban. A projekt eredményeként 3 angol nyelvű szerkesztett kötet és egy internet

alapú távoktatási anyag született meg. A projektmunkát 7 nemzetközi workshop kísérte.

A tananyagfejlesztést helyi szinten is megvalósult. „A képzésből a munka világába való átmenet támogatása” elnevezésű Phare programon belül *“A kisebbségi koordinátorok pedagógus szakvizsga képzési programjának kidolgozására került sor (lásd korábban).* A projekt kapcsán egy elméleti és gyakorlati ismereteket valamint speciális módszereket tartalmazó modul-rendszerű komplex képzési programot dolgozott ki az Intézet a dél-alföldi régióra adaptálva.

A Nemzeti Népegészségügyi Program keretében 2005-ben, „Egészségfejlesztés oktatása a pedagógusképzés és a pedagógusok számára szervezett szakirányú továbbképzés keretében” címmel kiírt elnyert pályázat eredményeképpen az Alkalmazott Egészségtudományi Tanszék, a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karának, illetve a Juhász Gyula Tanárképző Főiskolai Kar más tanszékeinek szakembereivel egy *egészségfejlesztési kurzust* alakított ki és egy olyan oktatási segédanyagot állított össze, amely az egészségfejlesztés korszerű egészségfogalmának és módszereinek alapszintű bemutatására, közvetítésére alkalmas.

A tananyagfejlesztési munka nem csak pályázati keretekben valósul meg. Az Intézet oktatói folyamatosan vesznek részt szervezett képzésekben valamint belső tréningeken, nyomon követik a legfrissebb szakirodalmi közleményeket és kurzustematikáikat folyamatosan frissítik.

3. Kutatás

Az Intézet életében 2003-óta felpozícionálódott a kutatói élet. Már az Egészségfejlesztés felsőfokon című kiadvány (Benkő és Erdei, 2003) említést tett egy nagy nemzetközi vizsgálat kibontakozásáról, mely *'Hagyomány és modernitás a Visegrádi országok családjainak életmódjában'* címmel indult útjára. Az Alkalmazott Egészségtudományi Tanszék műhelymunkáinak eredményeként kialakult kutatási koncepció egyetemünk partnerintézményei számára is vonzerővel bír, így a Szlovákiai Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, a Csehországi Univerzita Hradec Králové és a Lengyelországi Univerzita Slaski szakembereivel 2004 áprilisában aláírt konzorciumi szerződés értelmében elkezdhette munkáját a nemzetközi kutatócsoport. Az aktív együttműködést fémjelzi a kutatás során létrejött 5 nemzetközi szakmai workshop és a folyamatos egyeztetés és koordináció. Az elméleti feltárással és kérdőíves módszerrel négy országban és közel 2000 család részvételével lefolytatott vizsgálat eredményei megjelentek egy angol nyelvű kötetben (Benkő, 2007), melynek kiadását a Nemzetközi Visegrádi Alap támogatta (Standard Grant No. 10049-2006-IVF). A kutatás L'art pour l'art is nagy örömet okozott az Intézet inentől kezdve csak négylevelű lóhereként emlegetett négyfős kutatócsoportjának, azonban tudományos és szakmai hozadéka is vitathatatlan. Számos nemzetközi és hazai konferencián számolt be az Intézet e kutatás eredményeiről, valamint megszületett egy a Rekreatívszervezés és egészségfejlesztés minor szakba beépített és a teljes Szegedi Tudományegyetem hallgatói populációjának is szabadon választható tárgyként meghirdetett két féléves kurzus *'Család és életmód a Visegrádi Négyek országaiban'* címmel. A kurzus kidolgozását

ugyancsak a Nemzetközi Visegrádi Alap támogatta (Visegrad University Studies Grant No. 61000015), így teremtve további lehetőségeket arra, hogy a nemzetközi kutatócsoport fennmaradjon egy közös oktatási tevékenység keretében. Majdnem tíz év telt el az adatfelvétel óta, így a szakemberek már tervezik annak megismétlését.

Az Intézet következő kutatása megtervezéséhez Hódmezővásárhely Megyei Jogú Város Önkormányzata felkérésére kezdett hozzá 2010 szeptemberében. A *'Lelki Egészség Felmérés'* címet viselő kutatásra az Egészséges Vásárhely Program keretein belül került sor. Közel kétezer hódmezővásárhelyi felnőtt lakos kérdőíves vizsgálatával kapott az Intézet képet a lakosok mentális állapotáról és a lelki egészségük alakulásában szerepet játszó erőforrásaikról.

A Lelki Egészség Felméréssel párhuzamosan egy másik nemzetközi kutatási irány körvonalai is kibontakoztak: *'A túlsúly és az elhízás társadalmi és pszichológiai meghatározottsága'*. Ez a kutatás a Magyarországon már népbetegségnek számító elhízás kérdéskörét kívánja összekapcsolni Aaron Antonovsky koherencia elméletével, feltárva az elhízott emberek rendelkezésére álló társadalmi és pszichológiai védőfaktorokat.

4. Publikációs tevékenység

A gazdag szaklétesítési, tananyagfejlesztési és kutatási tevékenységek természetes kísérője, hogy azokról az Intézet hazai és nemzetközi fórumokon, folyóiratokban, kötetekben számot adott. Ily módon az utóbbi 10 évben több száz publikációval gazdagodott az Intézeti dolgozók által létrehozott publikációs tárház. Mindezek felsorolása

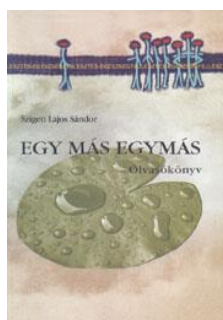
hosszadalmas lenne, de az olvasó mindről számot kaphat a Magyar Tudományos Művek Tára segítségével. A jelen alfejezet az Intézet által 2003 óta megjelentetett köteteket kívánja katalogizálni.



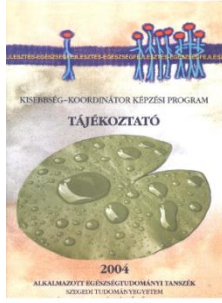
Benkő Zsuzsanna és Erdei Katalin (2003): *Egészségfejlesztés felsőfokon*. JGYF Kiadó, Szeged.



Grossmann, R. és Scala, K. (2004): *Egészségfejlesztés és szervezetfejlesztés. Egészséges szinterek fejlesztése*. JGYF Kiadó, Szeged.



Szigeti Lajos (2004, szerk.): *Egy más egymás*. JGYF Kiadó, Szeged.

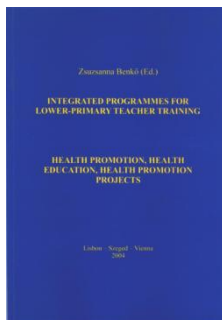


Benkő Zsuzsanna, dr. habil és Lippai László (2004): *Kisebbség-koordinátor képzési program. Tájékoztató*. Alkalmazott Egészségtudományi Tanszék. Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Tanárképző Főiskolai Kar. SZTE JGYF Kiadó, Szeged.

Benkő, Zs. (2004., Editor of Series): *Integrated programmes for lower-primary teacher training*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. Szeged. A sorozat kötetei:



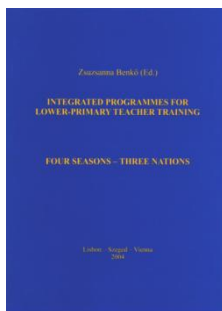
Tarkó, K. (2004., ed): Multicultural education. In. Benkő, Zs. (2004., Editor of Series): *Integrated programmes for lower-primary teacher training*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. Szeged.



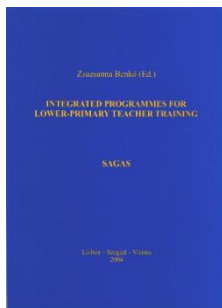
Tarkó, K. (2004., ed): Health promotion, health education, health promotion projects. In. Benkő, Zs. (2004., Editor of Series): *Integrated programmes for lower-primary teacher training*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. Szeged.



Pintér, K. and Tarkó, K. (2004., ed): Mathematics and fostering talent. In. Benkő, Zs. (2004., Editor of Series): *Integrated programmes for lower-primary teacher training*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. Szeged.



Szabó, K. (2004., ed): Four seasons – three nations. In. Benkő, Zs. (2004., Editor of Series): *Integrated programmes for lower-primary teacher training*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. Szeged.



Tarkó, K. (2004., ed): Sagas. In. Benkő, Zs. (2004., Editor of Series): *Integrated programmes for lower-primary teacher training*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. Szeged.

Benkő, Zs. (2004., Editor of Series): *Integrated programmes for lower-primary teacher training*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. Szeged. A sorozat fűzött formában összeállított önálló tananyagai:

Tarkó, K. (2004. Ed.): Folk music. In. Benkő, Zs. (2004., Editor of Series): *Integrated programmes for lower-primary teacher training*. Szeged. (füzet + CD). Szerzők: Dombi Józsefné Kemény Erzsébet és Isabel Carneiro.

Tarkó, K. (2004., Ed.): Folk Dance. In. Benkő, Zs. (2004., Editor of Series): *Integrated programmes for lower-primary teacher training*. Szeged. (füzet + CD). Szerzők: Felföldi László és Cristina Campos

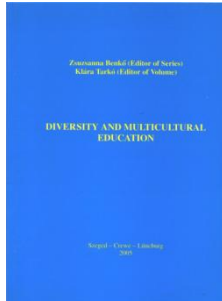
Sárvári, T. und Grossmann,E. (2004., Eds.): Servus in Österreich. In. Benkő, Zs. (2004., Editor of Series): *Integrated programmes for lower-primary teacher training*. Szeged. (könyv). Szerzők: Grossmann Erika, Sárvári Tünde és Renate Seebauer.

Tarkó, K. (2004., Ed.): Communication skills development. In. Benkő, Zs. (2004., Editor of Series): *Integrated programmes for lower-primary teacher training*. Szeged. (füzet). Szerzők: Lippai László Lajos és Rozgonyiné Molnár Emma.

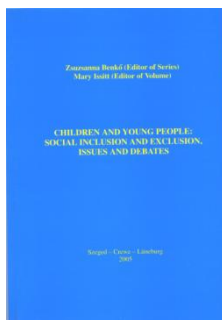
Benkő, Zs. (2005., Editor of Series): CANDOR - Changing the attitude of teachers through normal and distance learning for open human relationships. JGYF Kiadó, Szeged. A sorozat kötetei:



Paulus, P. and Petzel, T. (2005, Editors of Volume.): Health Promotion. In. Benkő, Zs. (2005., Editor of Series): CANDOR - Changing the attitude of teachers through normal and distance learning for open human relationships. JGYF Kiadó, Szeged.



Tarkó, K. (2005, Editor of Volume.): Diversity and Multicultural Education. In. Benkő, Zs. (2005., Editor of Series): CANDOR - Changing the attitude of teachers through normal and distance learning for open human relationships. JGYF Kiadó, Szeged



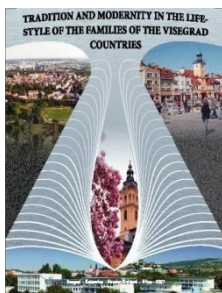
Issitt, M. (2005, Editor of Volume.): Children and young people: Social inclusion and exclusion, issues and debates. In. Benkő, Zs. (2005., Editor of Series): CANDOR - Changing the attitude of teachers through normal and distance learning for open human relationships. JGYF Kiadó, Szeged.



Tarkó Klára (2005, Szerk.): *Egészségfejlesztés a felsőoktatásban a Bologna folyamat tükrében. Nemzetközi konferencia előadásainak összefoglalója* (kétnyelvű kiadvány). JGYF Kiadó, Szeged. A konferencia szakmai bizottságának elnöke: Benkő Zsuzsanna



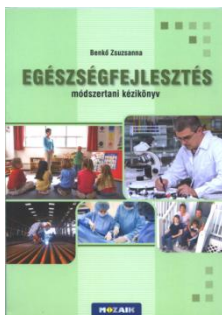
Benkő Zsuzsanna és Tarkó Klára (2005, szerk.): *Iskolai egészségfejlesztés. Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez.* JGYF Kiadó, Szeged.



Benkő, Zs. (2007, Ed.): *Tradition and Modernity in the life-style of the families of the Visegrád countries.* JGYF Kiadó, Szeged. 429 p.



Tarkó Klára és Barabás Katalin (2008, szerk.): *Egészségfejlesztés a tudományokban. Szemelvények a Szegedi Egészségfejlesztő Műhely hazai és nemzetközi tudományos munkáiból.* JGYF Kiadó, Szeged.



Benkő Zsuzsanna (2009): *Egészségfejlesztés.* Mozaik Kiadó, Szeged.

5. Rendezvények

5.1. Tudományos konferenciák

Az Intézet 2005-ben ünnepelte fennállásának tizedik évfordulóját. Ebből az alkalomból 2005. szeptember 22-23.-án *'Egészségfejlesztés a felsőoktatásban a Bologna folyamat tükrében'* címmel nemzetközi jubileumi konferencia került megrendezésre. Az Alkalmazott Egészségtudományi Tanszék és a Szegedi Akadémiai Bizottság Orvostudományi Szakbizottság Egészségfejlesztési Munkabizottsága által közösen megrendezett konferencián 61 magyar és 9 külföldi meghívott előadó szerepelt az egészségfejlesztéssel kapcsolatos területek (népegészségügy, oktatás-képzés, hálózatépítés, egészségfejlesztő projektmenedzsment, kisebbségtudományok, közösségek, rekreáció) új eredményeiről. A rendezvényt 2005. szeptember 23.-án városi egészségnap kísérte.

1999. június 23.-án alakult meg a Szegedi Akadémiai Bizottság Orvostudományi Szakbizottság Egészségfejlesztési Munkabizottsága, mely minden évben a Tudomány hete alkalmából felolvasóülést tart. 2003-ig négy rendezvényre került sor. 2003-tól az alábbi konferenciák megszervezésére vállalkozott az Intézet és a Munkabizottság:

- 2003. november 04. *„Egészségfejlesztés felsőfokon, az egészségfejlesztés a felső- és közoktatásban”* címmel, 5 előadó és 8 fős kerekasztal-beszélgetés
- 2005. november 10. A Magyar Tudomány Ünnepe. *„Az egészségfejlesztés helye a törvényalkotástól a hétköznapi tevékenységig”* címmel kerekasztal beszélgetés, 15 résztvevővel. Vendég: Dr. Mikola István, Magyar Egészségügyi Társaság elnöke

- 2006. november 10. A Magyar Tudomány Ünnepe. *„Egészségfejlesztés a szociális gondoskodás és vallás tükrében”* című tudományos felolvasóülés, 6 előadó, 6 előadással
- 2007. november 9. *„Egészségfejlesztés a különböző színtereken és tevékenységekben”* nemzetközi tudományos felolvasóülés, 8 előadó, 7 előadással.
- 2008. november 5. A Magyar Tudomány Ünnepe. *„Divat és egészségfejlesztés”* tudományos felolvasóülés, 6 előadó, 6 előadással
- 2009. november 6. A Magyar Tudomány Ünnepe. *„Kisebbségek és egészségesélyük”*, tudományos felolvasóülés, 6 előadó, 6 előadással
- 2010. november 5. A Magyar Tudomány Ünnepe. *Egészségfejlesztés a közoktatásban és a pedagógusképzésben”*, tudományos felolvasóülés. Nyitó előadó: Dr. Mikola István, 8 előadó, 8 előadással
- 2011. november 10. A Magyar Tudomány Ünnepe. Az MTA SZAB Orvostudományi Szakbizottság Egészségfejlesztési Munkabizottsága, az SZTE JGYPK Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet és a Közéleti Kávéház közös szervezésében. *„Szeged város családjainak életmódja közép-európai összehasonlításban ”* címmel beszélgetés a kutatás magyarországi vezetőjével Dr. Benkő Zsuzsannával.
- 2012. november 22. A Magyar Tudomány Ünnepe. *„Az egészségfejlesztő szakember képzés a Rekreációs szervezés és egészségfejlesztés bachelor képzés elmúlt 5 évének tapasztalatai alapján”* címmel szakmai kerekasztal beszélgetés, 25 résztvevő.

A felolvasóületeket 2005 óta kíséri az Alkalmazott Egészségtudományi Tanszék által megalapított *Egészségfejlesztésért emlékplakett* ünnepélyes keretek között történő átadása. Az elismerést évente 2 olyan szakember kapja meg, aki sokat tett az egészségfejlesztés ügyének előmozdításáért és mindenben támogatta a Tanszék munkáját. 2005 óta 17 szakember részesült a megtiszteltetésben.

Legújabb kihívásként a Nemzetközi Szociológiai Társaság (International Sociological Association) Aktív Szabadidőeltöltés Kutatócsoportjának (RC13 Sociology of Leisure) megbízásából az Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet szervezi meg a kutatócsoport következő nemzetközi konferenciáját *Aktív szabadidő-eltöltés, egészség és jóllét* címmel, Holisztikus aktív szabadidő-eltöltés és egészség alcímmel. A konferencia szegeden kerül megrendezésre 2013. szeptember 18. – 20. között.

5.2. Belső továbbképzések

Az Intézet életében nem csak az fontos, hogy megmutassa önmagát a szakmai fórumokon, hanem az is, hogy munkatársai egységes szemléletet képviseljenek az oktató és a tudományos munka során. A közös gondolkodás hasznos és termékeny színterei az Intézet által megszervezett belső továbbképzések. Ezek célja minden esetben a nyugodt munkakörnyezet biztosítása a hatékony munkavégzés és csapatépítés érdekében. Az elmúlt tíz évet az alábbi belső továbbképzések kísérték:

- 2006. január 26-27. Mezőhegyes, Téma: Rekreációs szervezés és egészségfejlesztés BSc kompetenciák
- 2006. június 28-30. Zalakaros, Téma: Terepgyakorlat

- 2008. május 14-15. Szeged, „Önbecsülés” training (angol nyelven)
Prof. Marjaana Soininen és Prof. Reino Koskinen, University of
Turku, Finnország
- 2009. június 9-10. Mezőhegyes. Téma: Egészségfejlesztés tanár
Master kompetenciák
- 2010. május 26-27. Gyálarét. Téma: Az intézeti munka
hatékonyágának növelése

5.3. Hallgatói konferenciák

Az oktatói kompetenciák fejlesztése mellett kiemelt hangsúlyt fektet az Intézet a hallgatókra irányuló tehetséggondozás ügyének és műhelymunkák sorozatával támogatja a hallgatók *Tudományos Diákköri* tevékenységét. 2002-ben 1, 2004-ben 2 hallgató nyújtott be pályamunkát, amelyek közül 1-1 az országos tudományos diákköri konferenciára is alkalmasnak bizonyult. A 2002-ben benyújtott pályamunka továbbá szakmai folyóiratban is megjelent (Seres Katalin és Tarkó Klára (2004): Kudarc nélkül az iskolában. *Fejlesztő Pedagógia*. 3. sz.). 2006-ban már 4 hallgató pályázott 3 pályamunkával, amelyek közül 1 jutott tovább a 2007. évi országos fordulóra, ahol a dolgozat szóbeli dicséretben részesült. 2007-ben 2 pályamunka érkezett be, 4 hallgatótól, ebből egyet javasolt az Intézet országos döntőre. 2008-ban 2 benyújtott pályamunkából mindkét dolgozatot javasolta az Intézet országos döntőre. 2011-ben 5 hallgató nyújtott be tudományos diákköri dolgozatot, közülük az egyik hallgató továbbjutott a XXX. Országos Diákköri Konferenciára, és ott első helyezést ért el. 2012-ben 10 bemutatott pályamunka közül 3 jutott tovább

a 2013 tavaszán megrendezésre kerülő Országos Tudományos Diákköri Konferenciára.

5.4. Ünnepek

Az Intézetben belüli közösségépítés nem csak szakmai fórumok keretében zajlik, hanem kötetlen, ünnepélyes alkalmakkor is. Az Intézet munkatársai minden évben együtt is megünnepelik a Karácsonyt és az Új évet, színes ünnepi műsorral kedveskedve egymásnak, valamint a Pedagógus Nap is fontos esemény. Ha valakinek az életében fontos dolog történik, például házasság, gyermek születése, a kicsi, de összetartó közösség jelen van azok megünnepeléskor.

6. A jelen

A bevezetőben már szó esett arról, hogy a megalakulásakor még Tanszék 2007. október 1.-el Intézetté vált. Ez a változás az Intézetben belüli strukturális változásokat is elindította. 2008-ban 3 szakcsoport alakult, majd 2013. február 1.-el egy racionalizációs folyamatot követően ez kettőre változott. Az Intézet jelenlegi struktúráját az alábbiakban mutatjuk be.

Az Intézet vezetője Dr. Habil. Benkő Zsuzsanna, intézetvezető főiskolai docens, szociológus, tanár. Az általános intézetvezető helyettes és az Egészségszociológia szakcsoport vezetője Dr. Tarkó Klára, szociológus, tanár. A fenti két szakemberen kívül az egészségszociológia szakcsoport tagjai még Dr. Nagy Edit, egyetemi docens, filozófiatörténész, tanár és Pálmai Judit, főiskolai tanársegéd, szociológus. Valamint a szakcsoport munkájában vesz részt Mátó Veronika, főiskolai tanársegéd, tanár,

pedagógia előadó. Az Egészségpszichológia szakcsoport vezetője Dr. Lippai László, főiskolai docens, szakvizsgázott pszichológus. A szakcsoport tagjai: Bencze Erika, szakpszichológus, és Kis Bernadett, főiskolai tanársegéd, tanár, pszichológus. Az Intézet oktató és kutató munkáját szakmai tanácsaival segíti Dr. Erdei Katalin, klinikai szakpszichológus. Az intézeti munkatárs feladatkörét Galacné Kaló Tímea látja el.

Az Intézet folyamatosan törekszik a fejlődésre és fejlesztésre, mind humán erőforrás, mind infrastrukturális értelemben. Az elmúlt évek történéseit tekintve csak az alábbi mondattal zárulhatnak a tanulmány sorai:

Folytatása következik!

Irodalom

- Benkő Zsuzsanna és Erdei Katalin (2003): *Egészségfejlesztés felsőfokon*. JGYF Kiadó, Szeged
- Benkő Zsuzsanna, dr. habil és Lippai László (2004): *Kisebbség-koordinátor képzési program. Tájékoztató*. Alkalmazott Egészségtudományi Tanszék. Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Tanárképző Főiskolai Kar. SZTE JGYF Kiadó, Szeged.
- Benkő, Zs. (2007, Ed.): *Tradition and Modernity in the life-style of the families of the Visegrád countries*. JGYF Kiadó, Szeged. 429 p.
- Benkő Zsuzsanna (2012): Egészségfejlesztő kisebbségkoordinátorok, romológusok és más kisebbségtudományi szakemberek – felsőoktatási képzési paletta. *Népegészségügy*, 90. évf. 4. sz. 269. – 277.
- Lippai László, Benkő Zsuzsanna, Erdei Katalin és Tarkó Klára (2007): Társadalmi esélyegyenlőség az iskolákban: a kisebbségtudományokban jártas pedagógus. In. Szretykó György (2007, szerk.): *A szegénység, az egészség és a társadalmi kirekesztettség. A roncs társadalom szociológiai és társadalomgazdaságtani dimenziói*. Comenius Kft. Pécs. 440-480.
- Setényi János (2001): Globalizációs és európai trendek és a magyar közoktatás. *Országos Közoktatási Intézet*. <http://www.oki.hu/oldal.php?tipus=cikk&kod=konf2001-Setenyi>
- Tarkó Klára, Dr. és Benkő Zsuzsanna, Dr. (2005): A magyar tanítóképzés megújítása – tananyagfejlesztés a Szegedi Tudományegyetemen. *Új Pedagógiai Szemle*. 07. 08. 33. – 44.

Jogszabályok jegyzéke

Magyar Közlöny, 131. sz. 2012. október. 4. 22321. o.

Oktatási Közlöny, L. évf. 31. sz. 2006. december. 6. 3179. o. / 11., 3180.
o./ 42.

1993. LXXX. Kormányrendelet a Felsőoktatásról.
<http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=9022>

**Az egészségfejlesztő szemléletmód
elmélete és gyakorlata**

Az egészség fogalmának alakulása*

Lampek Kinga és Füzesi Zsuzsanna

Kedves Zsuzsa!

Nagy öröm számunkra, hogy ezen a neves évfordulón mi is köszönhetünk Téged. Szakmai és emberi kapcsolatunk épp eddigi életed felén kezdődött, azóta vagyunk egymásra mindig figyelő kollégák és barátok. Tanulmányunkat közös munkáinkhoz illeszkedően az egészség témaköréből választottuk. Legyen azonban az egészség mindennapi életünk része is, hogy minél tovább élvezhessük friss gondolataidat, kreatív javaslataidat, szárnyaló terveidet és tette kész mindennapjaidat. A Jóisten éltesen sokáig kollégáid, tanítványaid, barátaid és családod körében!

Kinga és Zsuzsa

Bevezetés

Kevés olyan fogalom van, amelyet a szakemberek annyian, annyiszor mutattak be, elemeztek, rendszereztek, vitattak, alkottak újra és újra, mint az egészség fogalmát. Egy olyan fogalmat, amelyet az emberek többsége nagyon is egyszerűnek vél megfogalmazni a maga számára, míg az e

* A tanulmány megjelent: In: Oláh András (2012. szerk.): *Az ápolástudomány tankönyve*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. pp. 105-112. Másodközlés a szerzők engedélyével.

kérdéssel foglalkozó szakemberek nagyon is bonyolultnak, sokdimenziósnek tartanak.

Ami biztosan állítható: az egészség (és ennek megfelelően a betegség) fogalma követi a különböző történeti, társadalmi korok, kultúrák, hatalmi struktúrák változásait, az orvosi- és egészségtudományok fejlődését, szakmai preferenciáit, a gyógyításhoz kapcsolódó szolgáltatások gazdasági, piaci érdekeit. Bizonyos értelemben az emberiség történetének speciális olvasata is felfedezhető e fogalom változásainak megismerésével (Kéri, 2007; Benkő és Tarkó, 2005; Tarkó és Barabás, 2008). És e történetnek még nincs vége...

Aki az egészség fogalmának megismerésébe kezd, nem panaszkodhat az e területen fellelhető szakirodalom hiányára, mert a nyomtatásban megjelent könyvek és tanulmányok sokasága mellett¹, az internetre kattintva a bőség már igencsak zavarba ejtő. A „health definition“ fogalmára 147 millió, a „concept of health“-re 91,4 millió, de még magyar nyelven is „az egészség fogalmá“-ra 227 ezer találat érkezik². Csalódást két dolog okozhat: egyrészt az, hogy e fogalom elnevezése alatt gyakran csak a betegség fogalmaira bukkanunk, másrészt, hogy nincs olyan könyv, tanulmány, amelyben az egészség fogalma különböző megközelítéseinek összességét megtalálhatnánk. Ez nemcsak a fogalom sokszínűségéből következik, hanem abból is, hogy a különböző szerzők saját szakmájuk, értékrendjük, (esetleg érdekeik), meglévő ismereteik,

¹ A teljesség igénye nélkül néhány fontos szakirodalom: Parsons, 1951; Twaddle és Hessler, 1977; Antonovsky, 1979; Wolinsky, 1980; Grossman, 1972; Meleg, 1991; 1998; Szántó, és Susánszky, 2002; Pikó, 2006; Barabás, 2006.

² A tanulmány írásának időpontjában, 2010. szeptember végén.

kulturális „génjeik“³, sőt, saját hétköznapi egészségfogalmaik szerint (is) közelítenek e témához.

Nem ígérhetünk mást mi sem e fejezetben. Szem előtt tartva az olvasóközönség professzionális jellemzőit, a szerzők szakmai látásmódja, értékrendje, sőt, az egészségről vallott egyéni felfogása is, szándékosan vagy szándéktalanul, de beépül e fejezet tartalmába. A fizikai korlátok miatt sem törekedhetünk a teljességre, de hisszük, hogy az olvasókban elegendő motiváció keletkezik e téma továbbgondolására.

Az egészség fogalma – ahogy mindenki ismeri

Talán a világon az egyik legismertebb (és egyben legvitatottabb) egészségdefiníciót az Egészségügyi Világszervezet alkotta meg közvetlenül a második világháborút követően. E definíció szerint *„az egészség nem csupán a betegség hiánya, hanem a testi, lelki, szociális jóllét állapota“ (WHO 1946).*

Az akkor is, ma is idealisztikusnak tűnő és a mindennapi élet, az orvosi gyakorlat számára nehezen operazionalizálható fogalomnak azonban fontos üzenete volt akkor is, és van ma is. Nevezetesen: az egészség pozitív megfogalmazása mellett annak teljességét öleli fel, holisztikusságát emeli ki. Az egészség ilyen történő megfogalmazása és értelmezése a múlt század negyvenes éveiben jól kapcsolódott az európai

³ „A kultúra az irányító elveknek olyan készlete, amit az egyén egy sajátos társadalom tagjaként örököl, és amely megmondja neki, hogy hogyan tekintsen a világra, hogyan élje át azt emocionálisan, és milyen magatartást tanúsítson benne a többi ember, a természetfeletti erők vagy istenek és a természeti környezet irányában“ (Helman, 1998). E kultúra része az is, hogy kit tekintünk egészségesnek és betegnek. A kultúrát mindig saját kontextusában kell értelmezni, mely kontextust a történelmi, gazdasági, politikai, szociális és földrajzi tényezők egyaránt befolyásolnak.

egészségügyi rendszerek társadalmosításához. Alapos okkal feltételezhető, hogy mind az egészségfogalom gazdagítása, mind az egészségügyi ellátások kiterjesztése, hozzáférhetővé tétele a lakosság széles rétegei számára, a 20. század legsúlyosabb tömegpusztító háborújára adott egyfajta válaszként is felfogható (Szalai, 1986).

A WHO számos dokumentuma foglalkozik azóta is – elsősorban az egészség fejlesztése kapcsán – az egészség fogalmával. Egyik fontos állomás e folyamatban az eredeti definíció kiegészítése, miszerint „az egészség olyan fokon áll, amennyire az egyének és közösségek képesek önmaguk kiteljesítésére és szükségleteik kielégítésére, valamint képesek megbirkózni a környezet kihívásaival“ (WHO, 1984). Az egyén és az őt körülvevő (társadalmi és természeti) környezete közötti dinamikus egyensúly kiemelése, a harmónia beépítése egy ökológiai egészségfogalmat hozott létre (Pikó, 2006).

Az egészség fogalma – a hivatást gyakorlók szemével

„Az egészség a betegség hiánya.“ – vallják a *biomedikális*nak nevezett hagyományos *szemlélet* képviselői. A gyógyítói gyakorlatban alkalmazott megközelítés – leegyszerűsítve – a betegséget az objektívnek tekintett tüneteken és jeleken keresztül határozza meg. Aki ezekkel nem rendelkezik, pontosabban akiknél ezek mérhető, vizsgálható dimenziói hiányoznak, azt egészségesnek tekinti. Ha a jeleket, mint a vérnyomás, a koleszterinszint, a vérkép, EKG stb. még el is fogadhatjuk objektívnek, a tüneteket, melyek létezéséről csak a páciensektől szerezhet tudomást a gyógyítással, ápolással foglalkozó szakember, már egyáltalán nem sorolhatjuk az objektívnek tekintett kategóriába. Ez utóbbi esetben a

demográfiai tényezők ugyanúgy befolyásolják azt, hogy mit közvetít egészségi állapotának változására utaló panaszaiából, tüneteiből az egyén az őt kezelőnek, ápolónak, mint társadalmi, gazdasági helyzete, egyéni személyiség jellemzői, szubkultúrája stb., és a szocializációja során formálódott egészségképe. Ebben a tekintetben pedig nagyon jelentősek a különbségek a férfiak és nők, a fiatalok és idősök, az iskolázottak és kevésbé iskolázottak, a jövedelmi, vagyoni helyzet szerint a társadalom jobbmódú és szegényebb rétegei, az eltérő nemzetiségű, vallású, vagy más szempontból valamilyen kisebbségi csoportba tartozók, az egyes nemzetek, társadalmak között, és a példák sora sokáig folytatható (Tarkó és Benkő, 2011).

Az egészséggel való találkozás a mindennapi egészségügyi ellátási gyakorlat szempontjából kétféle módon közelíthető a *naturalista egészségfelfogás* szerint (Reznek, 1987; Kovács, 1999): az egyik az egészségnek, mint statisztikailag leggyakoribbként való megjelenése, azaz az egészség az, ami átlagos, ami a leggyakoribb. Az ettől eltérő – ebből következően – tehát patológiás, és gyógyítandó állapot. Kérdés, hogy gyógyíttatni szeretné-e valaki a magas intelligenciaszintjét, a különleges szépségét, vagy a rendkívüli látásélességét, pusztán azért, mert az eltér a statisztikailag leggyakoribbtól? A másik megközelítés a naturalista egészségfelfogás szerint, az egészség fajtipikusként, természetesként való leírása. A szervezet akkor egészséges, ha szervei az evolúciós tervnek megfelelő funkciójukat el tudják látni. A fajtipikus azonban egy korábbi, mai szempontból megváltozott környezethez jelentett ideális alkalmazkodást, miközben a mai ideális alkalmazkodás sokszor nem

fajtipikus alkalmazkodással érhető le – mutat rá és hoz számos szemléletes példát mindezek bizonyítására Kovács (1999).

Az egészség fogalmának biomedikális, patogenetikai megközelítése mindezek ellenére dominálja a gyógyítást, és esetenként még az ápolást is. E megközelítés oka az „egyszerű kezelhetőségben“ van⁴. Amit a rendelkezésre álló orvosi tudás és technika segítségével nem lehet mérni, az nem tartozik a gyógyítás kompetencia-körébe. Ez a megközelítés ugyan segíti a „gyógyítókat“ abban, hogy saját szakmai területükön maradván „biztonságban“ érezzék magukat, a hozzájuk fordulók egy részét azonban határozottan elégedetlenné teszi az orvosi ellátással, a gyógyítással, ápolással kapcsolatban. Az orvostudomány gyors fejlődése, és a gyógyítás társadalmasítása (azaz hozzáférhetővé tétele) ellenére az orvoslással, az egészségügyi ellátással való elégedetlenség növekedése nemcsak a kutatási adatokban regisztrálható, hanem a hivatalos gyógyítással való szembefordulással, az alternatív gyógyítási módok (az öngyógyítástól az alternatív medicináig) egyre növekvő igénybevételében is (Szántó, 2005; Buda, Lampek és Karácsony, 1998).

A biomedikális egészségfogalom mellett hitet tevők általában dichotómiában gondolkoznak: *valaki vagy egészséges, vagy beteg*. Ebből következik feladatuk is: az első esetben nincs teendő, míg a második esetben a megromlott egészség helyreállításában való részvételük jól definiált⁵. *Az elégedetlenség e dichotóm fogalommal szemben abban*

⁴ Meg kell jegyezni, hogy a patogenetika – a saját maga által meghatározott kompetencia-körben – beavatkozásait tekintve hatékony és problémaorientált, azaz képes e problémák jelentős részének kezelésére, gyógyítására.

⁵ Az egészségügyi ellátás az előző kritériumoktól függetlenül azonban gyakran olyan területeken is jelen van, ahol más módszerek, megoldások is elfogadhatóak, illetve

nyilvánul meg, hogy a dinamikus egészségfelfogást vallók szerint az egészség-betegség olyan állapot, amely időről-időre (gyakran napról-napra) változik attól függően, hogy a betegségre utaló jelek vannak-e többségben, vagy az egészség-érzet dominál-e az egyénben (Twadle, 1977).

Az egészség fogalma – funkcionális megközelítésben

Napjainkra az egészség meghatározásában – elsősorban népegészségügyi megközelítésben – az ún. funkcionális modell vált elfogadottá. Az egyén testi, lelki, szociális működésének épségét a funkcionális modell aszerint határozza meg, hogy mennyire tud különböző tevékenységeket elvégezni. A funkciók legmagasabb szintje a társadalom (közösség) életében való részvétel (Vitrai és Vokó, 2006; International Classification of Functioning, Disability and Health 2004). E megközelítés szerint egy személy egészségét annak alapján lehet megítélni, hogy mennyire tudja a társadalmilag kívánatos szerepeit, feladatait teljesíteni, azaz mennyire tud részt venni a társadalom életében, annak kisebb -nagyobb közösségeiben, illetve mennyire képes harmonikusan alkalmazkodni a környezetéhez.

Az egészség funkcionális megközelítését az a máig is egyik legtöbbet idézett írás alapozta meg, amelyben *Parsons* (1951) az egészséget, mint az egyén optimális képességét határozta meg arra, hogy a

gyakran hatékonyabbak is lennének. Ezt az ellátók vagy saját maguk vállalják (pl. a medikalizáció révén), vagy elfogadják a tevékenységi körükbe való sorolást (pl. alkohol, drogproblémákkal küzdők köre, illetve még nem is olyan régen a homoszexualitás kérdésköre). Úgy tűnik, ha egy társadalmi problémát az aktuális döntéshozók, a hatalmon lévők társadalmilag nem kívánatosnak tekintenek, és nem akarnak kezelni, vagy kriminalizálni, akkor medikalizálják és vice versa.

rá rótt és vállalt társadalmi szerepeit, feladatait hatékonyan el tudja látni. Egy olyan bonyolult szervezésű, erősen integrált társadalomban, mint amilyenek a fejlett társadalmak, az együttműködés, a társadalmi szerepek, feladatok ellátása nemcsak kívánatos, hanem elvárt (nem teljesítése pedig akár szankcionált) kötelesség is. E szerepek teljesítésének alapfeltétele viszont a jó egészség, melynek helyreállítására, az optimális állapot megteremtésére – a betegség megjelenése esetén – az egyénnek törekednie is kell. E társadalmi szerepek, feladatok közé nem csak a munkaszerepek tartoznak (gondoljunk például a gyermekekre, vagy a munkából már életkoruk miatt kiesettekre), hanem az otthoni szerepeken át a baráti kapcsolatokból következő szerepekig sokféle feladatunknak kell egyidejűleg megfelelni.

A betöltendő szerepek sokféleségét befolyásolja az egyén életciklusa, az adott társadalmi szerepnek az egyén életében betöltött fontossága, így az ennek való megfelelés is eltérő lehet. Kisgyermekes szülőként elsősorban a szülői szerepeinkre koncentrálunk, míg a gyermekek önállóvá válását követően jobban figyelhetünk a baráti szerepeinkre – mindezek közben megtartva munka- és sok más egyéb szerepünket. E definíció esetében tehát érvényes az egészségfogalom társadalmi relativizmusa, azaz, hogy a szerepek eltérőségéből adódóan az annak való megfelelés is más és más lehet (Pikó, 2006).

Wolinsky (1980) *háromdimenziós egészség-betegség modellje* ugyan a WHO definícióból indul ki, de az egészség és betegség kategóriák mellett további hat hipotetikus állapotot is meghatároz. Ezen állapotok meghatározásánál három dimenziót vesz figyelembe: az orvosit (orvosi értelemben beteg-e), a pszichés dimenziót (betegnek tartja-e magát), és a

társadalmi (teljesíti-e a társadalmi szerepeit feladatait). Az e dimenziókban kapott egészséges vagy beteg egyszerű minősítéssel összesen tehát nyolc kategóriát állít elő, ahol teljes megfelelés csak a „normális egészség“ és a „súlyosan beteg“ esetében van (az „egészséges“ mindhárom dimenzióban az egészséges, a súlyosan beteg pedig mindhárom dimenzióban a beteg minősítést kapja). A további kategóriákban, mint a pesszimista, a társadalmilag beteg, a hipochonder, az orvosilag beteg, a mártír és az optimista, már nincsenek egyértelmű megfelelések. Wolinsky modellje rendkívül szellemesen mutatja be, hogy „beteggé“ hányféle módon válhatunk, és hogy az egészség-betegség milyen széleskörű tartalmakat hordoz.

Az egészség funkcionális értelmezésének nem csak a fogalom tudományos meghatározása szempontjából van jelentősége, hanem a laikus egészségfilozófiák, valamint az egészség-életmód összefüggéseinek megértéséhez is hozzásegít bennünket.

Az egészség fogalma – a laikusok szempontjából

A nem szakemberek, azaz a laikusok egészségfogalma, egészségfelfogása gyakran eltérhet és el is tér a hivatalos egészségdefinícióktól és a legtöbb esetben sokkal jobban közelít az egészség funkcionális megközelítéséhez, illetve a WHO komplex egészségfogalmához, mint a biomedikális szemlélethez. Eszerint a laikusok az egészség fizikai dimenziói mellett nagyon fontos szerepet tulajdonítanak az egészség lelki, szociális, illetve akár a spirituális dimenzióinak is. Egészségképükben és életszemléletükben az egészség és a boldogság fogalmának tartalmi összetevőiben mindkét fogalom kölcsönösen megjelenik és előkelő helyet

foglal el más összetevők mellett (Füzesi és mtsai, 2010). Azaz egymást feltételező fogalmakról van szó, ahol azonban az ok-okozati viszony nem egyirányú, azaz nem az egészség okozza (főleg nem önmagában) a boldogságot, hanem az egymásra való kölcsönös hatás regisztrálható.

Az egészség és betegség a laikus népesség mindennapjaiban nem egymásnak ellentmondó fogalmak. *A betegség ellentetje nem az egészség, hanem a nem-betegség, a fájdalom hiánya pedig nem jelent automatikusan jó közérzetet, csak fájdalommentes állapotot* (Könczei, 1987). Nem csak a laikus egészségfilozófiákra, illetve betegség-hiedelmekre vonatkozó kutatások, hanem a mindennapi tapasztalataink is azt mutatják, hogy sokan vannak akik nemkívánatos állapotokkal, betegségekkel élnek együtt, mégis fittekk, sőt az egészség bizonyos fizikai, szomatikus dimenzióit leszámítva egészségesnek tekintik magukat.

A laikusok egészségfelfogását – ahogy a szakembereket is – nagyon sok tényező befolyásolja, melybe a szociológiai dimenziók mellett (mint pl. a társadalmi helyzet) az egyének egészség(betegség)-hiedelmei, mindennapi környezetük és életük, valamint saját és családjuk egészsége is fontos szerepet játszanak.

Szántó és Susánszky (2002) jól összefoglalja a saját és mások kutatásai alapján megragadható laikus egészségfilozófiákat. Ezek közül az egészség egyes dimenziói köré rendezett gondolkodásmód típusait mutatjuk be.

Eszerint az egészséges állapotot

- az érzésorientált egészségfelfogásban a problémamentes testi érzületekkel írja le

- a tünetorientált egészségfelfogásban a betegség tünetek hiányával jellemzi
- a teljesítményorientált egészségfelfogásban a szokásos tevékenységek végzésére való képességgel azonosítja
- az erőforrás jellegű megfogalmazásban a megfelelő tartalékok birtoklása jelenti, mellyel pl. leküzdhető a betegség
- a norma jellegű megfogalmazásban egy ideális egészségi állapot jelent, melyet az egyén önmaga számára fogalmaz meg
- az egészség mint viselkedés felfogásban a magatartásmód, az egészség érdekében végzett cselekvés jelenti.

Vannak ezek mellett egyszempontú megközelítések is, amelyek az egészségnek csak egy-egy dimenzióját önmagukban emelik ki.

A tömegtájékoztatás korában azonban, ahol a média önálló szocializációs tényezővé vált, a mindenkori egészségpolitikai elvek is visszatükröződnek (legalábbis a szavak szintjén) a laikusok egészségképében. Az, hogy ezek a „hivatalosnak tekintett“ elvek mégsem internalizálódnak az egyéneknél, abból is látható, hogy az egészség megőrzésére, fejlesztésére vonatkozó aktivitások gyakran nem ezen alapelveket követik (Füzesi, Szóke és Tistyán, 2008).

Az egészségfogalmakra ható elméletek

Az egészség fogalmára – a bevezetőben jelzett társadalmi, gazdasági, hatalmi, kulturális tényezők mellett – jelentős hatással volt és van számos elmélet és modell, melyekből e tanulmány keretei között csupán néhányat mutatunk be. Ezek az elméletek – a legtöbb esetben – nem voltak azonnal

olyan hatással az egészség fogalmának alakulására, mint például ahogy azt láthatjuk egy új gyógymód vagy gyógyszer alkalmazásakor az orvosi gyakorlatban⁶.

Miért is fontos ezeket a gyógyításban, egészségügyi ellátásban, a gyakorlatban dolgozóknak megismerni? Az egyszerű válasz az, hogy a szakmai tudásuk fontos részéhez tartoznak. Az ennél is egyszerűbb válasz pedig az, hogy az ezen elméletekben foglalt ismeretek a saját, személyes egészségük védelméhez is jelentősen hozzájárulhatnak, amennyiben a megszerzett tudásukat nem elsajátítandó ismeretek halmazának, hanem egyfajta beállítódásnak, és arra épülő cselekvésnek tekintik.

Az egészségtőke elmélete

A közhiedelemmel ellentétben az *egészség* az életkor előrehaladtával nem vész el szükségszerűen, hanem olyan *tartós* „*alaptőke*“, amely a használat során ugyan veszít az értékéből, de *beruházásokkal fenntartható, sőt akár javítható is*. Grossman (1972) elmélete az egészség előállításának költségeit modellezte, ám nem maradt hatástalan az egészség fogalmára és az egészségfejlesztés gyakorlatára sem. Az egyén – e modell szerint – aktív szerepet vállal, mind saját egészségtőkéjének előállításban, mind a rendelkezésére álló (a születéssel hozott) egészségtőke fogyasztásában is. Az előbbibe a „beruházok“ (pl. az iskolázottság növelése), az utóbbiba a „pazarlások“ (pl. a kockázati magatartások) tartoznak. A beruházások megtérülnek, mégpedig nem csak a jobb egészségi állapotban, hanem más

⁶ Sajnálatos módon – megfelelő képzés és továbbképzés hiányában – még az egészségfejlesztés területén dolgozók tudása is (nem beszélve a többi egészségügyi szakemberről) elmarad e tekintetben a kívánatostól (Balogh és Barabás, 2009).

javakhoz való hozzájárulásban (pl. munka, jövedelem stb.), és azok használatának élvezhetőségében (pl. szabadidő eltöltésében).

E befektetések megvalósításához szükség van a jövőre vonatkozó perspektívára, mivel az egészségre vonatkozó döntések kimenetele bizonytalan, többnyire csak hosszútávon érvényesül, miközben az erre vonatkozó döntéseket már jóval (gyakran évtizedekkel) korábban szükséges meghozni.

Az egészségmező elmélete (Lalonde jelentés)

Az 1975-ben publikált jelentés, a kanadai Lalonde Report (Lalonde, 1974) tartalmazta először a ma már jól ismert ábrát, az ún egészségmezőt és a hozzá kapcsolódó elméletet. Ezen elmélet szerint az egészség szempontjából a legnagyobb *jelentőséggel négy terület bír*, nevezetesen: a *biológia, életmódbeli és környezeti faktorok, valamint az egészségügyi ellátórendszer*. Az egészségmező elméleti alapját a bio-pszicho-szociális modell adta és jelentős paradigmaváltást eredményezett az egészségszemléletben és a hozzá kapcsolódó egészségfejlesztésben⁷. Az új paradigma kulcsfogalma az életmód lett, melyben már az orvosok, egészségfejlesztők mellett a pszichológusok, pedagógusok, szociális munkások stb. is jelentős szerepet kaptak (Kis-Tamás, 2005).

⁷ Sajnálatos módon az egészségmező elmélete néhány országban az egészségpolitika számára gyakran csak arra szolgál, hogy „indokolja“, miért is nem érdemes az egészségügybe túl sokat fektetni. Ennek az „elvnek“ pl. hazai körülmények közötti vitathatósága mellett még súlyosabb velejárója, hogy nem jelenik meg a másik oldal sem: azaz, hogy az életmódot befolyásoló feltételekre bármivel is több figyelem és forrás fordítódna.

Az Ottawai Charta

A Lalonde Jelentés (1975) szemlélete és a WHO módosított egészségdefiníciója (1984) együttesen az Ottawai Chartában (1986) összegződnek és hoznak jelentős áttörést. Az *egészség pozitív megfogalmazása* az anatómiai integritás mellett olyan dimenziókat is bevon e fogalomkörbe, mint a teljesítményre való képesség, a személyes értékek, a családi munka és közösségi szerep, a stresszel való megküzdés képessége (származzon az fizikai, biológiai vagy társadalmi stresszből), a jóllét érzése és a betegségtől, idő előtti haláltól való mentesség. A megoldások irányába mutató egyik legfontosabb üzenete pedig, hogy a *hiányok helyett az erőforrások feltárására* és használatára kell koncentrálni, köztük a közösségekben rejlő erőforrásokra is építeni kell (Szőke, 2010). Mindezek mellett a Charta megalkotta az egészség társadalmi modelljét, amely egyértelművé tette az egészség társadalmi meghatározottságát.

A salutogenesis elmélete

Közmegegyezés van abban a kutatók és az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek között, hogy *Antonovsky* (1979; 1987) salutogenesis elmélete nagyon jelentős hatással volt az egészségszemlélet és fogalom formálódására a 20. század utolsó harmadában. Antonovsky modellje emellett jelentős segítséget adott ahhoz is, hogy a pozitív egészségfogalom

„kézzelfoghatóbbá“ váljon, és e modell alapelveire új típusú egészségfejlesztési programok épülhessenek⁸.

Elméletének kidolgozását a 70-es évek egészségügyi ellátórendszerével, valamint az uralkodó egészségdefinícióval szembeni elégedetlenség is motiválta – ez utóbbi szerint az egészség egy stabil homeosztatisz állapot. Antonovsky ezzel szemben az egészséget folyamatnak tekinti, amely az egyensúlyi állapot felborulásán való túllépést teszi lehetővé. Az egészség – felfogásában – attól függ, hogy az egyén mennyire képes megőrizni az egészségérzetét a különböző nehézségekkel, károsító tényezőkkel, stresszorokkal szemben. Mindezekhez az egyén mozgósíthatja, igénybe veheti azokat az erőforrásait, amelyekkel rendelkezik és amelyek segítenek leküzdeni a betegségét. Az erőforrások lehetnek fizikaiak, mentálisak, szociálisak, és a gyógyulást alapvetően az egyén koherencia-érzete befolyásolja. Így ad választ arra a kérdésre, hogy miért maradnak egyesek egészségesek akkor is, ha számos károsító tényezőnek vannak kitéve, vagy épülnek fel hamarabb, mint mások.

A salutogenezis elmélet *egyik kulcsfogalma a koherencia. A koherenciaérzet összetevői a világ megérthetőségének, a problémák kezelhetőségének és az élet értelemteliségének élményéből fakadnak. Saját magunkkal és a világgal szembeni beállítódás, amely más szavakkal azt jelenti, hogy*

⁸ Bár Antonovsky modellje, – mint az a modellek természetéből következik, – tartalmaz hiányosságokat, de ez nem kérdőjelezi meg a jelentőségét. Így például – a biomedikális modellhez képest legalábbis – elhanyagolja az egyén fizikai állapotát, amely ellentmond az általa is fontosnak tartott holisztikus szemléletnek.

- a világ nem kaotikus, stukturálatlan, kiszámíthatatlan rendszer,
- a problémáknak van – az egyén számára kedvező – megoldásuk, és a megoldáshoz rendelkezésre is állnak a szükséges egyéni és közösségi erőforrások,
- az élet emocionális szempontból is értelmezhető, és éppen ezért például megéri az egészségre ártalmas tényezők / magatartások elkerülése (Szántó, 2005; Kis-Tamás, 2005).

A koherencia-érzet fontos eleme a biztonság, amelynek jellemzője, hogy az egyén összhangban van a környezetével, képes felkészülni a környezetét és az önmagát érintő hatásokra, és várhatóan az elvárásainak megfelelően alakulnak a dolgok.

Összességében: minél nagyobb az egyén koherencia-érzete, a saját élete feletti kontroll, annál nagyobb eséllyel marad egészséges, illetve annál magasabb a relatív egészségi helyzete az egészség/betegség kontinuumon. A koherenciaérzés, a saját élet feletti kontroll képessége azonban nem csak az egyén jellemzőitől (személyes fejlődéstörténetétől), hanem társadalmi helyzetétől is függ⁹. Az egészség társadalmi meghatározottsága továbbra sem veszíti tehát érvényét, de a modell azt is megmutatja, hogy e determináltságból a személyes motivációk, képességek

⁹ Az egészség társadalmi meghatározottságát bizonyító kutatások köre rendkívül széles, melyekből csak néhányat jelzünk e tanulmányban (Makara, 1995; Tahin, Jeges és Lampek, 2000a; 2000b; Lampek, 2004).

fejlesztésével, az erőforrások építésével és mobilizálásával van „vészkijárat”¹⁰.

Ebben a modellben tehát a krízisek és nehézségek (a stressz¹¹) nem elkerülendők, hanem kezelendők, s mindennek végeredménye a személyiségfejlődés egy magasabb szintje lesz. Ez a lelkiállapot ellentéte a „tanult tehetetlenségnek”, a „tanult forrásgazdagság” állapota (Kopp és Bugán, 2009).

Az áramlat élménye és az autotelikus személyiség

A salutogenesis megküzdés koncepciójához szorosan hozzátartozik Csíkszentmihályi (1997) autotelikus énről¹² szóló elmélete, amely szintén jelentős hatást gyakorolt az egészség értelmezésére, a betegségekkel való megküzdésre, és – e fejezet szerzői szerint – izgalmas kihívásokat tartalmaz az „eredményorientált” beállítódású egészségfejlesztés számára is.

Az autotelikus cselekvés, melynek eredménye az áramlatélmény – Csíkszentmihályi szerint – olyan kihívás vagy cselekvési lehetőség, amely a meglévő készségekkel éppen teljesíthető, egyértelmű és elérhető célokat

¹⁰ Figyelemre méltó eredmények születtek például a placebo kutatások kapcsán, amelyek a jövőre vonatkozóan a következőket vetítik előre: egyrészt mindenki jelentős és növelhető kompetenciával rendelkezik a tudati eseményei és állapotai kialakítására vonatkozóan, másrészt, hogy e kompetencia gyakorlása (pl. a gyógyítás folyamatában az orvosok által is támogatottan) objektív következményekkel jár. Mindez a felelősség új területének a gyakorlati elsajátítását tenné lehetővé, és egy teljesen új felelősség felfogáshoz vezetne (Szolcsányi, 2010).

¹¹ A stresszel való megküzdés egyre inkább tért hódít nem csak az egészségfejlesztői gyakorlatban, hanem a mindennapi életben is, sőt az egészségbiztosítók egy része is felismeri jelentőségét (Kricsfalvi, 2006).

¹² Az autotelikus szó az „ön”-t jelentő auto és a „cél”-t jelentő telosz szóból származik.

tartalmaz, és emellett közvetlen visszajelzést is ad a folyamatról. Fontos kritérium, hogy *autotelikus tevékenységet az ember nem majdani előnyökre számítva végez, hanem egyszerűen azért, mert az számára kielégítő, azaz élvezetet talál benne.* Az „eredmény“ a „tökéletes élmény“ (a flow, az áramlat) átélését jelenti, melyben – az előzőekben felsoroltak mellett – a tevékenység és a tudatosság összeolvad, magas a kontroll érzése, megszűnik az időérzékelés, a kishitűség, és mindez arra ösztönöz, hogy a saját határainkat átlépve fejlődjünk.

Talán nem is szükséges külön felhívni a figyelmét az olvasónak, hogy a következmények jelentősen hozzájárulnak – bár nem ez a szándék – az egészség megőrzéséhez. A tevékenység eredményeként nemcsak az önbecsülés, a pozitív énkép erősödik, hanem e pozitív érzések folyamatos fejlődési irányt is indukálnak. Ezek mellett növekszik a stressznek való ellenállás, jól definiált a személy jövőképe, javul a szubjektív jóllét.

Áramlatélményben autotelikus személyiségnek lehet része, olyannak, aki rendelkezik például az általános kíváncsiság jellemzőivel, aki nem énorientált beállítódású stb. A jó közérzethez jellegzetesen önálló kezdeményezés, ön-irányította tevékenység illeszkedik a kritikus életszakaszokban, melyek közé – ad reményt Pléh Csaba a pedagógusoknak (és, tesszük hozzá, az egészségfejlesztőknek) – még a tanulás is beletartozik.

Az egészség kockázatai

Az elmúlt évtizedek fogyasztói társadalma – első ránézésre – úgy tűnik kedvezett az egészségnek. Az egészség, a szépség, a fittség e kultúrákban azonban nem csak a jó minőségű élet természetes velejárója és önmagáért

is élvezhető érték. Amellett, hogy az alapját jelenti az életben való boldogulásnak (a társadalmi szerepek ellátásának képessége, a munkahely megszerzése, megtartása, a „piacképesség“ megőrzése az egészség segítségével), morális elvárás is lett: a betegség, az öregedés, sőt akár a halál is elkerülhető, ha azért mindent megteszünk, és egy „erkölcsös“ embernek eszerint is kell cselekednie (Szántó, 2005).

Az ehhez kívánatosnak tartott életmód- és testminták (mint a szépség, a tökéletesség) a tömegkommunikáció révén szinte mindenkit elérnek (Buda, 2002), és társadalmilag kívánatos, követendő értékekké, az emberi boldogság feltételévé válnak. A test- és egészségkultusz tehát öncélúvá válik, és már nem az egészség adja a motivációs alapját (Szántó és Susányszky, 2002). Barsky (1988) ezt a folyamatot *az egészség kereskedelmi áruvá válásának, kommerszialiszációnak* nevezi. Az egészség konkrét árucikké válhat, amely – mint bármely fogyasztási cikk – megjavítható, vagy akár meg (vagy vissza) is vásárolható (Seedhouse, 1986; Füzesi és Lampek, 2007). Az egészségügyi ellátás, a gyógyszerek / gyógyhatású termékek használata pedig (éppen a széleskörű fogyaszthatóság révén) a tömegkultúra elérhető, megvásárolható részévé vált (Helman, 1998; Pikó, 2006).

Az egészség (szinonimaként: a fiatalság, a szépség) elvesztésének félelme az egészség valamilyen formában való fogyasztásának növelése irányába hat. Az egészség-kereslet generálását a piaci szereplők mellett az egészségügyi szolgáltatók (és az e szolgáltatókat ellátók piaci szereplők) is támogatják. Gyakran olyan megoldásokat kínálnak az egészség elvesztésével összefüggő félelmek kivédésére, a mindennapi egészség kontrolljára, amelyeknél más megoldások sokkal adekvátabbak lennének.

A következmény az egészségügyi, vagy bármilyen más ellátóktól, szolgáltatóktól való fokozódó függőségben, kiszolgáltatottságban, csökkenő autonómiában, bizonytalan önmeghatározásban, gyengülő megküzdési mechanizmusokban jelentkezhet. Mindezek együttesen pedig visszahatnak nem csak az egyén egészségképére, hanem az egészségért vállalt felelősségére, cselekvéseire is (Füzesi és Tistyán, 2004; Füzesi és Lampek, 2007).

A gyógyítók, az ápolók és más egészségügyi dolgozók egészségkockázata

Amikor az egészség kockázatairól beszélünk, nem mehetünk el szó nélkül egy foglalkozási csoport, nevezetesen a gyógyítók, az egészségügyben dolgozók, segítők egészségének veszélyeztetettsége mellett sem. Jól ismert, hogy az egészségügyben dolgozókat számos fizikai, kémiai, biológiai és pszichológiai eredű kockázat éri, melyek részletes bemutatása meghaladja e rövid fejezet kereteit. A felsoroltak közül a legutolsóról – elsősorban a lelki egészség megőrzése szempontjából – Ozsváth Károly (2007) írása ad átfogó képet, amelyből csupán egy részt emelünk ki itt és most: „A gyógyító egészségének megőrzéséhez és szinten tartásához az egyik legfontosabb kellék saját önismerete. Ez nem veleszületett adottság, hanem sikerek és kudarcok sorozatában, vonzó és taszító modellek tudatos és nem tudatos internalizálásában felépülő önkép, folyamatosan korrigált és mégis viszonylag állandó belső térkép és iránytű, a pszichológia szóhasználatában identitás, azonosságtudat. Az önismeret és az emberismeret szorosan kapcsolódnak.“

Az egészségügyben dolgozók sem kivételek tehát az általános szabályok alól. Minden e fejezetben röviden vázolt ismeret nem csak a

szakmai tudásukhoz, hanem identitásukhoz is hozzájárulhat, miközben segíti megőrizni, sőt fejleszteni – elsősorban mentális – egészségüket.

Az egészségfogalom határai

Meddig bővíthető az egészség fogalma? Vannak-e az egészségfogalomnak tényleges határai, mellyekkel lezárható ez a fogalom, miszerint „ez még beletartozik, de egy másik dimenzió már nem“?

A WHO korai egészségdefiníciója (WHO, 1946) – a sajátunk és más szerzők felfogásában is – már tartalmazza például az egzisztenciális biztonság mellett a spirituális boldogság, a társadalmi igazságosság dimenzióit is, hogy csak néhányat emeljünk ki azokból, amelyek e komplex módon megalkotott fogalomba kinek-kinek beleférnek (Barabás, 2004; Bradby, 2009).

Az egészségügyben dolgozók – általában való egyetértésük mellett is – gyakran elzárkóznak e dimenziók figyelembe vételétől akár hivatási értékrendjük kialakítását, akár napi munkájuk végzését tekintjük. Az érvek meggyőzőnek tűnnek: nem az ő feladatuk mindezek megoldása, kezelése stb. Hatásuk azonban – saját kompetenciáik leszűkítése ellenére is – nagyon jelentős. A társadalmi szintű döntéseket meghozó, az emberek életfeltételeit alapvetően meghatározó politikusok, vagy a vallási vezetők, de akár a szociális munkások mellett az egészségügyi hivatást gyakorlók, szolgáltatást nyújtók szerepe is kiemelkedő abban, hogyan alakul egy ország népességének egészségi állapota. Például, hogy az egészségi állapotukat, sőt életüket korán elveszítő, társadalmilag-gazdaságilag-kulturálisan hátrányos helyzetű népességcsoportok gyógyításához, egészségük megőrzéséhez milyen elvi megfontolásokkal, milyen

egészségfogalommal közelítenek a gyógyításban, ápolásban tevékenykedők. Tartalmazza vajon ez az egészségfogalom számukra például az elfogadás, a méltányosság, a társadalmi igazságosság, az emberi jogok, az esélyegyenlőség stb. alapelveit vagy sem. Egy magát humánusnak tekintő társadalom egészségügyi rendszerében, a hivatásukat gyakorlók részéről e kérdések nem megkerülhetőek.

Az egészség fogalma – amint azt a bevezetőben jeleztük – folyamatos változáson megy keresztül, és a szerzők reményei szerint egyre inkább az egészség pozitív megközelítése nyer teret. *Az egészség aktuális állapotának „valamire való képtelenség” értelmezése helyett a „valamire való képesség”-re való átfordítása és ennek megfelelő cselekvése jelentős hatással van az emberek mindennapi életére, életminőségére és boldogságérzetére* (Urbán, 1995; Bagdy, 2007). Mindezekhez azonban nem elegendő az egyéni erőfeszítés. Kutatások sokasága bizonyítja, hogy csak a közösségekbe integrált egyének élhetnek teljes, jó minőségű, egészséges életet. A közösségeitől, kapcsolataitól megfosztott, célokkal nem rendelkező ember ugyan – akár betegen is – ideális cselekvője a fogyasztói társadalomnak, ugyanakkor a demokratikus társadalmak fejlődését akadályozó tényező is lehet. (Kopp és Skrabski, 2002; Kállai, 2007; Füzesi, Szőke és Tistyán, 2008).

Irodalom

Antonovsky, A. (1979): *Health, stress and coping: New perspectives on mental health and physical well-being*. Jossey-Bass, San Francisco.

<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pube/perintrod.htm>

Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the mystery of health*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, London.

Barabás Katalin. (2006, szerk.): *Egészségfejlesztés – Alapismeretek pedagógusoknak*. Medicina Kiadó, Budapest.

Barabás Katalin (2004): *Tradíció és modernitás. Régi-új módszerek az egészségfejlesztés gyakorlatában*. Egészségfejlesztő, mentálhigiénés füzetek. 10. Szombathely: BDF Egészségtudományi Tanszék. 65-72.

Balogh Mónika és Barabás Katalin (2009): Az egészségfejlesztési tanulmányok szerepe a védőnő hallgatók egészségmagatartásának változásában és hiteles szakemberré válásában. *Egészségfejlesztés*. 5-6., 19-32.

Barsky, A. J. (1988): The paradox of health. *The New England Journal of Medicine*, 318, 414-418.

Bagdy Emőke (2007): Vitalitásgenerátorok. Szubjektív jóllétérzésünk erősítésének és egészséggondozásunk természetes eszközei. In: Kállai János, Varga József és Oláh Attila (2007, szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Kiadó, Budapest. 239-278.

- Benkő Zsuzsanna és Tarkó Klára (2005, Szerk.): *Iskolai egészségfejlesztés. Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez*. JGYF Kiadó, Szeged.
- Benkő Zsuzsanna (2009): *Egészségfejlesztés*. Mozaik Kiadó, Szeged.
- Bradby, H. (2009): *Medical Sociology*. Sage Publication.
- Buda Béla (2002): „Egészségmarketing“ – Az egészség viselkedésmintáinak társadalmi terjesztése. *Marketing és Menedzsment*, 5-6, 3-9.
- Buda László, Lampekinga és Karácsony F. (1998). *Adatok a természetgyógyászat igénybevételéről Pécs és Baranya megyei falvakban*. Pannon Almanach. Dél-dunántúli Regionális Egészségügyi Tanács, Pécs.
- Csikszentmihályi Mihály (1997): *Flow. Az áramlat. A tökéletes élmény pszichológiája*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Füzesi Zsuzsanna és Tistyán László (2004): *Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, valamint www.oefi.hu
- Füzesi Zsuzsanna, Szőke Katalin és Tistyán László (2008): *Egészségmegőrzés a közösségekben*. Béres Egészség Hungarikum Alapítvány, Budapest, valamint www.beh.hu.
- Füzesi Zsuzsanna és Lampekinga (2007): Az egészségi állapothoz való viszony változásai. In: Kállai János, Varga József és Oláh Attila (2007, szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Kiadó, Budapest. 65-86.
- Füzesi Zsuzsanna, Tistyán László, Keszttyüs Márk és Busa Csilla (2010): *Az egészség, a boldogság és a közösség kapcsolata a magyar*

- társadalomban*. X. Jubileumi Magatartástudományi Napok, Pécs, 2010. május 25-26. Absztraktkötet 21.
- Grossmann, M. (1972): On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. In: *Journal of Political Economy* 80, pp. 223-255.
- Helman, G. C. (1998): *Kultúra, egészség és betegség*. Melania Kiadó Kft.
- International Classification of Functioning, Disability and Health (A funkcióképesség, a fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása) WHO.
<http://www3who.int/icf/icftemplate.cfm>
- Kállai János (2007): Egészség és társas támogatás. In: Kállai János, Varga József és Oláh Attila (2007, szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Kiadó, Budapest. 199-216.
- Kéri Katalin (2007): Az egészség kultúrtörténeti megközelítése. In: Kállai János, Varga József és Oláh Attila (2007, szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Kiadó, Budapest. 37-50.
- Kiss-Tamás Loránd (2005): *A modern egészségszemlélet alakulása. A biomedikális, a salutogenetikus és napjaink egészségfejlesztő szemlélete*. Kompania Füzetek, Budapest
- Kopp Mária és Skrabski Árpád (2002): A magyarság társadalmi és erkölcsi tökéje. In: *Valóság*, szeptember XLV. 9.
- Kopp Mária és Bugán Antal. (2009): A magyar lakosság mentális egészségi állapota, annak kezelése. *Népegészségügy*, 87. évf., 4. 291-300.
- Kovács József (1999): *A modern orvosi etika alapjai*. Medicina Kiadó. Budapest.

- Könczei György (1987): *A nem orvosi rehabilitáció elméletéhez. A rehabilitáció néhány sarkkérdése Magyarországon.* (1968-86) Szövetkezeti Kutatóintézet, Budapest.
- Kricsfalvi Péter (2006): *Stressz a lelke mindennek.* Dimenzió Biztosító Egyesület, Budapest.
- Lampek Kinga (2004): *Az iskolai végzettség és az egészségi állapot kapcsolata.* PhD értekezés. PTE ÁOK.
- Lalonde, M. (1974): *A New Perspective on the Health of Canadians.* Ottawa, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Makara Péter (1995): Társadalmi egyenlőtlenségek az egészségi állapotban. *Medicus Universalis* (Aktuális oldalak) 28., 14-16.
- Meleg Csilla (1991): *Az egészségérték és intézményes befolyásolás.* Társadalomkutatás, 2-3. sz. 81-89.
- Meleg Csilla (1998): Az egészség értékrendszerünkben elfoglalt helye. *Egészségnevelés*, 39. 155-159.
- Ottawa Charter for Health Promotion (1986). WHO/HPR/HEP/95.1 http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
- Ozsváth Károly (2007): A gyógyító egészsége. In: Kállai János, Varga József és Oláh Attila (2007, szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban.* Medicina Kiadó, Budapest. 217-233.
- Parsons, T. (1951). *The Social System.* Free Press, New York
- Pikó Bettina (1998): Egyenlőtlenségek az egészségi állapotban. *Századvég*, 11. 94-108.
- Pikó Bettina (2006): *Orvosi szociológia.* Medicina Kiadó. Budapest.
- Pléh Csaba: *A műveltség és a modern pszichológia.* <http://www.hier.iif.hu/hu/letoltes/php?fid=tartalom sor/944>

- Reznek, L. (1987): *The Nature of Disease*. Routledge & Kegan Paul.
- Seedhouse, D. (1986): *Health: The foundations for achievement*, John Wiley, Chichester.
- Szalai Júlia (1986): *Az egészségügy betegségei*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. Budapest.
- Szántó Zsuzsanna és Susánszky Éva (2002): *Orvosi Szociológia*. Semmelweis Kiadó. Budapest.
- Szántó Zsuzsanna (2005): *Az egészséggel kapcsolatos életstílus: betegviselkedés és egészségviselkedés*. PhD értekezés. Semmelweis Egyetem.
- Szolcsányi Tibor (2010): A placebo hatás és az orvoslás etikája. In: Karikó Sándor (2010, szerk.): *Kockázati társadalom és felelősség*. Áron Kiadó, Budapest, 209-220.
- Szőke Katalin (2010): Fenntartható települési egészségtervek. *Egészségfejlesztés*, LI.évfolyam, 2010. 3. 12-16.
- Tahin Tamás, Jeges Sára és Lampek Kinga (2000a): Iskolai végzettség és egészségi állapot. *Demográfia*, 43. évf. 1.sz. 70-79.
- Tahin Tamás, Jeges Sára és Lampek Kinga (2000b): Iskolai végzettség és egészségi állapot. *Demográfia*, 43. évf. 2-3.sz. 305-330.
- Tarkó Klára és Barabás Katalin (2008, szerk.): *Egészségfejlesztés a tudományokban. Szemelvények a Szegedi Egészségfejlesztő Műhely hazai és nemzetközi tudományos munkáiból*. JGYF Kiadó, Szeged.
- Tarkó Klára, Dr. és Benkő Zsuzsanna, Dr. habil. (2011): Felsőoktatási kezdeményezések a kisebbségek egészség-esélyeinek növelése érdekében. *Egészségfejlesztés*, LII. évfolyam, 2011. 4. szám. 14-19.

- Towards a New perspective on Health Policy: The Lalonde Report (1975).
http://www.hpclearinghouse.ca/downloads/Canada_towards_a_new_perspective_on_health_policy.pdf
- Twaddle, A. and Hessler, R. (1977): *The Sociology of health*. Mosby. St. Louis, C.V.
- Urbán Róbert (1995): Boldogság, személyiség, egészség. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 1995. 5-6. 379-404.
- Vitrai József és Vokó Zoltán (2006): *Egészségmodell*. In: Népegészségügyi Jelentés (szakértőknek). Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, Budapest.
- Wolinsky, F. D. (1980): *The Sociology of Health*. Principles, Professions, and Issues. Little, Brown and Co., Boston, Toronto.
- World Health Organization (1946). *Costitution*. Author. Geneva.
- World Health Organization (1984). *Health promotion: A WHO discassion on the concept and principles*. Author. Geneva.

Vernetzen und kooperieren in der Gesundheitsförderung: Konzeptionelle Grundlagen, Strukturen und praktische Erfahrungen

(Networking and collaboration in health promotion: conceptual
foundations, structures and practical experience)

Alf Trojan

This contribution is dedicated to my dear colleague and friend, Professor Zsuzsanna Benkő, who I always admired for her capabilities in networking and collaboration, on the occasion of her 60th anniversary.

Abstract

Networking and collaboration are key elements of health promotion. The complexity of these tasks results from the basic idea, that health promotion is a societal challenge: The state, the economic sector and citizens are necessary partners in creating healthy lifestyles and healthy environments. After a short introduction (1) my paper will give insights into the conceptual and theoretical background (2), highlight the essential structures, metaphorically called „bridging structures“ (3) and their functions according to the Ottawa-Charta (4). This is followed by some empirically based recommendations that can guide practitioners of health promotion (5) and criteria for good practice in networking and collaboration (6). I conclude with some remarks on present health policies (7). These are written from a German perspective but might apply in other countries as well.

1. Einführung

Gesundheitsförderung im Sinne der Weltgesundheitsorganisation ist eine anspruchsvolle **Gemeinschaftsaufgabe**. Anlässlich eines Resümees der 25-jährigen Geschichte der Ottawa-Charta hat KUHN (2011) die Bedeutung dieses Prinzips in seinen Schlussworten mit den folgenden Worten unterstrichen: „Hinsichtlich der Art und Weise, wie Gesundheitsförderung umzusetzen ist, sind die in der Ottawa-Charta dokumentierten Prinzipien zur Gesundheitsförderung nach wie vor gültig, insbesondere was **Partizipation, Vernetzung, Settingorientierung** und den Blick auf die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Gesundheit angeht. (...) Die Forderung nach einem Ausbau von Netzwerken in jedem Setting hat also auch mehr als 25 Jahre nach der Ottawa Charta nichts von ihrer Aktualität verloren.“

Gesundheitsförderung erfordert Zusammenarbeit über verschiedenste Grenzen hinweg: Engagierte Einzelpersonen, kleine und größere Gruppen sowie Organisationen verschiedenster Art und Größe sollen gemeinsam auf ein Ziel hin zusammenwirken. Wenn die Akteure aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen kommen, ist die Verständigung nicht einfach. Alle Stücke des „politischen Kuchens“ sollen durch den Blick auf ihren Bezug zur Gesundheit der Bürger miteinander verbunden werden. Da stößt eine stark praxis- oder gewinnorientierte Tradition von Industrie, Handel und Handwerk auf andersartige Wertvorstellungen in öffentlichen Verwaltungen, Hochschulen oder Einrichtungen des Gesundheitswesens; eine oft beharrliche, vielleicht stark am Bestehenden orientierte Einstellung der Mitarbeiter von Behörden und Ämtern wird konfrontiert mit den anspruchsvollen Forderungen von

Bürgerinitiativen; oder umgekehrt: Politiker, die etwas verändern wollen, stehen Bürgern gegenüber, die ihre Grundlagen für Gesundheit und Leben bedroht sehen.

Wie bekommt man dies alles unter einen Hut?

Gesundheitsförderung als **sozialer Verständigungs- und Gestaltungsprozess** muss solche oftmals tiefen, unüberwindbar wirkenden Gräben überbrücken, wenn sie wirksam werden will. Solche **Brücken** werden in diesem Beitrag beschrieben: „horizontale“ Kooperationsstrukturen zwischen Menschen, zwischen Gruppen, zwischen Organisationen: die **Netzwerke**; aber auch Kooperations**infrastruktur**, z.B. zwischen dem Einzelnen und einer Behörde, zwischen der kleinen Gruppe und einem Wirtschaftsunternehmen, zwischen unten und oben: die **Brückeneinrichtungen**.

Vor allem um diese beiden Strukturelemente der Zusammenarbeit geht es in diesem Beitrag. (Kooperation, die *innerhalb* einer Organisation oder Institution stattfindet, ist nicht Gegenstand diese Beitrags.)

Die Handlungs- und Politik-Ebene, auf die wir uns vor allem beziehen, ist die kommunale. Ein weiterer Akzent liegt darauf, die Entstehungsbedingungen **selbstorganisierter** Netzwerke und deren Aktivitäten nahe zu bringen.

Sowohl die Netzwerke als auch, noch stärker, die Brückeneinrichtungen stehen häufig unter einem hohen Erwartungsdruck, denn sie müssen ganz unterschiedliche Kulturen, Wertesysteme, Verhaltensgewohnheiten und Lebensstile zusammenbringen, und sie halten auch nur so lange, wie sie darin erfolgreich sind. Dadurch sind sie sehr viel

instabiler als z.B. Großorganisationen. Sie sind unterschiedlichen Erwartungen von mehreren Seiten ausgesetzt:

- Für die **Politik** sind sie manchmal Hoffnungsträger, denn sie sind lebendiger und flexibler als Behörden und Ministerien, und sie dokumentieren oft einen unabhängigen Bürgerwillen, auf den kluge Politiker reagieren;
- **Bürger, Interessengruppen und Initiativen** erwarten, dass endlich *ihre* Ziele durchgesetzt werden (ungeachtet der Schwierigkeit, dass verschiedene Gruppen und Initiativen meist auch unterschiedliche Ziele verfolgen, die gelegentlich auch in Widerspruch miteinander geraten können);
- **Organisationen der Wirtschaft und des Staates** wehren sich aber oft gegen Veränderungen – oder sie wollen Bewegung in ganz andere Richtung. Industrie und Handel wollen zum Beispiel mehr Umsatz, Stadtplaner planen mehr Straßen, und das bedingt mehr Autos – die Bürger eines Stadtteils streiten dagegen für Verkehrsberuhigung und kinderfreundliche Schulwege.

Beim Versuch, diesen vielfältigen Erwartungen nachzukommen, werden die Mitglieder und Mitarbeiter von Netzwerken und Brückeneinrichtungen immer wieder anecken und für andere unbequem werden. In diesem Beitrag sollen Hilfestellungen für die Arbeit in einem zentralen, aber gleichwohl sehr komplizierten, tendenziell konflikthaften Feld der Gesundheitsförderung gegeben werden. Dazu werden Fragen danach gestellt, was die theoretischen und klassifikatorischen Grundlagen

der Vernetzung sind, wie die geeigneten Strukturen aussehen und welche Erfahrungen und Hinweise für die Praxis vor Ort vorliegen.

In den folgenden Abschnitten beschäftigen wir uns mit Konzepten und Theorie des interorganisatorischen Kooperierens und Vernetzens. Warum braucht Gesundheitsförderung besondere Anstrengungen der Zusammenarbeit? Welche Strukturen gibt es dafür? Welche Aufgaben haben sie? Was können sie aber auch nicht leisten, wo kommen sie an ihre Grenzen? Und wie kann der Übersetzungs- und Vermittlungsprozess erfolgreich gestaltet werden? Wie vermeidet man Fehler, die andere schon gemacht haben? Für diese Fragen versuchen wir, Antworten, zumindest aber Anregungen zu geben.

2. Theoretische und konzeptionelle Hintergründe

Kooperation und Vernetzung sind keine Erfindungen der Gesundheitsförderung. Während sie in anderen Bereichen des Lebens meist äußerst wünschenswert und förderlich sind, ist allerdings Gesundheitsförderung regelrecht auf sie angewiesen.

Intersektoralität oder Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe

Für die Zusammenarbeit verschiedener Politiksektoren und gesellschaftlicher Bereiche (Staat, Markt, gemeinnütziger Sektor) werden in der WHO vorwiegend die Ausdrücke **gesundheitsfördernde Gesamtpolitik** (healthy public policy) und **intersektorale Kooperation** benutzt (TROJAN, SÜB 2011). „Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik ist gekennzeichnet durch eine ausdrückliche Sorge um Gesundheit und

Gerechtigkeit in allen Politikbereichen und durch eine Verantwortlichkeit für ihre Gesundheitsverträglichkeit.“ (NUTBEAM 1998, S. 12)

Dieses Konzept hat inzwischen auf allen politischen Ebenen, von der EU bis zur kommunalen Ebene, in verschiedenen Programmatiken und Gesetzen Eingang gefunden (vgl. TROJAN /L EGEWIE 2001, S. 249 ff). Tatsächlich gibt es einzelne erfolgreiche Beispiele hierzu. Im allgemeinen macht die Zusammenarbeit über politische Sektorengrenzen hinaus große Probleme. In Studien der Hamburger Forschungsgruppe zur intersektoralen Kooperation (TROJAN u.a. 2001) wurden als besonders bedeutsame *positive Voraussetzungen* identifiziert:

- gut etablierte Politik-Diskurse zu den wichtigen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung,
- infrastrukturelle und personelle Ressourcen sowie gesetzliche Voraussetzungen,
- „Profilierungspotential“ eines Themas für die Politik und andere Akteure,
- Zulassen innovativer Experimente (im Gegensatz zum Beharren auf gewachsener Tradition),
- formelle Leistungsvereinbarungen zur Absicherung arbeitsteiliger Kooperation,
- Öffentlichkeit (insbesondere Bürger und Medien) als Verstärker und Verbündete,
- frühzeitige Beteiligung der Nutzer von Gesundheitsberichterstattung („Adressaten für Daten und Taten“),

- sowie sorgfältige Reflexion und Berücksichtigung überlappender oder auf der Agenda höher stehender, gleichzeitiger Politik-Programme.

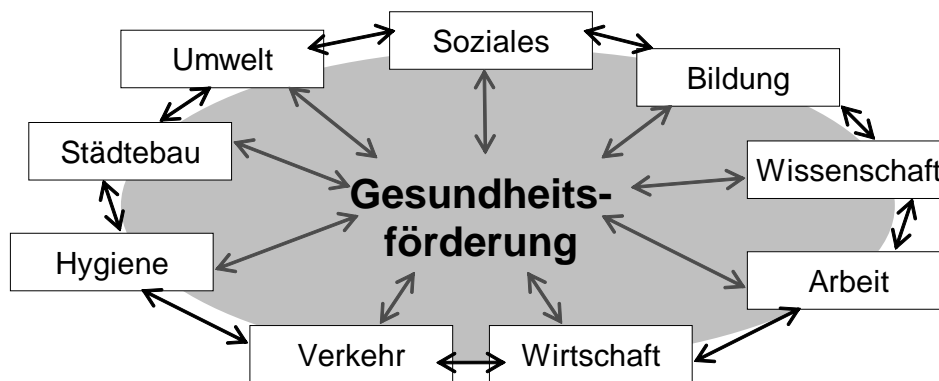


Abb. 1

Für intersektorale Kooperation sind auch neue Verantwortungsstrukturen zwischen den bisherigen Polen öffentlicher und privater Zuständigkeiten notwendig, die von der WHO als **Public-Private-Partnerships** bezeichnet werden. Die Soziologie hat sich früher hauptsächlich mit den beiden zentralen Sektoren des gesellschaftlichen Lebens beschäftigt: **Markt** und **Staat**. Alles andere jenseits von Markt und Staat wurde als „Dritter Sektor“ zusammengefasst: In diesem Sammelbegriff finden sich vor allem das private Leben, die Einzelnen, die Haushalte, die Familien, die individuelle Selbst- und Nachbarschaftshilfe – aber auch die Netzwerke und Brückeneinrichtungen, um die es uns hier geht.

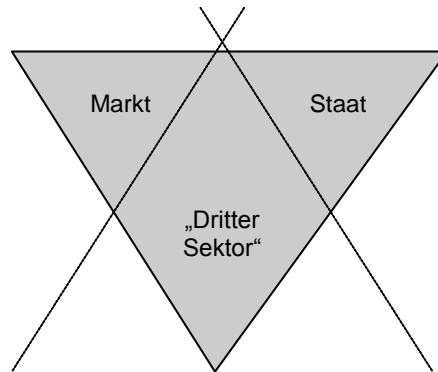


Abb. 2: Die drei Sektoren

Die Idee des „Welfare Mix“ und die Rolle des Laien-Systems

Erst in den letzten Jahrzehnten differenzierte die Soziologie den „Dritten Sektor“ genauer. Von Familien und Haushalten, den **informellen Systemen**, unterschied sie einen Bereich, der in der Mitte zwischen Markt, Staat und Familie liegt und deshalb als **„intermediärer Bereich“** bezeichnet wird. Verschiedene Autoren zählen ganz unterschiedliche Organisationen und Akteure zu diesem Bereich (siehe Abschnitt „Ideen- und Begriffsgeschichte des Intermediären“).

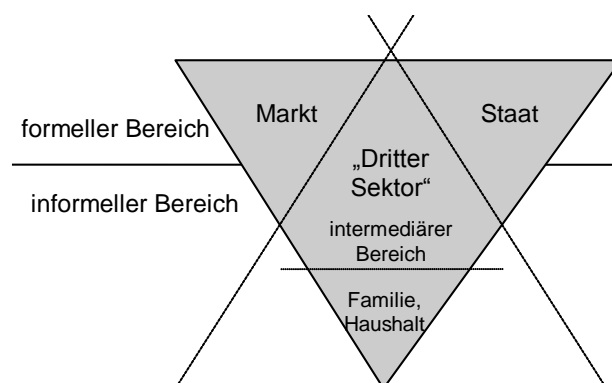


Abb. 3: Der „intermediäre Bereich“

Bis gegen Ende des 19. Jahrhunderts lag der Umgang mit Gesundheit und Krankheit in Deutschland überwiegend in der Verantwortung der Einzelnen und ihrer primären Netzwerke, der Familien. Vor allem durch die Bismarck'sche Sozialgesetzgebung wurde er dann für mehr als hundert Jahre zu einer **Aufgabe des Staates, der zu diesem Zweck unser Soziales Sicherungssystem schuf**. Heute erleben wir, wie sich die öffentliche Hand schrittweise aus der Verantwortung wieder zurückzieht und den Kräften des Marktes freien Lauf lässt. Gleichzeitig wird Familien-, Nachbarschafts- und Selbsthilfe wieder wichtiger: erstens, weil der Markt nur dort funktioniert, wo genug Geld vorhanden ist und dadurch ein weites Feld „unbeackert“ bleibt; und zweitens, weil die Kräfte der formellen Sektoren Markt und Staat meist anonym und unpersönlich sind und den vielfältigen individuellen Problemlagen der Menschen und ihren emotionalen Bedürfnissen oft nicht gerecht werden können.

Die drei Sektoren – der **Markt**, der **Staat** und der **intermediäre Bereich** mit Einzelpersonen und Haushalten – funktionieren nach ihren eigenen, meist relativ eindimensionalen Gesetzmäßigkeiten. Der Markt ist orientiert am Denken in Gewinn- und Geldkategorien; der staatliche Sektor ist es gewöhnt, die Bürger als Untertanen zu verwalten, und glaubt noch heute viel zu oft, besser als sie selbst zu wissen, was ihnen nützt; und in Familien und Haushalten handeln die Menschen oft nach emotionalen und alltagslogischen, aber nicht primär nach professionellen Maßstäben.

**Idealtypische Regulationsmechanismen von
privaten Haushalten/informellen Netzen/Gemeinschaft,
Markt, Staat und Intermediärem Bereich**

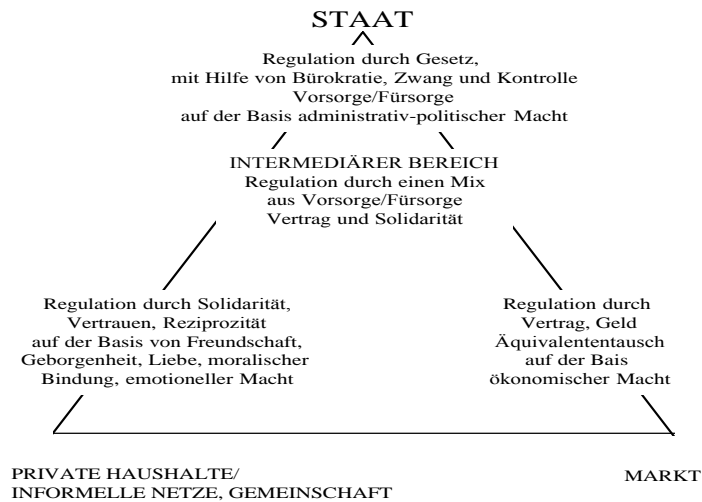


Abb. 4: Regulationsmechanismen (Quelle: EFFINGER 1993)

Diese Trennung der Sektoren oder Bereiche und ihrer immanenten Denkweisen weicht aber immer mehr auf, zwischen ihnen entwickeln sich vielfältige Verbindungen, Zwischenformen, Netzwerke und Brücken. Weder der Markt noch die staatlichen Instanzen sind in der Lage, den Umgang mit Gesundheit und Krankheit allein befriedigend und ausreichend zu gewährleisten: Der Markt kommt dort an seine Grenzen, wo den Einzelnen das Geld fehlt, seine Leistungen zu kaufen; der Staat hat aber auch immer weniger Geld für Gesundheit oder gar ihre Förderung. So ist die politische Aktualität des Dritten Sektors – vor allem von konservativer Seite – auch ein Versuch, die primären Netze, Familien und

Nachbarschaften, wieder stärker in die Verantwortung zu nehmen und dadurch Markt und Staat zu entlasten.

Die Idee des „**Welfare Mix**“ bezeichnet genau diese **Konvergenz**, dieses Aufeinander-Zugehen der drei Bereiche Markt, Staat und informelle Sphäre. Durch die Annäherung entsteht der intermediäre Bereich. Ihm fällt die Aufgabe zu, die Widersprüche und Spannungen produktiv aufzulösen, die durch die unterschiedlichen Kulturen, Lebens- und Arbeitsgewohnheiten und -stile der drei Sektoren oder Bereiche entstehen. Die Organisationen des intermediären Bereichs haben dadurch oft einen zwittrigen, hybriden Charakter. Wie Chamäleons müssen die Mitarbeiter solcher Instanzen an verschiedenen Welten teilnehmen – ihre Färbung dürfen sie dabei verändern, sich selbst sollten sie aber möglichst treu bleiben.

Gelegentlich wird der Dritte Sektor auch als „Laiensystem“ bezeichnet und dem „professionellen System“ der Sektoren Markt und Staat gegenübergestellt. Allerdings verschleiert diese Terminologie, dass gerade der intermediäre Bereich ein hohes Maß an **Professionalität** erfordert, wenn Vernetzung und Brückenschlagen erfolgreich sein sollen. Die dort erforderliche Art der Professionalität geht oft weniger in die Tiefe, dafür aber stark in die Breite: Ein Brückenbauer oder Netzwerker muss Experte sein für die verschiedenen sozialen Kulturen, zwischen denen er vermittelt – ähnlich wie ein **Dolmetscher**, der oft nicht nur zwischen Sprachen, sondern auch zwischen verschiedenen ethnischen Kulturen vermitteln muss.

Wie dargestellt, gibt es eine ganze Reihe von Gründen, die zur Entstehung intermediärer Organisationen, Instanzen und Strukturen führen.

Sehr allgemein könnte man sagen: Hauptfaktor ist der Bedarf an neuen flexiblen, bedürfnisgerechten Problemlösungen angesichts der Leistungsgrenzen der öffentlichen Verwaltung und der privaten Unternehmen, aber auch der individuellen Selbsthilfe.

Zur Ideen- und Begriffsgeschichte des „Intermediären“

Das Konzept der intermediären, vermittelnden, mediatisierenden Strukturen hat weder einen eindeutigen historischen Ursprung noch einen klaren wissenschaftlich-theoretischen Ort. Es taucht immer wieder an verschiedenen Stellen und zu verschiedenen Zeiten in der politischen, soziologischen und sozialpolitischen Diskussion auf. Ein sehr einfacher Grund dafür dürfte sein, dass die gängigen Versuche, gesellschaftliche Strukturen in Form einfacher Zweiteilungen zu erfassen, nicht tragfähig sind: z.B. das Konzept des dualen Systems der Gesundheitssicherung (Laiensystem und professionelles System), einer dualen Ökonomie (Markt und Staat) oder vom Einzelnen und der Gesellschaft. Die Wirklichkeit ist eben viel komplexer. Bei der Differenzierung solcher Dualismen werden dann immer wieder soziale Gebilde und Erscheinungen *dazwischen* oder als ergänzendes Drittes entdeckt.

Als Ausgangspunkt eines Konzeptes des Intermediären könnte der Begriff der **Drehpunkt-Person** oder **Drehpunkt-Organisation** gelten, den ROLF SCHWENDTER (1971) gebraucht hat. Beide vereinen zumindest teilweise die unterschiedlichen Welten von Subkultur und Establishment und können dadurch eine Verbindung zwischen ihnen herstellen. Dieses Konzept wird von JOSEF HUBER (1980) wieder aufgenommen. Er erweitert es zur „Zwischenkultur“ bzw. **intermediären Kultur**. Während bei

SCHWENDTER noch der Gedanke einer außer-institutionellen Gegenmacht zum Etablierten im Vordergrund stand, hat das Konzept des Intermediären bei HUBER schon ein weniger revolutionäres Erscheinungsbild. Es geht vielmehr um die Vermittlung zwischen der ersten Kultur der Etablierten und einer zweiten, alternativen Subkultur.

Die Bandbreite dessen, was als **intermediär** bezeichnet wurde bzw. wird, ist sehr groß. Je nachdem, ob der Autor eher aus dem gesellschaftlichen, politischen oder medizinischen Bereich stammt, fallen ganz **verschiedene Strukturen** unter diesen Begriff:

- BERGER/NEUHAUS (1981) definieren als **mediating structures** soziale Institutionen, die zwischen privatem und öffentlichem Leben vermitteln. Genannt werden Familie, Nachbarschaft, Freiwilligen-Zusammenschlüsse und die Kirche.
- KAUFMANN (1987) wählt einen anderen Ansatz. Für ihn sind **intermediäre Instanzen** Akteure, die weder dem Staat im engeren Sinne zuzurechnen sind noch dem Bereich privater Organisationen, wie Wirtschaftsunternehmen oder Vereine. Er zählt dazu Sozialversicherungen und Kammern, Gewerkschaften, Unternehmens- und Wohlfahrtsverbände.
- Im selben Buch bezeichnet BECHER u.a. (1987) **intermediäre Institutionen** als „(...) die bereichs- und problembezogenen **Verbundsysteme**, die Einflussorientierten Zusammenschlüsse sowie die Presse und die Öffentlichkeit“.
- MILLES und MÜLLER (1987) dagegen beziehen sich nur wenige hundert Seiten vorher unter eben diesem Begriff auf Unfallversicherungen, Krankenkassen und Berufsgenossenschaften.

Schon diese kurze Auswahl an Definitionen des Intermediären macht deutlich, dass der Begriff recht diffus und grenzenlos ist. Das ist nicht weiter verwunderlich, denn das Intermediäre gilt geradezu als Brücke zwischen verschiedenen Welten, Weltanschauungen und Disziplinen.

In neuerer Zeit sind weitere Konzepte und Begriffe aufgetaucht, deren inhaltliche Analyse an dieser Stelle nicht geleistet werden kann: Kommunitarismus, Bürgerengagement, Zivilgesellschaft (www.ehrenamt.de), Soziales Kapital (KNESEBECK 2011, Aktivierender Sozialstaat (KELLERMANN u.a. 2001, SCHMIDT, KOLIP 2007)). Sie alle bezeichnen Teile des Intermediären und zielen meist ab auf eine stärkere Kooperation zwischen dem gemeinnützigen Sektor bzw. den Bürgern und dem Staat.

Trotz oder gerade wegen der Diffusität des Begriffes des Intermediären sollten wir festhalten, dass jedenfalls unser Untersuchungsgegenstand, die Strukturen der interorganisatorischen Vernetzung und Kooperation in der Gesundheitsförderung, diesem intermediären Bereich zuzuordnen sind.

3. „Zwischen-Strukturen“ für interorganisatorische Kooperation in der Gesundheitsförderung: Netzwerke und Brückeneinrichtungen
Vermitteln und Vernetzen ist – neben **Interessen vertreten** und **Befähigen und Ermöglichen** – eines der wichtigsten Prinzipien des Handlungsprogramms der Gesundheitsförderung in der **Ottawa-Charta**. Ausgangspunkt ist die Einsicht, dass der Gesundheitssektor allein nicht in der Lage ist, gesunde Lebensbedingungen und Wohlbefinden für die Menschen herzustellen:

„Gesundheitsförderung verlangt vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und in den Medien. Menschen in allen Lebensbereichen sind daran zu beteiligen als einzelne, als Familien und als Gemeinschaften. Die Berufsgruppen und sozialen Gruppierungen sowie die Mitarbeiter des Gesundheitswesens tragen große Verantwortung für eine gesundheitsorientierte Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen in der Gesellschaft.“ (Ottawa-Charta)

Vermittlung und Vernetzung bedeutet also, **horizontale und vertikale Kooperationsstrukturen** aufzubauen und weiterzuentwickeln:

- **Horizontal** sind die verschiedenen Lebensbereiche der Menschen und die entsprechenden Politiksektoren miteinander zu verknüpfen und für gesundheitsfördernde Aktivitäten zu gewinnen.
- **Vertikale Kooperation** bedeutet, dass die unterschiedlichen politischen Ebenen, von der internationalen bis hinunter zur lokalen und Nachbarschaftsebene, miteinander verbunden werden müssen. Vertikale Kooperation heißt aber auch, gesellschaftliche Großinstitutionen des formellen Bereichs (Staat, Kommunen, Krankenkassen) über mittlere Ebenen von Komplexität (Wohlfahrtsverbände, Berufsverbände, kommunale bzw. Stadtteil-Einrichtungen) bis hin zu selbstorganisierten Zusammenschlüssen von Bürgern (Selbsthilfegruppen und Bürgerinitiativen) in einen gemeinsamen Arbeitszusammenhang zu bringen, in dem Konflikte ausgetragen und Konsensprozesse auf den Weg gebracht werden können.

Vernetzen heißt, sich persönlich kennen lernen und mit langem Atem Hürden der Zusammenarbeit abbauen.

Wir beschränken uns an dieser Stelle auf **zwei Teilbereiche** des Intermediären, die für Gesundheitsförderung besonders wichtig sind:

- **Intermediäre Kooperationsstrukturen** (Netzwerke, Foren, Arbeitsgemeinschaften u.ä.): Dies sind zielgruppen-, gebiets- oder problembezogene, unterschiedlich zusammengeschlossene Verbundsysteme, die oft Staat, Markt und informelle Sphäre miteinander verknüpfen. Ihre Hauptfunktion ist die Wahrung allgemeiner Interessen und gesellschaftlicher Aufgaben, darunter auch der Bereich der Gesundheitsförderung. Diese Strukturen sind aber auch in Politikfeldern anzutreffen, die nicht direkt mit Gesundheit zu tun haben (z.B. Umwelt, Stadtplanung, Bildung). Dort sind solche Verbundsysteme ebenfalls wichtig für Gesundheitsförderung: Sie sind Systemschnittstellen zwischen verschiedenen Politiksektoren, ermöglichen also intersektorale Politik.
- **Intermediäre Brückeneinrichtungen:** Das sind konkrete Organisationen, Infrastruktur-Einheiten mit Raum-, Sachmittel- und Personalausstattung. Ihre primären Aufgaben sind vor allem vermittelnder Natur.

Eine genaue Trennung zwischen den Begriffen Netzwerk und Brückeneinrichtung ist oft schwer. Brückeninstanzen sind eigentlich immer in ein Netzwerk eingebettet; Netzwerke existieren oft außerhalb von Brückeneinrichtungen, manchmal aber auch in so enger Anbindung an eine Brückeneinrichtung, dass sie als deren Bestandteil erscheinen.

Netzwerke (Kooperationsstrukturen)

Der **Netzwerk**-Begriff wird in der wissenschaftlichen Literatur sehr vielfältig benutzt (Broesskamp-Stone 2003,2004; Enkerts / Schweigert 1988; TROJAN, SÜß 2011). Wir geben hier zunächst einen Überblick über die verschiedenen Bedeutungszusammenhänge und versuchen dann eine Eingrenzung des Begriffs für unsere Zwecke.

Soziale Netzwerke sind relativ dauerhafte, jedoch nur gering oder gar nicht formalisierte Beziehungsstrukturen zwischen Individuen und Gruppen.

Ihre Bedeutung liegt vor allem darin, dass sie soziale Unterstützung für den Einzelnen leisten und soziale Aktionen durchführen können. Sie haben eine wichtige Rolle bei der Bewältigung von Krankheiten und der Förderung von Gesundheit auf individueller Ebene und in lokalen Lebenszusammenhängen.

Gelegentlich werden **natürliche Netzwerke** (Familie, Haushaltsmitglieder, Nachbarschaft, Freundes- und Kollegenkreis usw.) **organisierten Netzwerken** gegenübergestellt (Vereine, Selbsthilfeszusammenschlüsse, Bürgerinitiativen und ähnliche soziale Gebilde).

Systematisch wird manchmal auch unterschieden nach

- **primären Netzwerken** (Familie, Verwandte, Haushaltsangehörige und Freunde),
- **sekundären Netzwerken** (vor allem selbstorganisierte soziale Gebilde im eigenen Lebensraum, aber auch höhergradig organisierte Vereinigungen und Verbände) sowie

- **tertiären Netzwerken** (in dieser Systematik die professionellen Hilfssysteme, die allerdings der obigen Definition sozialer Netzwerke kaum noch entsprechen).

Im allgemeinen Sprachgebrauch werden jedoch mit dem Begriff **soziale Netzwerke** vor allem informelle Beziehungsstrukturen angesprochen, im Unterschied zu formellen und funktionalen Verknüpfungen von Organisationen und Institutionen. Die sozialpolitische Bedeutung der sozialen Netze als Schutz-, Bewältigungs-, Entlastungs- und Unterstützungssysteme hat zu einer rapide gewachsenen Forschung über soziale Netzwerke seit Beginn der 70er Jahre geführt.

Insbesondere in der Sozialpsychologie und in der Gemeindepsychologie sind **persönliche Netzwerke** untersucht worden. Ausgehend von den Beziehungen, die ein notleidendes Individuum zu einzelnen Personen und Gruppen hat, werden nicht nur Schwächen des individuellen Netzwerkes zu identifizieren versucht, sondern auch Stärken, d.h. die möglichen Anknüpfungspunkte für die aktive Hilfesuche des Individuums in seiner unmittelbaren Umgebung. Netzwerkförderung wird in diesem Kontext auch gelegentlich als *Netzwerkberatung* oder auch *Netzwerktherapie* bezeichnet. Dieser Ansatz stellt also eine wesentliche Erweiterung der üblichen Einengung professioneller Helferdisziplinen auf den Einzelnen und seine Krankheit dar.

Eine zweite Forschungsrichtung versucht, soziale Netzwerke im Sinne selbstorganisierter **Zusammenschlüsse auf Gemeindeebene** zu identifizieren und in ihrer Bedeutung für Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung zu beleuchten. Im Zentrum solcher Netzwerke

steht (im Gegensatz zu den um eine Person herum gruppierten Netzwerken) eine gemeinsame Betroffenheit oder ein gemeinsames Ziel als verbindendes Element. Untersuchungen auf Gemeindeebene haben gezeigt, dass solche sozialen Netzwerke – unabhängig davon, ob sie sich in den Bereichen Bildung und Kultur, Freizeit, Umwelt, Arbeit/Arbeitslosigkeit, Nachbarschaft, Stadtteil oder Gemeinwesen engagieren – große Bedeutung haben für die Organisation sozialer Unterstützung und sozialer Aktionen im Sinne besserer Lebensbedingungen und größeren Wohlbefindens (TROJAN, SÜB 2010). Epidemiologische Untersuchungen haben ergänzend mit verschiedenen Ansätzen zeigen können, dass eine gelungene Einbindung des Einzelnen in primäre und soziale Netzwerke mit geringerer Krankheitshäufigkeit und höherer Lebenserwartung einher geht. Studien zur Bedeutung „sozialen Kapitals“ haben zu gleichsinnigen Erkenntnissen geführt (KNESEBECK 2011).

Netzwerkförderung – als unspezifischer Ansatz der Gesundheitsförderung und Prävention – versucht, soziale Netzwerke auf lokaler Ebene zu stärken und zu unterstützen. Dabei ist vorwiegend zu denken an alle im weitesten Sinne frei-gemeinnützigen Selbsthilfeszusammenschlüsse, Vereine, Initiativen und Organisationen mit den von ihnen getragenen Einrichtungen, z.B. im Beratungs-, Bildungs-, Kultur- und Umweltbereich. Sie alle bilden eine Infrastruktur für gesundheitsrelevante soziale Reformen und Innovationen, die dem Einzelnen Möglichkeiten des Engagements und der Verbesserung der eigenen Lebens- und Arbeitsbedingungen bieten. Die zunehmende Bedeutung dieser Form der Netzwerkförderung lässt sich vor allem auch

daraus erklären, dass, wie erwähnt, traditionelle Netzwerke – insbesondere die Familien – ihren Aufgaben im Sinne sozialer Unterstützung immer weniger nachkommen können.

Eine umfassende **Definition** von Netzwerkförderung auf der Basis zahlreicher unterschiedlicher Untersuchungsergebnisse lautet:

Als **Netzwerkförderung** bezeichnen wir:

1. Aktivitäten, die der Erhaltung, Befähigung und *Weiterentwicklung vorhandener* aufgabenbezogener (gesundheitsrelevanter) Netzwerke in Arbeits- und Lebenswelt dienen,
2. Aktivitäten, die der *Anregung neuer* aufgabenbezogener (gesundheitsrelevanter) Netzwerke in Arbeits- und Lebenswelt dienen,
3. Aktivitäten, die der Entlastung und Pflege, Erweiterung, Aktivierung, Stärkung und Qualifizierung *persönlicher* Netzwerke (z.B. Familie, Nachbarschaft, Freunde u.a.m.) dienen.

Im Zusammenhang von Gesundheitsförderung und Public Health wird der Ausdruck „Netzwerkförderung“ neuerdings auch gelegentlich benutzt für die Schaffung von **Kooperationsnetzwerken**. Üblicher hierfür ist jedoch der Ausdruck „Vernetzung“ (Freie Universität Berlin 1999) oder „Netzwerkbildung“ (TROJAN, SÜB 2011).

Aus der **Initiativen- und Selbsthilfebewegung** kommt die Befürchtung, dass sich die Gruppen bei Einbindung in ein Netzwerk den normativen Vorgaben formaler Institutionen beugen müssen und so ihrem eigentlichen Zweck nicht mehr gerecht werden können. Diese Problematik darf sicherlich nicht unterschätzt werden. Andererseits liefern gerade große

formale Organisationen Unterstützung in *Know How* sowie auch in finanzieller Hinsicht. Dabei ist nur eine gemeinsame Basisintention erforderlich, nicht die Deckungsgleichheit aller Interessen. Im Gegenteil: Netzwerke leben von den unterschiedlichen Potentialen der Beteiligten. Dabei sollten die einzelnen Akteure die von ihnen angestrebten Veränderungen und Ziele nicht aus den Augen verlieren und ihr eigenes Profil bewahren. Richtig verstandene Netzwerke führen also nicht zur Gleichmacherei, sondern zwingen dazu, die eigene Position klar zu definieren. Netzwerke erfordern somit einen Perspektivenwechsel, der für alle Beteiligten fruchtbar sein kann, solange nicht ein Akteur die normative Ausrichtung zu einseitig beeinflusst.

Koordinationsstrukturen auf Landes- und kommunaler Ebene:

Regionale Arbeitsgemeinschaften und Gesundheitsförderungskonferenzen (Zugang über www.bvpraevention.de)

Kooperationsstrukturen der Gesundheitsförderung werden uneinheitlich benannt als *regionale / kommunale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitserziehung* bzw. *Gesundheitsförderung*, als *Arbeitskreise Gesundheit* oder *Gesundheitsförderungskonferenzen*. Es gibt sie bei uns vor allem auf Landes- und kommunaler Ebene.

Ähnliche Kooperationsstrukturen haben sich auch in anderen Bereichen bewährt, z.B. als *psychosoziale Arbeitsgemeinschaften*, *kommunale Pflegekonferenzen* oder *Armutskonferenzen*. Eine wichtige Rolle spielen solche Kooperationsstrukturen auch in allen „integrierten Programmen“. Dies sind insbesondere Nachhaltigkeitsprogramme wie die *lokale Agenda 21* (vgl. TROJAN/LEGEWIE 2001, S. 235 ff.) sowie im Bereich der

Stadtentwicklung (vgl. ALISCH 2001, TROJAN/LEGEWIE 2001, S. 241 ff., BOEHME, STENDER 2011).

Ein Vergleich der **Koordinationsstrukturen auf Landesebene** zeigt, dass Nordrhein-Westfalen mit Abstand die größte Kontinuität und präziseste Regelung für die Koordination auf Landesebene hat. In einer Evaluation (SIEGRIST U.A. 2003) wird zu Recht festgestellt, dass die Landesgesundheitskonferenz (LGK) eine „unverzichtbare organisatorische Neuerung einer Gesundheitspolitik auf Landesebene darstellt“. Die aufgegriffenen Themen können als relevant im Sinne eines vorhandenen Gestaltungsbedarfs in dem jeweiligen Politikbereich gelten. Der Anspruch, Anstoß zu einer neuen Kultur „gemeinsamen Handelns im Gesundheitswesen“ zu sein, wird erfüllt. Einschränkungen sind zu machen, inwieweit und in welchen Bereichen die LGK als Steuerungsinstrument dient (und dienen kann) und inwieweit ihre Empfehlungen zu greifbaren Auswirkungen führen.

In zehn Bundesländern gibt es allgemeinere Aufträge für die Koordination im Bereich der Gesundheitsförderung (MÜLLER, W. 2000/2002): In zwei Gesetzen (Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg) werden hierfür auch Arbeitsgemeinschaften als Struktur genannt. In zwei weiteren Bundesländern werden für dieselben Aufgaben der Gesundheitsförderung regionale Gesundheitskonferenzen angeführt (Rheinland-Pfalz und Hamburg), die in Wirklichkeit jedoch eher als Gesundheitsförderungskonferenzen zu bezeichnen wären.

Für die **kommunalen Koordinationsstrukturen** waren vor allem die Idee einer systematischen Gesundheitsplanung (SCHRÄDER U.A. 1986) und das Gesunde Städte-Projekt (TROJAN/HILDEBRANDT 1991) entscheidende

Hintergründe der Entwicklung. Dabei wird die regionale Gesundheitskonferenz als relativ synonym mit einem Gesundheitsbeirat wie in München bzw. sogar einer „konzertierten Aktion auf kommunaler Ebene“ angesehen. Nur wenn dieser weitreichende Auftrag für alle Gesundheitsbelange im Vordergrund steht, sollte eigentlich von einer „Gesundheitskonferenz“ gesprochen werden. Andernfalls ist der Ausdruck einer „**Gesundheitsförderungskonferenz**“ angemessener. In der Realität dieser Koordinationsstrukturen gehen aber sowohl die Bezeichnungen als auch die Aufgabenzuschreibung recht stark durcheinander. Über die anfänglichen Entwicklungen seit Anfang der 80er Jahre gibt es eine Reihe von Übersichten und Evaluationen (MEIER 1996; TÖPLER 1999; LEYKAMM/GRAF 2001; GEENE 1997; MÜLLER, P. 2001).

Die kommunalen Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen sind insbesondere durch § 23 und § 24 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst von 1997 geregelt und in der Ausführungsverordnung von 1999 zum Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst weiter präzisiert. Die Koordination bezieht sich zwar einerseits auf Gesundheitsförderung, darüber hinaus aber auch auf kommunale Gesundheitsberichterstattung, Umweltmedizin, psychiatrische und Suchtkranken-Versorgung, medizinisch-soziale Versorgung älterer Menschen sowie auf Aids-Aufklärung, -Beratung und -Versorgung.

Aus der vorliegenden Literatur sind einige allgemeine **Voraussetzungen** herauszudestillieren, ohne die Gesundheitskonferenzen zum Scheitern verurteilt sind (vgl. insbesondere LANDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG O.J). Dazu gehören:

- eine Geschäftsstelle/Infrastruktur bzw. ein engagiertes Gesundheitsamt,
- ein politischer Wille und definierter Auftrag mit möglichst präziser Aufgaben- bzw. Prioritätenfestlegung,
- personelle und materielle Ressourcen
- sowie Fähigkeiten zur Gesundheitsberichterstattung, neutraler Moderation und Public-Health-Wissen.

Insbesondere aus der Evaluation der „ortsnahen Koordinierung“ und den späteren kommunalen Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen (BADURA, ZAMORA 2001) haben sich als **Hauptprobleme** herauskristallisiert: Konkurrenzprobleme zwischen bestimmten Anbietern, Entscheidungskompetenzen auf überörtlichen Ebenen, die Vernetzung und Kooperation mit GKV-finanzierten Strukturen und zum Teil darauf zurückzuführende begrenzte Umsetzungserfolge. Eine ganz allgemeine „Zwickmühle“ besteht darin, dass die kommunalen Gesundheitskonferenzen dort am erfolgreichsten sein können, wo es tatsächlich um lokale Probleme geht, andererseits aber viele lokale Probleme nur auf höheren politischen Ebenen lösbar sind (Bundesgesetzgebung, bundesweit gesteuerte Politik der sozialen Leistungsträger, etc.).

Einen Überblick über die wichtigsten Koordinationsstrukturen auf dezentraler Ebene gibt Abb. 5.

Land	Kommunale/regionale Koordinations- und Kooperations-Strukturen
Berlin	Bezirkliche Plan- und Leitstellen als dezentrale Koordinations-, Planungs- und Kommunikationsinstanzen. Managementstrukturen der Gesundheitsverwaltung zur Erfüllung der „neuen“ Aufgaben nach dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst von 1994. Mit diesem Gesetz wurde Berlin das erste Bundesland, in dem die Aufgaben <i>Gesundheitsförderung, Gesundheitsberichterstattung</i> und <i>Gesundheitsplanung</i> auf kommunaler Ebene eine gesetzliche Grundlage bekamen. Die Plan- und Leitstellen sind beim Gesundheitsdezernenten angesiedelt. (vgl. P. MÜLLER 2001)
Baden Württemberg	Regionale AGs für Gesundheitserziehung seit 1988; (vgl. TOEPLER 1999; LEYKAMM/GRAF 2001).
Nordrhein- Westfalen	Institutionalisierung der „ortsnahen Koordinierung“ durch den ÖGD-NRW (§ 23 Koordination; § 24 kommunale Gesundheitskonferenz sowie der Landesgesundheitskonferenz ÖGDG von 1997) (vgl. BEARINGPOINT/FOGS 2003)
Rheinland- Pfalz	Regionale Gesundheitskonferenz verankert durch das Gesetz zur Neuordnung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (§ 5, 1997).
Saarland	„Regionale Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“. Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen allen am Gesundheitswesen beteiligten Institutionen. Regionale Gesundheitskonferenzen fanden 1998 statt, wurden aber offenbar inzwischen aufgegeben.
Sachsen- Anhalt	Landesgesundheitskonferenz als Instrument der Umsetzung landesweiter Gesundheitsziele (vgl. MFAFGS 2001).

Abb. 5: Ausgewählte Koordinations- und Kooperationsstrukturen in Deutschland (TROJAN in Anlehnung an BADURA/ZAMORA 2001; vgl. a. W. MÜLLER 2000/2002)

Brückeneinrichtungen (Unterstützungsstrukturen)

Wenn man Brückeneinrichtungen zunächst als Begriff plastisch beschreiben will, bietet sich das Bild vom **Feld** an (TROJAN/HILDEBRANDT 1990: 13ff). In der politischen Landschaft werden Felder abgesteckt, die inhaltlich zwar zusammenhängen, trotzdem aber durch tiefe Gräben getrennt sind. Die Gräben sind sogar innerhalb der Felder derselben Bauern zu finden: Sogar der alte Bereich der Erziehung zur Gesundheit ist von dem neueren der Gesundheitsförderung manchmal noch getrennt durch Gräben der Unkenntnis, Intoleranz, ungleicher Ressourcenverteilung und Konkurrenz. Ein solches von Gräben durchzogenes Feld zu bestellen, ist mühselig und anstrengend. Kostbare Energie wird verschwendet, wenn nicht **Brücken** gebildet werden, die der Gesundheitsförderung über tagespolitische Interessenlagen, Wettbewerbsstrategien und andere nicht-sachbezogene Gesichtspunkte hinweghelfen.

Der Brückenbau beginnt in der Regel auf beiden Seiten der Gräben, zwischen alten und neuen, eigenen und fremden Territorien. Willige Brückenbauer sind hier und dort zu finden, in alten und neuen Territorien bzw. Institutionen. Allerdings bestehen Unklarheiten und Unsicherheiten über das Baumaterial, wer mit der Bauleitung zu beauftragen ist und wer den Brückenbau finanzieren soll.

Brückeninstanzen sind die notwendigen Zwischenglieder einer langen Kette von sozialen Gebilden zwischen dem einzelnen Gesellschaftsmitglied und den höchsten Ebenen gesellschaftlicher Macht. Man unterscheidet dabei **alte und neue Brückeninstanzen**.

- Zu den alten, **traditionellen intermediären Instanzen** gehören vor allem jene Strukturen, mit denen wir uns hier nicht näher beschäftigen wollen: Familie, Kirche, Nachbarschaft, Wohlfahrtsverbände, Sozialversicherungsträger, standespolitische Interessenverbände und einige Betroffenen-Zusammenschlüsse. Gerade die zuerst genannten Instanzen können die ursprünglichen Aufgaben der Vermittlung oft nicht mehr erfüllen. Sie bedürfen neuer unterstützender und vermittelnder Infrastrukturen.
- Zu den **neuen Brückeneinrichtungen** zählen z.B. Mütterzentren, Elternschulen, Stadtteilzentren, Nachbarschaftsheime, Kulturzentren, Bildungs- und Gesundheitswerkstätten, Gesundheits- und Wissenschaftsläden, Selbsthilfekontaktstellen.

Die Komplexität des Beziehungsgeflechtes wird noch dadurch erhöht, dass es teilweise zu Konflikten zwischen alten und neuen Brückeneinrichtungen kommt. Etwa wenn die alten nicht akzeptieren wollen, dass die neuen manche Aufgaben flexibler und sachgerechter erfüllen können.

Woran erkennt man neue Brückeneinrichtungen? Wenn es auch keine eindeutigen Kriterien gibt, so kann man doch einige besonders häufig auftretende **Charakteristika** herausstellen: Die neuen Brückeneinrichtungen haben im Vergleich zu den alten ein **Akzeptanz- und Legitimationsproblem** gegenüber formellen Instanzen, nicht so sehr jedoch gegenüber dem informellen Sektor. Diese mangelnde Akzeptanz wird vor allem durch die Verweigerung ausreichender finanzieller Ressourcen deutlich, was vermutlich auch in ihrer politischen

Unberechenbarkeit begründet liegt. Die Bezeichnung „neu“ kennzeichnet bereits das Selbstverständnis als Vorkämpfer für eine neue Idee oder ein neues Paradigma, auch wenn dieser Anspruch in der Realität oft nur zum Teil eingelöst werden kann. Grundsätzlich stellen Brückeninstanzen **Orte des sozialen Wandels** dar. Egal in welcher Arbeitsstruktur sie auftreten, ob als Gesundheitsladen, Beratungsstelle oder Info-Zentrum, alle Brückeninstanzen stehen für ein komplexes Arrangement aus Kooperation und Konfrontation, für Ziele größerer sozialer Gerechtigkeit und politischer Partizipationsmöglichkeiten.

Im wesentlichen werden **drei Typen** von Brückeneinrichtungen unterschieden (TROJAN/HILDEBRANDT 1990: 188ff):

- **Initiative:** Brückeneinrichtungen, die als Basis- oder Bürgergruppe gegründet wurden und sich selbst als Initiative oder Interessenvertretung von Bürgern sehen. Sie sind überwiegend im informellen Sektor verankert. Beispiele dafür sind etwa Gesundheitsläden, Bürger- und Patienteninitiativen.
- **Innovationsagentur:** Brückeneinrichtungen, die als professionelle Agenturen die Förderung sozialen Wandels und sozialer Innovationen zum Ziel haben. Beispiele sind etwa einige Selbsthilfegruppen-Kontaktstellen.
- **Brückenkopf:** Einrichtungen, die als ganz oder teilweise ausgelagerte „Grenzstellen“ Brückenfunktionen der Gesundheitsförderung für traditionelle, meist staatliche Institutionen wahrnehmen. Sie sind strukturell in der Regel Teil des „Systems“ (z.B. die Leitstellen Gesundheit in Berlin), der formellen Sektoren

Markt oder Staat, auch wenn sie dem Geiste nach und funktionell den beiden ersten Typen sehr ähnlich sind.

Für die Gesundheitsförderung ist die **Vorkämpferrolle** dieser Brückeninstanzen besonders wichtig. Dabei ist kennzeichnend, dass sie zwischen politisch-administrativen Systemen, Märkten und Selbsthilfeszusammenschlüssen stehen, jedoch zu keinem dieser Bereiche unmittelbar gehören, also regelrecht „zwischen den Stühlen sitzen“. Als wichtige Vermittler und Vernetzer, Informations-Zwischenhändler, Initiatoren von Aktionen usw. sind sie jedoch Stütz- und Knoten-Punkte für die Weiterentwicklung der traditionellen wie auch für die Durchsetzung der neuen Ansätze über bestehende institutionelle Gräben und Grenzen hinweg.

Nachfolgend wollen wir Ihnen jeweils ein Beispiel für Aktivitäten von Brückeneinrichtungen der skizzierten Typen nennen:

Typ „Initiative“ (Brücken-Einrichtungen, die als Basis- oder Bürgergruppen begründet sind und sich selber als Initiative bzw. als Interessenvertretung von Bürgerinitiativen verstehen): **Beispiel Berliner Infoladen für Arbeit und Gesundheit.**

Beratung und Informationen zu Gesundheitsproblemen **für betroffene Kolleginnen und Kollegen** aus Betrieben sind im *Berliner Infoladen für Arbeit und Gesundheit* zu erhalten (www.gesundheitsladen-berlin.de/bilag.php). Viele Kolleginnen und Kollegen sehen sich hilflos krankmachenden Bedingungen am Arbeitsplatz ausgeliefert und wissen nicht, was sie tun sollen und wer ihnen helfen kann. Dem offiziellen Arbeitsschutz-System stehen sie skeptisch gegenüber, die gleiche Skepsis

und das gleiche Misstrauen findet sich auch auf der Seite der Arbeitsschutz-Experten. Der Berliner Infoladen für Arbeit und Gesundheit versucht hier, eine Brücke zu bilden. Kritische Kolleginnen und Kollegen rufen bei ihnen an und fragen nach Ansprechpartnern etwa zu den Gefahren ganz bestimmter Giftstoffe (Perchlorethylen, chlorierte Kohlenwasserstoffe etc.), zu den Erfahrungen bei der Messung von Gefahrstoffen oder zu den Erfahrungen mit Betriebsvereinbarungen zu Schichtarbeit (vgl. GÖBEL u.a. 1990; FREIE UNIVERSITÄT 1999).

Typ „Innovations-Agentur“ (Brücken-Einrichtungen, die sich selber auch direkt als solche verstehen und sozusagen als professionelle Agenturen die Förderung sozialen Wandels und sozialer Innovationen zum Ziel haben): **Beispiel Gesundheitsakademie.**

Die „**GesundheitsAkademie** – Forum für sozialökologische Gesundheitspolitik und Lebenskultur“ wurde 1988 im Gefolge der Gesundheitsbewegung und ihrer „Gesundheitstage“ als bundesweiter Zusammenschluss gegründet. Sie will Diskussions- und Aktionszusammenhänge für ein erweitertes sozialökologisches Gesundheitsverständnis entwickeln sowie Basisinitiativen in diesem Sinne fördern: „Die GesundheitsAkademie e.V. ist ein gemeinnütziger Zusammenschluss von Personen, Initiativen und Institutionen im Gesundheitsbereich. Sie unterstützt gesundheitsfördernde Kompetenzen, ein sozial-ökologisches Gesundheitsverständnis, unabhängige Patienteninformation und -beratung sowie eine solidarische und gerechte Gesundheitspolitik. Gegründet auf den Erfahrungen der bundesweiten Gesundheitstage und der Gesundheitsbewegung, versteht sich die GesundheitsAkademie e.V. als Visionenwerkstatt und als kritische

Begleiterin von innovativen Projekten.“ (www.gesundheits.de/akademie, Zugriff 20.3.2012). Als bundesweite Organisation versteht sie sich eher als *Brückenstruktur* denn als Brücken-Einrichtung. Ihre Funktionen sind jedoch sehr typisch für Brücken-Instanzen allgemein. Zu ihren neueren Aktivitäten, insbesondere den bundesweiten Bemühungen um eine Allianz für Gesundheitsförderung, gibt es ausführliche Publikationen (GESUNDHEITSAKADEMIE 2001, GÖPEL/GESUNDHEITSAKADEMIE 2010).

Als weiteres Beispiel auf lokaler Ebene sei hier die Münchner Aktionswerkstatt G'sundheit (MAG's; www.mags-muenchen.de) erwähnt, die sich explizit als Brückeninstanz versteht und vielfältige Vernetzungsarbeit leistet.

Typ „Brückenkopf“ (Brücken-Einrichtungen, die als vor- und ausgelagerte „Grenzstellen“ aus traditionellen Strukturen heraus gänzlich oder teilweise Brückenfunktionen für Gesundheitsförderung wahrnehmen):
Beispiel Gesundheits- und Umwelt-Treff (GUT) des Gesundheitsamtes Hamburg-Eimsbüttel.

Unter der Überschrift „GUT ist die Idee – ein kooperatives Projekt“ schreibt Christian Lorentz, Seele und Sachwalter dieses Projekts, zu Konzept und Arbeitsweise unter anderem folgendes: Der Gesundheits- und Umwelt -Treff (GUT) ist ein konkreter Schritt in diese Richtung (menschliche Gesundheit und gesunde Umwelt gemeinsam zu verwirklichen):

- heraus aus dem Amt und hinein ins Stadtviertel,
- statt Alleingang der Verwaltung Zusammenarbeit mit externen Trägern,
- das Wissen der Menschen vor Ort bündeln und nutzen,

- Raum bieten für Kreativität, Kompetenz und Gestaltungskraft der Bürger,
- einen Ort der Begegnung und des Lernens schaffen.

Im GUT finden Sie das BÜRO AGENDA 21 EIMSBÜTTEL, das BÜRO GESUNDHEIT EIMSBÜTTEL und eine Außenstelle der bezirklichen MÜTTERBERATUNG. Arbeitsschwerpunkte des BÜRO GESUNDHEIT sind:

- Information und Beratung zu Fragen um Gesundheit und Umwelt,
- Börse Nachbarschaftliche Gesundheitshilfe,
- Gesundheitliche Aktionstage und Projekte,
- Stadtteilgruppe Gesundheit.

Die Idee, insbesondere des letzten Punktes ist: Bewohnerinnen und Bewohner des Stadtteils erarbeiten eine erfahrungsorientierte Analyse der gesundheitlichen Situation ihres Stadtteils. Sie setzen Initiativen zur Verbesserung der Situation in Gang. Das Büro Gesundheit leistet Informations- und Organisationshilfe.“

Für diesen Typ „Brückenkopf“ gibt es eine Vielzahl von weiteren Beispielen. Am weitesten verbreitet sind Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen, in denen insbesondere die Brücke zwischen Patienten und den professionellen Einrichtungen des Gesundheitswesens geschlagen wird (TROJAN ET AL. 2012). Aber auch im Rahmen einer beträchtlichen Anzahl von innovativen Gesundheitsämtern wird versucht, einzelne Aufgaben der Gesundheitsförderung in leicht zugänglichen Außenstellen an die Bürger heranzubringen.

4. Gesundheitsfördernde Aufgaben von Zwischenstrukturen: mediate, enable, advocate

Die „Zwischenstrukturen“ (Netzwerke und Brückeninstanzen) haben **drei zentrale Funktionen** zu erfüllen, um eine verstärkte Teilhabe von Bürgern an der Gestaltung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen zu unterstützen:

- **mediate**, das Vermitteln und Überbrücken,
- **enable**, das Stimulieren und Befähigen,
- **advocate**, das Vertreten von Gesundheitsinteressen nach außen und das Fördern sozialen Wandels.

Alle drei genannten Funktionen fanden bereits in der Ottawa-Charta Erwähnung und sollen hier der Reihe nach näher beschrieben werden. (Ausführlicher: TROJAN/HILDEBRANDT 1990: 191ff.)

Mediate

Hier geht es um das bereits erwähnte „**Vermitteln und Vernetzen**“. Die drei Sektoren Staat, Markt und Dritter Sektor bedienen sich jeweils eigener Sprachen und gehorchen eigenen Denkstrukturen. Ihre internen Abläufe sind für die anderen Akteure oft weder transparent noch nachvollziehbar. Selbst wenn der Wille da ist, gelingt es oft nicht, sich ohne Missverständnisse mit Kommunikationspartnern eines anderen Bereiches zu verständigen. Gesundheitsförderung muss aber in alle drei Sektoren hinein übersetzt werden können, wenn die spezifischen Fähigkeiten und Qualitäten dieser drei Pole nutzbar gemacht werden sollen. Dieses Übersetzen und Überbrücken ist die zentrale Aufgabe der Brückeninstanzen, wobei dem aktiven Teil des *Brücke-Bauens* eine noch

größere Bedeutung zuzumessen ist als dem mehr passiven Brücke-*Sein*. Mediatoren stellen den nötigen Informationsfluss sicher, wobei sie die Botschaften und Konzepte der Gesundheitsförderung nicht wortgetreu, sondern alltagsnah übersetzt weiterreichen. Gleichzeitig geben sie auch Bedarfe, Wünsche, Fragen und Hoffnungen der Zielgruppen zurück an die Professionellen. Sie sind somit Übersetzer und **Experten für beide Seiten**. Das Ergebnis ist im besten Fall ein regelmäßiger Informationsfluss, der auf beiden Seiten die Bereitschaft fördert, die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen anzuerkennen und die Diskrepanz konstruktiv zu nutzen.

Enable

Auch diese Aufgabe wurde im Zusammenhang mit den sozialen Netzwerken bereits angesprochen. Bei der Netzwerkförderung wird nichts anderes getan als *enabling*: **Stimulieren und Befähigen** ist vor allem in den Bereichen relevant, wo Selbstorganisation und solidarische Vernetzung aufgrund der vorhandenen psychischen und sozialen Ressourcen nicht von selbst entstehen können (vgl. HERRIGER 1997: 142). Andere zu verändertem Denken und Handeln anzuregen, ist dabei eine komplexe Aufgabe, die nur durch einen Methodenmix und eine Vielfalt von Handlungsträgern zum Erfolg führen kann. Dazu gehört genauso die Motivation der eigenen Mitarbeiter wie die Mobilisierung potentieller oder passiver Mitglieder und Mitstreiter, das Aufzeigen konkreter Handlungsfelder und die Zusammenarbeit mit allen drei Sektoren.

Ein ganz wesentlicher Bestandteil der Anregung und Entwicklung neuer Aufgaben ist das **empowerment** (BRANDES, STARK 2011). Zentral

ist der Aufbau und die Weiterentwicklung von fördernden Strukturen, die die Selbstorganisation von Akteuren unterstützen und eine **selbstbestimmte Lebensgestaltung** ermöglichen. Ziel ist also ein stärkeres Selbstbewusstsein auf der individuellen Ebene. Es soll erreicht werden durch die Schaffung eines Umfeldes, das den Einzelnen dazu befähigt, sich selbst zu helfen. Diese Hilfe kann entweder sehr konkreter oder eher psychologischer Natur sein. Machtlosigkeit, erlernte Hilflosigkeit und Kontrollverlust über das eigene Leben sollen abgebaut werden. Mitsprache, Partizipation und Beteiligung sind Elemente dieses Konzeptes, dem auch eine Demokratisierungskomponente innewohnt. Gesundheitserziehung und Gesundheitstraining sind in diesen Zusammenhang einzuordnen.

Häufige **Unterstützungsleistungen** im Sinne des *enable* sind:

- **Vermittlung von Fachwissen** und Weitergabe von Kenntnissen über gelungene Projekte, Modelle und Vorgehensweisen im Organisationsbereich,
- **Weitergabe von Erfahrungen** in Presse- und Öffentlichkeitsarbeit,
- Hilfe bei der **Suche nach Ansprechpartnern** z.B. in formellen Institutionen und Gremien,
- **Unterstützung** durch Räume und Büroausstattung.

Advocate

Dieser Ansatz „Anwaltschaft“ (TROJAN, LEHMANN 2011), in der Stadtentwicklung auch **advokatorische Planung**, englisch “advocacy planning” genannt, stammt vor allem aus den Vereinigten Staaten. Er wurde Anfang der 70er Jahre in Deutschland bekannt als ein Verfahren der Bewohnerbeteiligung in städtebaulichen Planungsprozessen.

Anwaltsplaner erstellen zusammen mit Bürger- bzw. Anwohnergruppen alternative Lösungen im Interesse ihrer Klienten, wobei die Entwürfe dieser „Gegenanwälte“ mit Planungen der Verwaltung konkurrieren. Bei längerfristigen Prozessen der Stadtentwicklung gibt es von der Anwaltsplanung fließende Übergänge zur Gemeinwesenarbeit und Stadtteilarbeit.

Im Gesundheitsbereich hat **Anwaltschaft** (advocacy; meist übersetzt als **Interessen vertreten**) eine herausgehobene Bedeutung im Kontext der Gesundheitsförderung bekommen. In der Ottawa-Charta heißt es zu diesem Grundprinzip u.a.:

„Politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren können alle entweder der Gesundheit zuträglich sein oder auch sie schädigen. Gesundheitsförderndes Handeln zielt darauf ab, durch aktives anwaltschaftliches Eintreten diese Faktoren positiv zu beeinflussen und der Gesundheit zuträglich zu machen.“

In diesem Zusammenhang steht das anwaltschaftliche Eintreten für das **Ziel Gesundheit**, und zwar zugunsten bestimmter Personengruppen, im Vordergrund. Dabei gilt es, im Namen der Gesundheit eine Vielzahl potentiell positiver oder auch negativer Faktoren zu beeinflussen. Dies entspricht in starkem Maße auch dem in der Ottawa-Charta geforderten Ziel einer **gesundheitsfördernden Gesamtpolitik** (TROJAN, SÜB 2011). Ebenso eng ist dieses Prinzip verknüpft mit dem genannten Prinzip „Befähigen und Ermöglichen“ (enable).

Anwaltschaft wird eingesetzt, um soziale Benachteiligungen zu verringern (ALTGELD 2011; KABA-SCHÖNSTEIN, GOLD 2011). Dabei vertritt eine fachlich kompetente Person oder Institution die **Interessen von**

„Randgruppen“ bzw. Gruppen, denen es an Artikulations- und Durchsetzungsfähigkeiten mangelt. Das Prinzip der Anwaltschaft spielt eine große Rolle, wenn es darum geht, politische Programme zu formulieren oder Zukunftsplanungen durchzuführen. Oft wird es sich um ein Eintreten für „latente Gesundheitsbedürfnisse“ der Bevölkerung handeln. Anwaltschaftliches Eintreten ohne intensive Beteiligung derer, für die man etwas erreichen möchte, birgt allerdings die Gefahr, an den wirklichen Interessen der Betroffenen vorbei zu handeln.

Im Gesundheitsbereich sind neben Einzelpersonen und -institutionen vor allem Kooperationsnetzwerke wie regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderungskonferenzen usw. angetreten, das Interesse der Gesundheit anwaltschaftlich für eine Kommune oder eine Stadt zu vertreten. Konkret bedeutet dies in der Regel, sich in andere Politikbereiche einzumischen und Gesundheitsbelange dort aktiv zu vertreten. Die Funktion der anwaltschaftlichen Interessenvertretung für Gesundheit im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik kommt in den genannten Gremien jedoch häufig zu kurz gegenüber der Organisation und Koordination von gesundheitsfördernden Angeboten.

Als intermediäre Struktur in großem Maßstab wirkt bei diesem Anliegen der *Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten*: Gesundheitliche Chancengleichheit in Deutschland verbessern und die Gesundheit von Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen stärken, das sind die Leitziele des bundesweiten Kooperationsverbundes. Dem von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiierten und unterstützten Verbund gehören

mittlerweile 55 Organisationen an. Schwerpunktthemen sind Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen, bei Arbeitslosen, bei Älteren und im Quartier (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de).

Zusammenfassend kann man sagen, dass Netzwerke und Brückeneinrichtungen alle drei Funktionen in sich vereinen müssen. Dabei ist deutlich geworden, dass die Übergänge zwischen den Funktionen des *Mediate*, *Enable* und *Advocate* fließend sind und eine klare Trennung eher akademischer Natur wäre. Je nachdem, um welchen Typ von Brückeneinrichtung es sich handelt, unterscheidet sich jedoch die konkrete Ausgestaltung.

Der *Typ Initiative* versteht das *advocate* beispielsweise im Sinne radikaler und bewusst parteilicher Vertretung von vernachlässigten Gesundheitsinteressen (z.B. der Verhältnisprävention), der *Typ Innovationsagentur* eher als Vertretung des allgemeinen Ziels der Gesundheitsförderung, der *Typ Brückenkopf* verstärkt als Vertreten von Interessen innerhalb des formellen Bereichs. Jeder dieser Akzente hat im jeweiligen Umfeld seine Berechtigung.

Es gibt nicht einen richtigen Typ, sondern je nach Umfeld muss eine Brückeneinrichtung ihre Auffassung der Funktionen *mediate*, *enable* und *advocate* durchsetzen. Gesundheitsförderung erfordert deshalb die Unterstützung eines Mix an Einrichtungen, um der jeweiligen Situation, den Aufgaben und den beteiligten Individuen gerecht zu werden.

In Kooperationsnetzwerken, die inzwischen gut etabliert oder sogar gesetzlich institutionalisiert sind (wie beispielsweise bei den Kommunalen Gesundheitskonferenzen in NRW), nehmen Brückeneinrichtungen zwar oft den Charakter (und die Bezeichnung) „Geschäftsstelle“ an, müssen jedoch,

wenn sie erfolgreich sein wollen, ebenso innovativ und kreativ die drei Funktionen erfüllen wie es die Brückeneinrichtungen „der ersten Stunde“ mussten.

5. Praxiserfahrungen aus der Gestaltung von Kooperation und Vernetzung

In diesem Abschnitt werden einige konstruktive Vorschläge und Empfehlungen zusammengetragen, die bei der Etablierung von Netzwerkstrukturen hilfreich sein können.

Verständigungshilfen

Die Grundlage für das Funktionieren von Netzwerken und die Arbeit von Brückeneinrichtungen ist eine reibungslose Kommunikation. Es ist kein Geheimnis, dass die Qualität von Kommunikation stark von dem Willen und der Fähigkeit der beteiligten Partner abhängt. Es gibt nun **einige Störquellen**, die die Verständigung im intermediären Bereich extrem erschweren (WOHLFART 1996: 59):

- beharrliches **Pochen auf Eigeninteressen** durch Einzelne, die befürchten, mit ihrem Profil der Arbeit, Institution oder Initiative unterzugehen;
- **Berührungängste** von Mitarbeitern etablierter Institutionen z.B. gegenüber Initiativen mit stark politischem Hintergrund;
- **Befürchtungen** und Erfahrungen von Vereinen, Initiativen und Selbsthilfegruppen, von den etablierten Institutionen entweder nicht ernst genommen zu werden oder zu große Zugeständnisse machen zu müssen;

- **ungenügende Arbeitsteilung** trotz diesbezüglicher Absprache;
- verstecktes, stellvertretendes **Austragen von Konkurrenzkämpfen** auf der inhaltlichen Ebene;
- Versuche der Hauptberufler, Nebenämter und Freiwillige zu **dominieren**.

Das Funktionieren von Initiativen und Projekten ist sehr viel stärker als bei traditionellen, festgefühten Organisationen davon abhängig, dass die „menschliche Chemie“ stimmt, dass sich die Menschen – trotz unterschiedlicher Fähigkeiten, gelegentlichen Meinungsverschiedenheiten, vielleicht sogar länger dauernden Konflikten – auf gemeinsame Ziele und Aufgaben verständigen können. Da dies nie garantiert werden kann, sind selbsterkämpfte und selbstorganisierte Organisationen, etwa im Bereich der alternativen Ökonomie oder Sozialarbeit, in der Regel labiler und anfälliger für Störungen.

URSULA WOHLFART (1996: 57) nennt einige **Empfehlungen zur Verständigung** bei unterschiedlichen Logiken und Sprachcodes:

- Beide Seiten sollten versuchen, **sich in die Situation des anderen hineinzusetzen**. Dies hilft, die Position des anderen zu verstehen und zu akzeptieren, auch wenn sie anders ist als die eigene. Nicht Nivellierung von Gegensätzen soll das Ziel sein, sondern das Anerkennen von Differenzen sowie der konstruktive Umgang damit.
- Man sollte sich über **eigene Vorurteile und Berührungspunkte** klar werden und versuchen, sie zu überwinden.

- Auch in einem funktionierenden Netzwerk kommt es zu **Interessenkonflikten**. Mit dieser Konkurrenz muss man umgehen können und die Eigeninteressen zugunsten der gemeinsamen Sache zurückstellen.
- Der Einzelne muss **Geduld, Einfühlungsvermögen und Standfestigkeit** aufbringen, um gemeinsame Positionen, Vorhaben, Pläne und Arbeitsschritte auszuhandeln. Diese gemeinsame Arbeit sollte dabei möglichst nicht zum Profilverlust einzelner Einrichtungen und Initiativen führen.
- **Entscheidungen** sollten möglichst kollektiv getroffen werden und in der zugrunde liegenden Diskussion sollten auch **Minderheitenmeinungen** berücksichtigt werden. Dies hat den Vorteil, dass in folgenden Projektphasen eine breitere Arbeitsteilung möglich ist, weil mehr Akteure bereit sind, ihre speziellen Qualifikationen einzubringen.

Zirkuläre Zielplanung

Gerade für Projekte der Gesundheitsförderung ist auch eine **Verstetigung des Arbeitsprozesses** nötig. Regelmäßiger Kontakt zu den Entscheidungsträgern, die vorher identifiziert werden müssen, regelmäßige Berichterstattung und die Zerlegung von Projekten in Teilabschnitte, so dass Entscheidungssituationen entstehen, sind unabdingbar. Eine **zirkuläre Zielplanung** hat sich in diesem Bereich bewährt (GROSSMANN/SCALA 1994: 110).

„Personalpolitik“

Diesen vielfältigen Anforderungen wird eine Brückeneinrichtung eher gerecht, wenn die verschiedenen Mitarbeiter unterschiedliche Erfahrungen mitbringen. Eine **heterogene Struktur** der Ausbildungs-, Berufs- und Tätigkeitshintergründe erhöht die Chance, dass zumindest jeweils ein Mitarbeiter die erforderliche Qualifikation mitbringt. Es kann also von Vorteil sein, in Brückeninstanzen Mitarbeiter zu haben, die allen drei Sektoren entstammen (Markt, Staat, informeller Sektor). Diese Struktur erleichtert auch die Kommunikation in allen drei Bereichen und erhöht gleichzeitig die Akzeptanz. Es muss dabei aber im Vorwege ein **Konsens** über Ziele und Arbeitsweisen sowie ein gemeinsames Selbstbild im Sinne einer **corporate identity** und ein **klares Profil** existieren. Dies erfordert oftmals lange, aber notwendige interne Abstimmungsprozesse.

Kooperationsgestaltung

Folgende weitere **Bedingungen** sind **für die Kooperationsfunktion** von Brückeneinrichtungen sehr nützlich:

- Möglichst **alle relevanten Akteure** müssen an der Kooperation beteiligt werden. Dies schafft bei den Kooperationsgremien ein gewisses Maß an Verbindlichkeit. Allerdings sollte der Teilnehmerkreis überschaubar bleiben, um den Koordinationsaufwand nicht unnötig zu erhöhen.
- Alle Beteiligten müssen **erkennen**, dass eine **Kooperation für ihre Arbeit förderlich** ist, d.h., dass sie ihre Ziele mit Kooperation besser erfüllen können als ohne.

- Der **Gegenstand der Kooperation** sollte klar definiert sein, um ihn auch bearbeiten zu können. Auch sollte Einigkeit darüber bestehen, dass die Arbeit in diesem Tätigkeitsfeld wichtig und sinnvoll ist.
- Kooperation ist für die Beteiligten um so eher lohnend, als Möglichkeit der **Einflussnahme** besteht. Es sollten daher alle Möglichkeiten der Einflussnahme auf politische Entscheidungsträger genutzt und gepflegt werden.

Natürlich spielen auch **äußere Bedingungen** eine Rolle für den Erfolg der Arbeit intermediärer Strukturen. Eine gesicherte Grundfinanzierung ist unabdingbar, so dass über einen längeren Zeitraum eine ausreichende Anzahl an Mitarbeitern beschäftigt werden kann. Gerade für die Kontinuität ist eine weitgehende Unabhängigkeit von tagespolitischen Strömungen wichtig. Diese Strukturen sind allerdings oft nur langfristig beeinflussbar, und ihr Fehlen kann die Arbeit in intermediären Strukturen erheblich erschweren.

Fallstricke vermeiden

Über die Gesundheitskonferenzen in NRW gibt es aus Neuss einen Erfahrungsbericht (RUMPELTIN 2003), der die Fallstricke kommunaler Kooperationsstrukturen so prägnant zusammenfasst, dass sie unmittelbar als Checkliste für die eigene Arbeit in Kooperationsstrukturen dienen können. Als Fallstricke, die es zu vermeiden gilt, wurden in Neuss identifiziert:

- relevante Akteure werden nicht von Anfang an eingebunden – sie blockieren die Arbeit,

- kein neutraler bzw. allparteilicher Moderator,
- Gesundheitsamt gibt Themen vor,
- es besteht Unklarheit über Entscheidungsfindung, Verfahrenswege etc.; mangelnde Transparenz,
- politische Unterstützung ist nicht oder nur unzureichend vorhanden; Gesundheitskonferenz mit Alibi-Funktion,
- die hierarchische Anbindung der Geschäftsstelle ist ungünstig,
- die Kompetenzen des Geschäftsführers/der Geschäftsführerin entsprechen nicht dem Anforderungsprofil und diese werden nicht weiter entwickelt; gute Leute werden zu schlecht bezahlt und wandern ab
- für die Geschäftsführung der Gesundheitskonferenz stehen unzureichende Personalressourcen zur Verfügung; darüber hinaus wird die Geschäftsstelle mit anderen Aufgaben betraut,
- fehlende/mangelhafte Evaluation von Handlungsempfehlungen,
- Großteil der inhaltlichen Arbeit bleibt an Geschäftsstelle hängen,
- Bearbeitung ungeeigneter Themen in der Gesundheitskonferenz,
- ergebnisorientierter Aktionismus bzw. fehlende Nachhaltigkeit,
- mangelnde Identifikation der Mitglieder mit der Gesundheitskonferenz.

Professionelles Kooperationsmanagement

Als zentrales Defizit bei der Netzwerkbildung und Umsetzung integrierter Gesundheitsförderung (aber auch bei anderen integrierten Programmen wie Lokale Agenda 21 oder soziale Stadtentwicklung) hat sich die mangelnde

oder fehlschlagende intersektorale Kooperation herausgestellt. Als Gegenstrategie ist der Ausdruck „**Kooperationsmanagement**“ entstanden. Damit soll ausgedrückt werden, dass Zusammenarbeit *professionell* gestaltet werden kann. In einer Untersuchung des Berliner Zentrums Public Health wurden Fallstudien zu sektorübergreifenden kooperativen Projekten der kommunalen Gesundheitsförderung unter organisationspsychologischer Perspektive mit der Zielsetzung analysiert, hinderliche und förderliche Bedingungen für die Kooperation zu identifizieren. Als Ergebnis wurden ein empirisch fundiertes Modell kooperativer Projektarbeit und ein Praxisleitfaden entwickelt (BÖHM/JANSSEN/LEGEWIE 1999). Die zentrale Aufgabe für gelingende Kooperation bzw. für den Erhalt einer guten Kooperationskultur besteht nach Meinung der AutorInnen darin, Interessen und Ziele der Kooperationspartner auszubalancieren. Die folgende Tabelle aus dem Buch nennt die zu lösenden Aufgaben in kooperativen Projekten im einzelnen, untergliedert nach verschiedenen Phasen.

Vorbereitungsphase:	<ul style="list-style-type: none"> • Problem wahrnehmen • Vision entwickeln • Verbündete suchen • Informationen sammeln • Umsetzungsideen finden • erste Ziele aufstellen
---------------------	---

Konstituierungs- und Planungsphase:	<ul style="list-style-type: none"> • sich kennen lernen • Abgleich der Interessen • gemeinsame Problemanalyse • gemeinsame Ziele erarbeiten • strategische Planung • Kerngruppe entwickeln • Entscheidungsstruktur klären • Arbeitsfähigkeit herstellen • Ressourcen bereitstellen • Arbeitsteilung vereinbaren • Kooperationsabsprachen treffen
Durchführungsphase :	<ul style="list-style-type: none"> • Detailplanung • Umsetzung der Planungsschritte • Ressourcen sichern • Umsetzungs- und Qualitätskontrolle • Krisenintervention • Dokumentation der Ergebnisse

Abb.6: Phasentypische Aufgaben in kooperativen Projekten

Die Autoren geben auf der Basis ihrer empirischen Untersuchungen auch Standards für Struktur- und Prozessqualität in kooperativen Projekten an (S. 53) Besonderes Gewicht wird auf die Rolle der Projekt-Koordinatoren gelegt, die wir an anderer Stelle auch als „Drehpunktpersonen“ bzw. „Schnittstellen-Manager“ bezeichnet haben. Sie benötigen neben Kompetenzen in Moderationsmethoden allerdings

auch eine ganze Reihe weiterer Sachkompetenzen, Erfahrungen im jeweiligen Politikfeld und das unbedingte Vertrauen der beteiligten Akteure.

6. Good Practice-Kriterien für Netzwerke

Das Thema Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung allgemein – und damit natürlich auch für Kooperation und Vernetzung – hat in den vergangenen Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen (TÖPPICH, LINDEN 2011). Der vom Kooperationsverbund *Gesundheitliche Chancengleichheit* entwickelte Good Practice-Ansatz stellt ein Konzept zur Verfügung, das diesen Bedarf aufgreift. Die folgende Darstellung dieses bekanntesten und praxisnächsten Instruments entspricht weitgehend der Selbstdarstellung auf den Internetseiten des Kooperationsverbundes, wo auch weitergehende Informationen verfügbar gemacht werden (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de; weiter Ansätze der Evaluation von Netzwerken in TROJAN, KRANICH 2012).

Netzwerk-Konzept

Als Netzwerkstruktur der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten werden Beziehungen zwischen Einrichtungen, Initiativen und Mitgliedern verschiedener Bereiche wie etwa Gesundheit, Jugend, Bildung oder Verkehr bezeichnet, die hinsichtlich einer gemeinsam getragenen Zielsetzung längerfristig kooperieren oder sich miteinander koordinieren. Es handelt sich um eine Struktur, die von einer zentralen Institution (Brückeninstanz) oder alternierend von den Mitgliedern des Netzwerks koordiniert und moderiert werden kann.

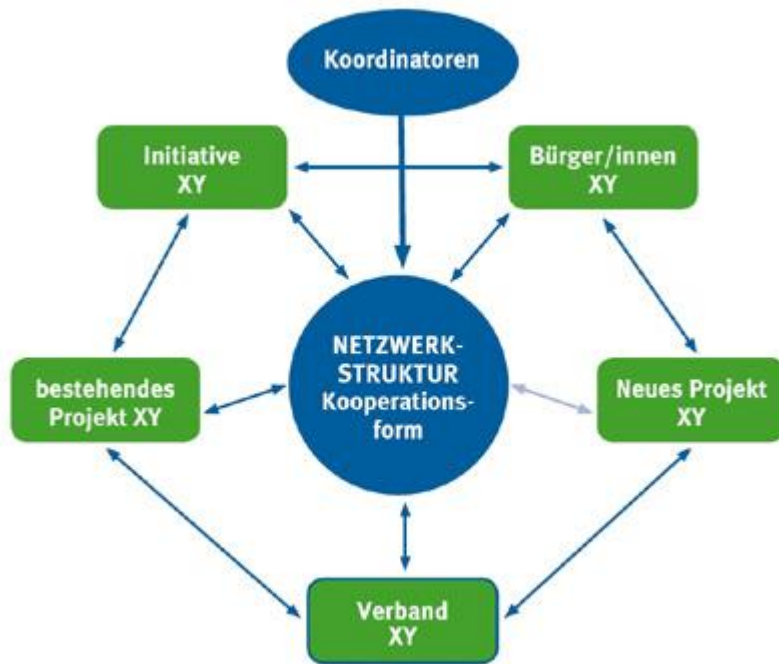


Abb. 7 Netzwerk-Struktur (Quelle: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)

Die Netzwerkarbeit soll sicherstellen, durch Zusammenarbeit und Austausch die Leistungsfähigkeit, also die Effektivität und Effizienz, sowie die Problemlösungsfähigkeit der Mitglieder im Hinblick auf eine Zielsetzung und Zielgruppe zu steigern. Dies kann über eine bessere Nutzung vorhandener Ressourcen wie Finanzen, Personal und Information geschehen oder aber dazu führen, fehlende Angebote zu erkennen, zu initiieren und zu gestalten.

Kriterien guter Praxis für Netzwerke

Wenn ein Netzwerk mit dem Etikett „Good Practice“ ausgezeichnet werden möchte, muss es die folgenden drei Kriterien erfüllen:

Einschlusskriterien (Muss-Kriterien):

- Konzeption, Selbstverständnis,
- Zielsetzung und Zielebenen,
- Zielgruppenbezug.

Wie auch bei der Auswahl guter Praxisbeispiele müssen weitere sogenannte „Auswahlkriterien“ nicht alle vollständig erfüllt sein, sondern gute Praxis soll sich anhand einiger von ihnen exemplarisch belegen lassen.

- Niedrigschwelliger Netzwerkzugang,
- Partizipation,
- Nachhaltigkeit,
- Qualitätsmanagement,
- Wirkungsbestimmung, Evaluation.

Der Good Practice-Ansatz regt zu einem Vergleich der eigenen Arbeit mit der Praxis anderer und zur Nachahmung gut gelungener Beispiele an. So bietet er die Möglichkeit, praktische Lösungsvorschläge für konkrete, fachliche Fragen und Probleme zu entwickeln und andere Ansätze der Qualitätsentwicklung, die in erster Linie auf die Optimierung von Arbeitsabläufen und Strukturen ausgerichtet sind, um diesen fachlichen Bezug zu ergänzen. Damit kommt der Good Practice-Ansatz dem in der Praxis häufig formulierten Bedarf an praxisgerechten, flexiblen

und kostengünstigen Konzepten der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung nach.

7. Abschließende gesellschafts- und gesundheitspolitische Bemerkungen

Die Förderung eines Paradigmawandels im Gesundheitsbereich von einer Haltung, die andere Menschen als zu versorgende und zu behandelnde betrachtet, hin zu einer Haltung, die auf Gesundheitsförderung im Sinne der WHO und mehr Selbstbestimmung abzielt, ist eine der entscheidenden Aufgaben in einer Zeit vielfältiger und wachsender Gesundheitsbedrohungen.

Eine solche Aufgabenstellung benötigt darüber hinaus auch ein **gesellschaftliches Klima**, charakterisiert durch ein Denken jenseits eingefahrener Konfliktlinien sowie durch demokratische Toleranz und die Fähigkeit, konfligierende Interessen so anzusprechen, dass von allen Seiten damit produktiv umgegangen werden kann. Es bedarf also einer „civil society“ und einer Vermittlungsfähigkeit auch der großen, tradierten Organisationen und gesellschaftlichen Pole.

In diesem gesundheits- und sozialpolitischen Kontext ist der große Stellenwert von Brücken-Einrichtungen zu sehen: sie sind Elemente eines zunehmend verzweigteren Geflechts von Einrichtungen und Zusammenschlüssen im Zwischenbereich, der sich einer eindeutigen Zuordnung zu Staat, Markt oder individuellem Haushalt sperrt. Ihre **Selbst-Kennzeichnungen** heben Unterschiedliches hervor:

- Zielgruppen – z.B. Mütter-Zentren, Jugendzentren, Bürgerhäuser;

- einen Gebietsbezug – z.B. Stadtteilzentren, Nachbarschaftsheime, Gemeindehäuser, Quartiersvereine;
- einen methodischen Ansatz – z.B. Transfer-Zentrum, Selbsthilfe-Kontaktstelle, Beratungsstelle, „Werkstatt“;
- ein strukturelles Merkmal – z.B. Forum, Netz, Arbeitsgemeinschaft, „Laden“;
- einen Problem- oder Politikbereich – z.B. Soziokultur, Wissenschaft, Umwelt, Arbeit, Verkehr, Bildung, Stadterneuerung, oder eben auch Gesundheit.

In überaus vielen Fällen ist der Gesundheitsbezug nicht aus der Bezeichnung erkenntlich; Motivationen und Argumentationen beziehen sich jedoch häufig ausdrücklich auf mögliche Gesundheitsrisiken und notwendigen Gesundheitsschutz.

Zwischen Brücken-Einrichtungen, die sich ausdrücklich Gesundheitsförderung als Aufgabe gestellt haben, und solchen, für die dieses Ziel relevant ist, ist also nicht stringent zu trennen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die intermediären Instanzen ihrer Funktion nach entweder im Kern oder auf Ringen abnehmender Intensität der Bedeutung für Gesundheitsförderung zu verorten wären.

In der Regel nehmen sie sowohl gesundheits- wie auch im weiteren Sinne **sozial- und gesellschaftspolitische Aufgaben** wahr. Das Verknüpfen von beispielsweise chronisch Kranken, Alten oder Arbeitslosen zu Selbsthilfegruppen enthält konkrete Aspekte der Gesundheitsförderung und des Heranführens an bestimmte soziale Hilfen wie auch einen gesellschaftspolitischen Beitrag gegen Vereinsamung und

soziale Spaltungen. In vielfältiger Weise sind Brückeneinrichtungen Klammern einer dissoziierenden Gesellschaft, Gegenbewegungen gegen säkulare Trends der Individualisierung, der beruflichen Spezialisierung, der Ausdifferenzierung gesellschaftlicher Institutionen und wachsender Partikularisierung von Interessenlagen.

Sie sind typisches Kind verschiedener gesellschaftlicher Entwicklungen:

- der „**Informationsgesellschaft**“, indem sie die Rolle einer Drehscheibe für neues Wissen und aufbereitete, gebündelte Informationen übernehmen,
- der „**postindustriellen Gesellschaft**“, indem sie innovative Dienstleistungen „erfinden“, wie z.B. Werkstatt und Brutstätte für neue Ideen, Katalysator für mehr trägerübergreifende Kooperation,
- der „**Risiko-Gesellschaft**“, indem sie die Rolle eines Verstärkers für die Hör- und Sichtbarkeit der komplexen gesundheitlichen Bedrohungen übernehmen,
- der „**Therapie-Gesellschaft**“, indem sie den Kampf gegen „Beziehungsprobleme“ und „Beziehungsängste“ von „Kulturen“, „Lagern“, informellen und formellen Institutionen aufnehmen.

In all den gängigen Versuchen, die heutige Gesellschaft schlagwortartig von früheren Zeiten abzugrenzen, werden allgemeine zeitgenössische Entwicklungstrends angesprochen; das neue Interesse an alten intermediären Strukturen und die Entstehung neuer Brückeneinrichtungen geben sich in diesem Kontext als Reaktionen auf

gesamtgesellschaftliche Entwicklungsdynamiken zu erkennen. Sie sind als produktive Antwortversuche auf neue Herausforderungen zu verstehen.

Inwieweit sie sich zu adäquaten Antworten auswachsen können, wird allerdings nicht nur davon abhängen, ob ihre weitreichenden gesellschaftspolitischen Funktionen erkannt (und in Festansprachen in den Himmel gehoben) werden. Vielmehr wird es darauf ankommen, sie als konkrete Infrastrukturen und Instrumente der Gegensteuerung anzuerkennen und zu fördern.

Hierzu bedarf es einiger Voraussetzungen, die derzeit nur unzureichend erfüllt sind. Legitimation, Vertrauen, darauf aufbauend Resonanz und Akzeptanz und schließlich einfache Bearbeitungsprozesse samt gut etablierter Vertragsmuster – all dies findet sich bisher nur punktuell.

Teilweise lassen sich Fehlen oder nur zögerliche Nutzung der Fördervoraussetzungen sicher auf die häufig beklagte (aber in der Natur der Sache liegende) Konturlosigkeit des Neuen allgemein und speziell vieler intermediärer Instanzen zurückführen. Auch haben potenzielle Förderer zumeist Probleme damit, dass wesentliche „Produkte“ des intermediären Bereichs mit Händen wenig greifbar und nach Quantitäten nur schwer messbar sind – so etwa Aufhebung von Isolation, mehr Solidarität, mehr Öffentlichkeit für ein Problem, ein positives Klima für innovative Problemlösungen u.ä. mehr.

In ihrem Kern sind die Widerstände jedoch vermutlich anderer Natur: Letztendlich geht es mit den meisten Brückeninstanzen – egal ob sie Gesundheitsförderung als zentrales oder eher peripheres Ziel verfolgen – um eine Entfaltung und Erweiterung des Geltungsbereichs *sozialer* und

ökologischer Rationalitäten. Dieser Bereich liegt jedoch immer noch häufig (wie schon beim Verbot der Kinderarbeit, den verschiedenen Phasen der Arbeitszeitverkürzungen, der Einführung umweltfreundlicher Energieformen etc.) im Widerspruch zur Welt *ökonomischer* Rationalitäten und darauf sich gründenden politischen Realitäten.

Die Notwendigkeit gesundheitsfördernder Aktivitäten wird in den nächsten Jahren eher zu- als abnehmen. Gleichzeitig ist absehbar, dass durch steigende Finanznot der öffentlichen Haushalte und zunehmenden Problemdruck der sozialen Verhältnisse immer weniger Ruhe vorhanden sein wird, um grundsätzliche Veränderungen zu konzipieren, zu diskutieren und längerfristig in die Wege zu leiten (TROJAN 2010).

In dieser Situation brauchen Gesundheitsförderer einen langen Atem, eine hohe Frustrationstoleranz – und mehr Vernetzung, Bündnisse, Kooperation. Der umfassendste Ansatz für eine gemeinsame Politik von der Bundes- bis zur lokalen Ebene ist in Deutschland die „Allianz für Gesundheitsförderung“ (vgl. GESUNDHEITSAKADEMIE 2001). Unter dem Motto „Gesundheit gemeinsam gestalten“ wird diese wichtige konzeptionelle und Vernetzungsarbeit mit dem Ziel einer „Nachhaltigen Gesundheitsförderung“ fortgeführt (GÖPEL/GESUNDHEITSAKADEMIE 2010).

In der deutschen Politik gibt es seit Dezember 2012 ein Handlungskonzept der Bundesregierung mit der Überschrift „Präventionsstrategie“, das im Januar 2013 in einen Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention im Gesundheitswesen“ ausgearbeitet wurde. Aus dem Kreis der sozialdemokratisch regierten Bundesländer kam ebenfalls im Dezember 2012, vertreten von Hamburg, eine Bundesratsinitiative für ein

„Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz“. Diese Ansätze zeigen, dass der Bedarf für mehr Aktivitäten der Gesundheitsförderung erkannt ist. Wie auch immer die Entwicklung im Einzelnen weitergehen wird: An einer Unterstützung und Verstärkung von Kooperation und Vernetzung in klaren Strukturen kommt kein vernünftiger Politikansatz vorbei!

Danksagung

Die Themen der Kooperation und Vernetzung und damit auch der intermediären bzw. Brückenstrukturen in der Gesundheitsförderung haben mich seit einem für die WHO konzipierten und durchgeführten Workshop kontinuierlich beschäftigt.* Dabei sind natürlich im Laufe der Jahre Hilfen zahlreicher Mitarbeiter eingeflossen. Für Mitarbeit an dem auf dem Workshop aufbauenden Buch „Brücken zwischen Bürgern und Behörden. Innovative Strukturen für Gesundheitsförderung“ (1990) danke ich besonders Helmut Hildebrandt, für die Überarbeitung der entsprechenden Stichwörter in den „Leitbegriffen der Gesundheitsförderung“ der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung danke ich Waldemar Süß und für die Aufbereitung des Themas für das Fernstudium Angewandte Gesundheitswissenschaften der Hochschule Magdeburg Christoph Kranich.

Quellen

ALISCH, M. (2001): Zur Gestaltung offener Prozesse am Beispiel sozialer Stadtentwicklung. In: ALISCH, M. (Hrsg.) (2001): Sozial – gesund – nachhaltig. Vom Leitbild zu verträglichen Entscheidungen in der

* WHO Europa (1991): Neue Brückeninstanzen für Gesundheitsförderung. Aktivieren – Vermitteln – Beteiligen. Kopenhagen (Workshop-Bericht vom 3.-7. 12.1989)

- Stadt des 21. Jahrhunderts. Leske & Budrich Verlag, Opladen, S. 175–200 (nur Auszug: S. 186–191, Kap. 2.4)
- ALTGELD, T. (2011): Gesundheitliche Chancengleichheit. In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 4.Auflage. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, S. 110-114
- BADURA, B., ZAMORA, P. (2001): Versorgungsoptimierung durch Dezentralisierung und Bürgerbeteiligung. In: Aktivierender Staat und aktive Bürger. Plädoyer für eine integrative Gesundheitspolitik. Mabuse Verlag, Frankfurt/Main
- BEARINGPOINT/FOGS (2003) im Auftrag des MfJFG des Landes NRW: Evaluation des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst ÖGDG des Landes NRW. Entwurf des Schlussberichts, April
- BECHER, B. u.a. (1987): Sozialpolitische Aktionsgruppen: Bedingungsfaktoren ihrer Beziehungen zu kommunaler Politik und Verwaltung. In: KAUFMANN, F.X.: Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe. Bedingungsanalysen sozialpolitischer Interventionen, München
- BERGER, P., NEUHAUS, R.J. (1981): To Empower People: The Role of Mediating Structures in Public Policy. American Enterprise Institute for Public Policy Research, Washington, D.C.
- BÖHM, B., JANSSEN, M., LEGEWIE, H: (1999): Zusammenarbeit professionell gestalten. Praxisleitfaden für Gesundheitsförderung, Sozialarbeit und Umweltschutz. Lambertus, Freiburg (Auszüge: Übersichten S. 53 u. 60)

- BÖHME, C., STENDER, K.P.: (2011): Gesundheitsförderung und Gesunde / Soziale Stadt. In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 4.Auflage. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, S. 236-241
- Brandes, / Stark, W. (2011): Empowerment. In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 4.Auflage. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, S. 57-60
- BROESSKAMP-STONE, U. (2003): Systeme und Strukturen der Gesundheitsförderung. In: Schwarz, F.-W. u.a. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Urban und Fischer Verlag, München, 2. Auflage, S. 243 ff.
- BROESSKAMP-STONE, U. (2004): Assessing Networks for Health Promotion. Framework and Examples. LIT, Münster
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG = BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 4.Auflage. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg
- EFFINGER in BAUER (Hg) (1993): Intermediäre Non-Profit-Organisationen in einem neuen Europa. Schäuble, Berlin
- ENKERTS, V., SCHWEIGERT, I. (Hrsg.) (1988): Gesundheit ist mehr! Soziale Netzwerke für eine lebenswerte Zukunft. Ergebnisse Verlag, Hamburg
- FREIE UNIVERSITÄT BERLIN UND LANDESGESUNDHEITSAMT BRANDENBURG (Hrsg.) (1999): Vernetzung als Strategie der Gesundheitsförderung.

- Regionale Netzwerke Arbeit und Gesundheit. Bilanz und Perspektiven. Eigenverlag, Berlin
- GEENE, R: (1997): Braucht Berlin eine Landesgesundheitskonferenz? In: Geene R, Denzien, C: (Hrsg.): Berlin – Gesunde Stadt? Die Diskussion um das Healthy City Programm: Neuorientierung für die Berliner Gesundheitspolitik. Schmengler-Verlag, Berlin
- GESUNDHEITSAKADEMIE E.V. (Hrsg.) (2001): Gesundheit gemeinsam gestalten. Allianz für Gesundheitsförderung. Mabuse Verlag, Frankfurt/Main
- GÖBEL, E., GUTHKE, B., KÖHLER, B. M. (1990): Berliner Infoladen für Arbeit und Gesundheit: Brücke zwischen Theorie und Praxis, Bewegung und Intuition. In: TROJAN, A., HILDEBRANDT, H. (Hrsg.): Brücken zwischen Bürgern und Behörden. Innovative Strukturen für Gesundheitsförderung. Asgard Verlag, St. Augustin
- GÖPEL, E. / GESUNDHEITSAKADEMIE E.V. (Hg) (2010) Nachhaltige Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten - Band 4. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- GROSSMANN, R., SCALA, K. (1994): Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Verlag Weinheim, München
- HERRIGER, N. (1997): Empowerment in der sozialen Arbeit: eine Einführung. Stuttgart/Berlin/Köln
- Huber, J. (1980): Wer soll das alles ändern. Die Alternativen der Alternativbewegung. Rotbuch, Berlin
- KABA-SCHÖNSTEIN, L, GOLD, C (2011): Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung. In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der

- Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 4.Auflage. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, S. 276-285
- KAUFMANN, F. X. (Hrsg.) (1987): Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe. Bedingungsanalysen sozialpolitischer Intervention. Oldenbourg Verlag, München
- KELLERMANN, K., KONEGEN, N., STAECK, F. (Hrsg.) (2001): Aktivierender Staat und aktive Bürger. Plädoyer für eine integrative Gesundheitspolitik. Mabuse Verlag, Frankfurt/Main
- KNESEBECK, O.V.D. (2011): Soziales Kapital. In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 4.Auflage. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, S. 504-506
- Kuhn, J. (2011): 25 Jahre Ottawa Charta – Bilanz und Ausblick. 10 Thesen zur Entwicklung in Deutschland. Prävention 34 (1): 20-23
- LEYKAMM B, GRAF, I (2001): Regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit in Baden-Württemberg. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. Stuttgart: Berichte
- LANDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN RHEINLAND-PFALZ E.V. (Hrsg.) (o.J.): Rund um die regionale Gesundheitskonferenz. Ein Leitfaden zur Handhabung regionaler Gesundheitskonferenzen. Eigenverlag, Mainz (Auszüge: S. 9–13, S. 74–77, S. 89–95)
- LEVIN, L.S., IDLER, E. L. (1981): The Hidden Health Care System: Mediating Structures and Medicine. American Enterprise Institute. Ballinger Publ. Comp., Cambridge, Mass.

- MEIER, B. (1996): Gesundheitskonferenzen und „runde Tische“ – Ideale Möglichkeit der Kooperation und Partizipation oder Kopfgeburts? In: LANDESINSTITUT FÜR SCHULE UND WEITERBILDUNG NRW (Hrsg.): Neue Provokation zur Gesundheit: Beiträge zu aktuellen Themen aus der Gesundheitsförderung und -bildung. Gesundheitsakademie Bremen, Frankfurt am Main, S. 133–149
- MfAFGS (Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales) (12/2001): Gesundheit für Alle: Die 6 Gesundheitsziele. Zwischenbericht zur 2. Landesgesundheitskonferenz am 06.03.2002 in Sachsen-Anhalt. Eigenverlag, Magdeburg
- MILES, D., MÜLLER, R. (1987): Zur Dethematisierung sozialpolitischer Aufgaben am Beispiel des Gesundheitsschutzes für Arbeiter im historischen Rückblick. In: KAUFMANN, F.X.: Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe. Bedingungsanalysen sozialpolitischer Interventionen. München, S. 65–89
- MÜLLER, P. (2001): Kommunale Gesundheitspolitik. Koordinieren statt verwalten. Aufgaben- und Organisationsentwicklung im öffentlichen Gesundheitsdienst am Beispiel Berlins. Verlag Hans Jakobs, Lage
- MÜLLER, W. (2000/2002): Synopse der Gesundheitsdienstgesetze der Länder. Bericht für die AOLG Arbeitsgruppe „Handlungsrichtlinien für eine Stärkung der Koordinations- und Kooperationsarbeit des ÖGD auf regionaler Ebene“. Manuskript, Düsseldorf
- NUTBEAM, D. (1998): Glossar Gesundheitsförderung. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg
- RUMPELTIN, C. (2003): Ortsnahe Koordinierung/Gesundheitskonferenzen im Rheinkreis Neuss. Vortrag bei der Fortbildungsveranstaltung der

- Akademie für öffentliches Gesundheitswesen am 26.06.2003 in Hamburg. („Ortsnahe Koordinierung, Aufbau und Entwicklung von Gesundheitskonferenzen, Runden Tischen und Gremien“)
- SCHMIDT, B., KOLIP; P. (Hg.): (2007) Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Juventa, Weinheim
- SCHRÄDER, W. F. u.a. (1986): Kommunale Gesundheitsplanung. Birkhäuser Verlag, Basel
- SCHWENDTER, R. (1971) Theorie der Subkultur. Kiepenheuer & Witsch, Köln
- SIEGRIST, J., GERAEDTS, M., DAMEROW, T. (2003): Die Landesgesundheitskonferenz des Landes Nordrhein-Westfalens: Abschlußbericht über die Evaluation eines Instruments der Gesundheitspolitik nach 10jährigem Bestehen. Im Auftrag des MfGSFF des Landes NRW, Düsseldorf
- TOEPLER, E. (1999): Qualität durch Vernetzung. Eine Untersuchung über regionale Netzwerke für Gesundheit. Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württembergs in Verbindung mit der Universität Ulm e.V. Stuttgart
- TÖPPICH J./LINDEN, S (2011) Evaluation In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 4.Auflage. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, S. 69-72
- TROJAN, A. (2010) Konzepte einer nachhaltigen gesundheitsfördernden Politikgestaltung. In: Göpel, E. / GesundheitsAkademie e.V. (Hg) Nachhaltige Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten - Band 4. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 125-136.

- TROJAN, A., HILDEBRANDT, H. (Hrsg.) (1990): Brücken zwischen Bürgern und Behörden. Innovative Strukturen für Gesundheitsförderung. Asgard Verlag, St. Augustin
- TROJAN, A., Hildebrandt, H. (1991): Kommunale Politik und öffentliche Gesundheit. Programm und Probleme des „Gesündere-Städte-Projekts“ der Weltgesundheitsorganisation. Jahrbuch für Medizin-Soziologie, Frankfurt/Main
- TROJAN, A., KRANICH, C. (2012): Kooperation und Vernetzung in der Gesundheitsförderung: Modelle und Ansätze. Studententext, Fernstudiengang Angewandte Gesundheitswissenschaften, Hochschule Magdeburg-Stendal
- TROJAN, A., LEGEWIE, H. (2001): Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. VAS, Frankfurt/Main (Auszug: S. 249–254)
- TROJAN, A. LEHMANN, F. (2011): Anwaltschaft. In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 4.Auflage. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, S. 25-26
- TROJAN, A; SÜB, W. (2010) Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. In: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (Hg) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 336-346.
- TROJAN, A. SÜB, W. (2011): Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik. In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention.

- Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 4.Auflage. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, S. 133-136
- TROJAN, A. SÜB, W. (2011): Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 4.Auflage. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, S. 501-503
- TROJAN, A. SÜB, W. (2011): Vermitteln und Vernetzen In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 4.Auflage. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, S. 572-574
- TROJAN, A., SÜB, W., STUMM, B., ZIMMERMANN, I. (2001) Politikstrategien für kommunale Gesundheitsförderung: Shaker, Aachen. 2001
- TROJAN, A, BELLWINKEL, M, BOBZIEN, M, KOFAHL, C, NICKEL, N (Hg.) (2012) Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. – Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt. Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft GmbH, Bremerhaven
- WOHLFAHRT, U., (1996): Vorschläge für eine gesundheitsfördernde Netzwerkarbeit. In: Goepel, E. et al. (Hg): Macht. Vernetzung. Gesund. Strategien und Erfahrungen regionaler Vernetzungen im Gesundheitsbereich. Mabuse Verlag, Frankfurt/M., S.57-62

Weiterführende Internet-Adressen (URLs)

Agenda 21-Transfer-Stelle	www.agenda-transfer.de
Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.	www.bvpraevention.de
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	www.bzga.de
Bund-Länder-Programm „soziale Stadt“	www.sozialeStadt.de
Datenbank zum Thema Ehrenamt/Bürgergesellschaft	www.ehrenamt.de
Deutsches Institut für Urbanistik (Zugang zu Projekten der sozialen Stadtentwicklung)	www.difu.de
European Foundation for the improvement in living and working conditions (Netzwerke nachhaltiger Entwicklung)	www.eurofound.ie/sustainability/
Fond gesundes Österreich	www.fgoe.org
Gesunde Städte und Netzwerke	www.who.dk/healthy-cities/CitiesAndNetworks/20010828_1
Gesunde Städte-Netzwerk Deutschland	www.gesunde-staedte-netzwerk.de
Gesundheitsakademie	www.gesundheits.de/akademie/
Grande Place Europe (u.a. Forum europäischer Bürgerinitiativen)	www.eurplace.org
International Council of Local Environmental Initiatives (europäische Beispiele „guter Praxis“)	www.iclei.org/europractice
Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“.	www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
UNCHS (Habitat) database on solutions from over 120 countries to common social, economic and environmental problems	www.bestpractices.org

**Az egészségfejlesztés társadalmi
aspektusai**

A népegészségügyi programok múltja, jelene és várható jövője Magyarországon *

Gyebnár Brigitta és Vokó Zoltán

Összefoglalás

Ugyan az elmúlt majd két évtizedben a magyar lakosság életkilátásai jelentősen javultak, abszolút értelemben a lemaradásunk Európa fejlett államaitól továbbra sem csökkent. Az elért kedvező eredmények azonban kevésbé tulajdoníthatók a szervezett népegészségügyi cselekvésnek. Történtek ugyan érdemi beavatkozások, de nem kellő intenzitással, nem kellő ideig, és nem voltak képesek a lakosság széles rétegeit elérni. Ennek főbb okai a hosszantartó, megfelelő politikai támogatottság és a kiszámítható finanszírozás hiánya, a népegészségügyi intézményrendszer nem megfelelő szervezettsége, valamint az ágazatközi interszektoralis együttműködések elégtelensége voltak. A Semmelweis Terv népegészségügyi prioritása a hosszú távú, konzisztens, intenzív népegészségügyi cselekvés feltételrendszerének megteremtése, valamint a nem-fertőző megbetegedések kockázati tényezőinek befolyásolása a teljes lakosság körében, a közegészségügyi és járványügyi biztonság megőrzése mellett. A közlemény áttekinti a népegészségügyi cselekvés és programalkotás jelenlegi nemzetközi környezetét, a magyar közelmúlt

* A tanulmány megjelent: *Népegészségügy*, 89. évfolyam 2. szám (2011). 126-134. o. Másodközlés a szerzők engedélyével.

ezirányú kezdeményezéseit, illetve a jelenlegi kormányzat népegészségügyi törekvéseit.

Az Országgyűlés 2010. június 14-én fogadta el a Nemzeti Együttműködés Programját. Az „Itt az idő, hogy megmentünk az egészségügyet!” című 3. fejezet népegészségügyre vonatkozó 3.7 pontja szerint olyan átfogó intézkedésekre van szükség, amelyek fokozottan segítik elő a lakosság egészségi állapotának javulását - ezzel elismerve azt a sürgető igényt, hogy nem lehet tovább halogatni a tényleges beavatkozásokat. A közlemény áttekinti a népegészségügyi cselekvés és programalkotás jelenlegi nemzetközi környezetét, a magyar közelmúlt ezirányú kezdeményezéseit, illetve a jelenlegi kormányzat népegészségügyi törekvéseit.

Az aktuális nemzetközi környezet

Az elmúlt néhány év nemzetközi népegészségügyi prioritásai közül látványosan hangsúlyosabbá vált az egészségi állapot méltánytalan egyenlőtlenségeinek csökkentése. Az egészség társadalmi meghatározó tényezőinek különbségeiből fakadó méltánytalan egészségi egyenlőtlenségek („health inequities”) csökkentése az elmúlt évtizedekben mind az Egészségügyi Világszervezet (EVSZ), mind az Európai Unió tevékenységében kiemelt fontossággal bír. Az EVSZ 2005-ben külön bizottságot - Commission on Social Determinants of Health - hozott létre azzal a céllal, hogy felmérje, mire van szükség az országok közötti és országokon belüli egészség terén megnyilvánuló méltányosság („health equity”) elősegítéséhez, és támogassa az annak megvalósítását szolgáló globális mozgalmat az egyenlőtlen egészség egy generáción belüli

felszámolása érdekében (Kósa, 2009; http://www.who.int/social_determinants/thecommission/en/index.html). A Bizottság 2008-ban publikált jelentésének átfogó ajánlásaiban a mindennapi életfeltételek javítását; a hatalom, a pénz és az erőforrások egyenlőtlen elosztása elleni küzdelmet és a méltánytalan egészségi egyenlőtlenségek problémakörének felmérését, megértését, valamint az egyenlőtlenségek csökkentését szolgáló intézkedések hatásainak vizsgálatát szorgalmazta (Commission on Social determinants of Health, 2008; OEFI, 2008).

Az egészségi egyenlőtlenségek csökkentése az Európai Bizottság 2008-2013-as időszakra szóló Egészségügyi Programjának („Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013) is egyik célkitűzését képezi (Decision, 2008). A Program fő alapelvei között szerepel többek között az egészség és a gazdasági teljesítmény közötti kapcsolat elismerése is. Az egészségi egyenlőtlenségek csökkentése célkitűzésen belül nevesítésre került az egészség társadalmi meghatározóinak kezelése, a főbb betegségek megelőzése, az egészségben töltött életek számának növelése és az egészséges idősödés elősegítése. Az Európai Bizottság 2009-ben közleményt jelentetett meg az egészségi egyenlőtlenségek csökkentéséről „Szolidaritás az egészségügyben: Az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentése az Európai Unióban” (2009) címmel. A közlemény konkrét javaslatokkal szolgál az egészségi egyenlőtlenségek csökkentésére, melyek végrehajtása során a Bizottság aktívan együtt kíván működni a tagállamokkal, a régiókkal és az érdekelt felekkel, az EU szakpolitikáinak az egészségi egyenlőtlenségekre gyakorolt hatásvizsgálata, az egyenlőtlenségekre vonatkozó rendszeres statisztikai adatgyűjtés és

adatközlés, valamint az EU támogatásokról való jobb tájékoztatás révén. A közlemény által számba vett legfontosabb, megoldásra váró kérdések és az ezekhez rendelt uniós szintű lehetséges fellépések: az átfogó társadalmi-gazdasági fejlődés részeként kiegyenlítettebb egészségi állapot biztosítása, az adat- és tudásbázis javítása, mérési, nyomonkövetési, értékelési és jelentéstételi mechanizmusok kimunkálása, társadalmon belüli kötelezettségvállalás, a sebezhető csoportok szükségleteinek kielégítése, az uniós politikák hatékonyságának növelése.

Az egészség társadalmi meghatározó tényezőivel foglalkozó, EVSZ keretein belül működő Bizottság ajánlásai alapján elsőként az Egyesült Királyságban készült országos stratégia. 2010 februárjában került publikálásra az ún. Marmot-jelentés, „Igazságos társadalom, egészséges életek” (Fair Society Healthy Lives, 2010) címmel, amely kormányzati megbízásból készített független ajánlás az angliai egészségi egyenlőtlenségek csökkentésének bizonyítottan leghatékonyabb stratégiáinak megvalósításáról. A jelentés hat fő szakpolitikai célt jelöl meg: biztos kezdet minden gyermek számára; az egyén képessé tételére képességeinek maximalizálására és saját életének irányítására; tisztességes foglalkoztatás és megfelelő munka biztosítása; egészséges életszínvonal biztosítása mindenki számára; egészséges és fenntartható terek és közösségek építése; a betegségmegelőzés szerepének és hatásának erősítése. A jelentés mindezek végrehajtásában a központi intézmények mellett hangsúlyozza a helyi szervek, a magánszektor és a közösségek jelentős szerepét, amely megkívánja a lakosság bevonásával történő döntéshozást és az egyének, közösségek döntési joggal való felruházását. A riport megjelenése óta számos kezdeményezés alapult az abban foglalt

ajánlásokon. A közlemény következtetéseiben megállapítja, hogy az egészségügyi egyenlőtlenségek mérséklése, megszüntetése hosszú távú folyamat. A dokumentumban rögzített intézkedések célja az, hogy megteremtsék az e területen megvalósuló, fenntartható fellépés kereteit.

2011 februárjában az EU tagállamainak részvételével és az Európai Bizottság támogatásával hivatalosan is elindult az „Egészségügyi egyenlőtlenségek elleni együttes fellépés”. Ebben az együttes fellépésben hazánkat az Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI) képviseli, amely részt vesz az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentését célzó hálózat létrehozásában, melynek célja a felmerülő kihívásokról történő tapasztalatcsere, továbbá a strukturális alapok felhasználásában rejlő lehetőségek és kihívások azonosítása. Az OEFI részt vesz továbbá a részes felek széleskörű együttműködésének elősegítésében.

Az Európai Parlament 2011. március 8-án állásfoglalást adott ki az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentéséről az EU-ban (Európai Parlament, 2011). Az állásfoglalásban az Európai Parlament többek között felkéri a Bizottságot és a tagállamokat, hogy folytassák a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek kezelésére irányuló erőfeszítéseiket, amelyek végül lehetővé teszik az egészségügyi ellátás terén mutatkozó egyes egyenlőtlenségek csökkentését. Az EP továbbá felkéri a Bizottságot és a tagállamokat, hogy az emberi méltóság, szabadság, egyenlőség és szolidaritás egyetemes értékei alapján a figyelmet a kiszolgáltatott csoportok szükségleteire összpontosítsák. Hosszú távon az emberek egészségi állapotának általános javulásához vezető társadalmi-gazdasági és környezeti fejlődés ellenére bizonyos tényezők, például a higiénia, az élet- és munkakörülmények, az alultápláltság, az iskolázottság, a jövedelem, az

alkoholfogyasztás és a dohányzás még mindig közvetlenül kihatnak az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségekre. Az egészségben mutatkozó egyenlőtlenségek nem csak gazdasági, környezeti és életmódhoz kapcsolódó tényezők, hanem az egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréshez kapcsolódó problémák eredményei is. A jelenlegi gazdasági és pénzügyi válság számos uniós tagállamban súlyos hatással lehet az egészségügyre, mind az ellátási, mind a keresleti oldalon. A szegénység és egyéb sebezhető állapot - mint például a gyermekkor vagy az időskor, a fogyatékoság vagy a kisebbséghez való tartozás - hatásában összeadódik és tovább növeli az egészségügyi egyenlőtlenségek kockázatát, valamint fordítva, a betegség szegénységhez és/vagy társadalmi kirekesztéshez vezethet. Az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek jelentős gazdasági hatást gyakorolnak az EU-ra és a tagállamokra, mivel a hozzá kapcsolódó veszteségek a becsléselv szerint a GDP nagyjából 1,4%-át teszik ki. A Parlament felhívja a Tanácsot és a Bizottságot, hogy az „Európa 2020” stratégián belül fektessenek nagyobb hangsúlyt annak elismerésére, hogy a fizikai és mentális egészség és jólét kulcsfontosságúak a kirekesztés legyőzésében, valamint hogy az „Európa 2020” stratégia nyomon követési eljárásaiban alkalmazzanak olyan összehasonlítható mutatókat, melyek tükrözik a különböző társadalmi-gazdasági státuszokat és a lakosság egészségi állapotát.

Ehhez némiképp kapcsolódva, 2011. április 4-én jelent meg a Bizottság az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának szóló közleménye „Nemzeti romaintegrációs stratégiák uniós keretrendszere 2020-ig” címmel (2011). Az új növekedési pályát jelentő „Európa 2020” stratégia - amely az

intelligens, fenntartható és innovatív növekedést célozza - a romákkal folytatott aktív párbeszéd során határozott fellépésre ösztönöz nemzeti és uniós szinten egyaránt. A tagállamoknak ezért a lakosság többi részéhez hasonlóan a romák számára is hasonló szinten és hasonló feltételek mellett kell biztosítaniuk a minőségi egészségügyi ellátáshoz (különösen a gyermekek és a nők esetében), valamint a megelőző szolgáltatásokhoz és a szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférést.

Az „Európa 2020” stratégiában kiemelten kezelt gazdasági növekedéshez, a foglalkoztatás növeléséhez elengedhetetlen az aktív népesség egészségének fejlesztése. Az Európai Unióban, sőt az egyes tagállamokon belül is jelentős különbségek vannak a lakosság egészségi állapotában, az egészségügyi ellátórendszer teljesítményében és az ellátáshoz történő hozzáférésben. Az unió polgárai egészségi állapotának javítása, magas szintű egészségének biztosítása, a tagállami ellátórendszerek szolgáltatásai színvonalának közelítése, a tagállami ellátórendszerek közötti érintkezési felületek megteremtése az egységes belső piac feltételei között új értelmezést nyert. Az egészségügyi szektornak még komolyabb kihívásokkal kell szembenéznie a pénzügyi, gazdasági válság, a tartósan növekvő munkanélküliség és a mindezek hatásaként bekövetkező növekvő társadalmi, szociális, egészségügyi problémák körülményei között, miközben a pénzügyi források szűkülnek.

2011. április 28-29-én Moszkvában került megrendezésre az első globális egészséget befolyásoló életmód tényezőkről és a nem fertőző betegségek megelőzéséről szóló konferencia. Ennek eredményeként megalkotásra került egy deklaráció, melyben elismerik az egészségi egyenlőtlenségek országok közötti, valamint országokon belüli

különbségeit. A deklaráció a nem fertőző betegségeket befolyásoló magatartási, szociális, gazdasági és környezeti faktorokra irányulóan szükséges politikák megalkotását és végrehajtását szorgalmazza. E szerint interszektoriális együttműködések kiépítésére van szükség az egészségen kívül egyéb politikákban is, továbbá erősíteni kell az egészségügyi ellátást, így segítve elő a fenntartható megelőzést és kezelést (WHO, 2011).

Népegészségügyi programok az elmúlt évtizedekben

Az elmúlt közel húsz évben több népegészségügyi program került meghirdetésre azzal a szándékkal, hogy végrehajtása révén javuljon a lakosság egészségi állapota.

Az első átfogó program a hosszú távú egészségfejlesztési politika alapelveiről szóló 1030/1994. (IV. 29.) Korm. határozat volt, amely meghatározta a népegészségügy prioritásait az ezredfordulóig. A Program a következő öt nemzeti cél megvalósítására irányult: a lakosság mind nagyobb része vallja, hogy az egyik legfőbb emberi érték az egészség; és ezzel egyidejűleg el kell érni, hogy a döntéshozók mind a jogalkotásban, mind a költségvetésben kiemelt jelentőséget tulajdonítsanak a lakosság egészsége javításának; a betegségmentes élet éveket legalább 55 évre kell kiterjeszteni, a születéskor várható átlagos élettartamot férfiaknál legalább 67, nőknél legalább 75 évre kell meghosszabbítani; a különösen jó és a különösen rossz szociális körülmények között élő lakosság születéskor várható élettartama nem mutathat 3 évnél nagyobb különbséget; a halálozások és az élve születések száma közötti különbséget jelentősen csökkenteni kell az élve születések javára. A program néhány pontja számszerűsíti is a célokat. A program célkitűzéseinek megvalósítása

érdekében többnyire meghatározott logika nélkül rendezte a következő célterületeket és eszközöket: az oktatás, a tömegkommunikáció és az egészségnevelés, valamint az egészségügyi felvilágosítás, amelyek keretében tudatosítani kell a kedvezőtlen táplálkozási szokások, a dohány- és alkoholfogyasztás, a mozgásszegény életmód káros hatásait, valamint széles körben ismertetni kell a helyes életmód kialakítását elősegítő módszereket. Ennek érdekében a nemzeti alaptantervben hangsúlyozott szerepet kell biztosítani az egészségneveléssel, felvilágosítással összefüggő feladatoknak, az egészségügyi ellátás során pedig a gyógykezelés mellett az ellátás részévé kell tenni a személyre szabott tanácsadó tevékenységet. Továbbá figyelmet fordított a környezeti tényezők javítására, az egészségügyi ellátás során kiemelt feladatként határozta meg a gyermekek és a fiatal felnőttek preventív gondozását, a társadalom perifériájára sodródott, illetve az időskorú népesség gondozásának fejlesztését. Főként betegségközpontú megközelítéssel hangsúlyozta a keringési és daganatos betegségek megelőzését. A feladatok között megjelent az egészségügy társadalmi megbecsültsége. A program előrehaladásáról - a többihez hasonlóan - éves jelentések formájában kellett beszámolni. Külön erényként említendő, hogy a kormányhatározat a program végrehajtására kérte az önkormányzatokat, a tömegtájékoztató szervek vezetőit és munkatársait, a társadalmi és érdekképviseleti szerveket, valamint a társadalom minden tagját. A koordinációt az Országos Népegészségügyi Bizottságra bízta, melynek legfontosabb feladatául szabta a törvénytervezetek véleményezését népegészségügyi szempontból, a gazdaságpolitikai intézkedések népegészségügyi hatásainak véleményezését, az országos népegészségügyi feladatok koordinálását, az

éves népegészségügyi jelentés véleményezését. A Bizottság elnökeként a népjóléti miniszter, titkárának az országos tisztifőorvos lett kinevezve. Tagja volt a tárcák delegáltjain túl a Központi Statisztikai Hivatal elnöke, az Országos Testnevelési és Sporthivatal elnöke, a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőség elnöke, a Környezetvédelmi Főfelügyelőség elnöke, valamint az Országos Munkabiztonsági és Munkaügyi Felügyelőség elnöke, illetve a tagok megbízottai.

Az ezredforduló utáni évtized népegészségügyi célkitűzéseit az 1066/2001. (VII. 10.) Korm. határozat keretében létrehozott 2001-2010. évekre szóló „Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program” fogalmazta meg. A program legfontosabb céljai a következők voltak: el kell érni, hogy a lakosság meghatározó többsége számára az egyik legfőbb érték az egészség legyen, s az egészség megőrzéséért kész is legyen tenni; a döntéshozók mind a jogalkotásban, mind a költségvetésben kitüntetett jelentőséget tulajdonítsanak a lakosság egészsége javításának; a felnövekvő generáció számára biztosítani kell az egészséges fejlődés feltételeit a fogantatástól a felnőttkorig; az egészségben eltöltött éveket mind a férfiaknál, mind a nőknél ki kell terjeszteni, törekedni kell arra, hogy a születéskor várható átlagos élettartam a férfiaknál legalább 70, a nőknél legalább 78 esztendőre meghosszabbodjék; a társadalmi egyenlőtlenségeket, a születéskor várható élettartamban mutatkozó különbséget csökkenteni kell. A fenti nemzeti célok megvalósítása mellett 10 kiemelt nemzeti feladatot is megfogalmaztak, melyek a következők voltak: egészséges életre nevelés, oktatás és tudatformálás erősítése, célzott lakossági szűrővizsgálatok bevezetésével a nagy népegészségügyi jelentőségű betegségek korai felismerése, egészséges táplálkozás

széleskörű elterjesztése, egészséges élethez szükséges mozgáskultúra fejlesztése, káros szenvedélyek elleni küzdelem, egészséges élethez való egyenlő esély megteremtése és megtartása, járványügyi biztonság erősítése, élelmiszerbiztonság feltételeinek javítása, felkészülés az új kihívásokra, egészséget támogató környezet kialakítása, külső okok miatti halálozás visszaszorítása, valamint az egészségügyi ellátórendszer népegészségügyi szempontokat is figyelembevevő fejlesztése.

A program végrehajtásáért a Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság felelt, amelynek feladata volt: ütemterv jóváhagyása a programban megfogalmazott célok eléréséhez szükséges intézkedésekről, a program végrehajtásához szükséges feladatok ágazatokra történő lebontásának jóváhagyása, a programban foglaltak megvalósulásának rendszeres értékelése, javaslattétel a kitűzött célok teljesítéséhez szükséges eszközökre, pénzügyi forrásokra. A népegészségügyi program végrehajtásának koordinálásáért felelős kormány megbízott volt a Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság elnöke, az oktatási miniszter, az ifjúsági, családügyi, szociális és esélyegyenlőségi miniszter, valamint az egészségügyi miniszter a társelnöke, az országos tisztifőorvos pedig a titkári feladatokat látta el. A bizottság tagjai ugyancsak a társtárcák képviselői, illetve az OEP és a KSH voltak. A kormányhatározat külön kitért a költségvetés meghatározására évtizedes viszonylatban, továbbá a program eredményessége érdekében a társadalom széles rétegeit elérő kommunikációs stratégia kialakítását, valamint a szakmai, civil és helyi közösségek elérését tűzte ki.

A program 2003-tól újabb átalakuláson ment keresztül. Az „Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról” szóló 46/2003.

(IV 16.) OGY határozat - a program nevét a 4/2006. (II. 8.) OGY határozat „Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programjára módosította - célrendszerét tekintve illeszkedett a korábbiakhoz, szakmailag lényegében azok továbbfejlesztett folytatásának tekinthető. Az érintett tárcák koordinált együttműködésének biztosítása érdekében az 1142/2004. (XII. 15.) Korm. határozat a Népegészségügyi Program végrehajtásának koordinálásáért felelős kormány megbízott létrehozásáról intézkedett, ehhez kapcsolódóan az 1063/2005. (VI. 23.) Korm. határozat pedig meghatározta a Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság működését.

A program alapvető célkitűzése, hogy 2013-ig a lakosság születéskor várható élettartama legalább 3 évvel hosszabbodjon meg, növekedjék a rokkantságtól és betegségtől mentes életévek száma. A program alapvető küldetése, hogy választ adjon az egészséget érintő kihívásokra, segítse és felgyorsítsa, hogy a magyar lakosság életésélyei minél hamarabb megközelítsék az Európai Unió átlagát. A program négy alprogram keretében határozta meg a feladatokat: I. Egészséget támogató társadalmi környezet kialakítása, ezen belül egészséges ifjúság, idősek egészségi állapotának javítása, esélyegyenlőség az egészségért, egészségfejlesztés a mindennapi élet színterein; II. Egészséges életmód programja, az emberi egészség kockázati tényezőinek csökkentése - dohányzás visszaszorítása, az alkohol és drogmegelőzés, egészséges táplálkozás és élelmiszerbiztonság, aktív testmozgás elterjesztése, közegészségügyi és járványügyi biztonság, nemzeti környezetegészségügyi akcióprogram; III. Az elkerülhető halálozások, megbetegedések, fogyatékosság megelőzése - koszorúér- és agyérbetegségek okozta megbetegedések, halálozások visszaszorítása,

daganatos megbetegedések visszaszorítása, a lelki egészség megerősítése, mozgásszervi betegségek csökkentése, HIV/AIDS megelőzés; IV. Az egészségügyi és népegészségügyi intézményrendszer fejlesztése az egészségi állapot javítása érdekében - népegészségügyi szűrővizsgálatok, ellátásfejlesztés, erőforrás fejlesztés és monitorozás-informatika.

Ugyan az elmúlt majd két évtizedben a magyar lakosság életkilátásai jelentősen javultak, abszolút értelemben a lemaradásunk Európa fejlett államaitól továbbra sem csökkent. A magyar lakosság egészségi állapota még mindig jelentősen elmarad attól, amit az ország társadalmi-gazdasági fejlettsége alapján várnánk. Az elért kedvező eredmények sokkal inkább az elmúlt évtizedek társadalmi változásainak, illetve egyes egészségügyi szolgáltatások hatékonyság-növekedésének tulajdoníthatók, semmint a szervezett népegészségügyi cselekvésnek. Annak ellenére igaz ez a megállapítás, hogy 1994 óta célrendszerét tekintve konzisztens és folytonos stratégia jellemzi a népegészségügyi programokat. A programok elvben megfelelő koncepcionális és stratégiai keretet biztosítottak a szükséges intézkedésekhez. Rövid időszakokban és egyes területeken történtek érdemi beavatkozások, de nem kellő intenzitással, nem kellő ideig, és nem voltak képesek a lakosság széles rétegeit elérni. Ennek főbb okai a hosszantartó, megfelelő politikai támogatottság és a kiszámítható finanszírozás hiánya - 2003-ban pl. 1833 millió Ft, ugyanakkor 2010-ben 371 millió Ft állt rendelkezésre a költségvetésben a népegészségügyi feladatok ellátására -, a népegészségügyi intézményrendszer nem megfelelő szervezettsége, valamint az ágazatközi interszektoriális együttműködések elégtelensége voltak.

Az összes eddigi népegészségügyi programról elmondható, hogy nem helyeztek kellő hangsúlyt a végrehajtás feltételrendszerének biztosítására. Az ambiciózus tervek így jobbára megvalósíthatatlanok maradtak. A kormányzati szakpolitikákban az ágazatok közötti, egészség szempontú koordináció sem volt hatékony. A népegészségügy nem vált horizontális közpolitikává. Az egészséget meghatározó legfontosabb tényezők nagy része az egészségügyi szektoron kívül esik. A népegészségügyben szükséges országos és helyi szinteken megjelenő tevékenységek ágazatközi és szakmák közötti koordinációt igényelnek, amelyek mechanizmusai elégtelenül működtek, vagy ki sem alakultak. Az egészséghatás vizsgálatok széleskörű bevezetése elmaradt. A népegészségügy finanszírozása nem biztosította az intézmények fenntarthatóságát, a szükséges fejlesztési forrásokat és a népegészségügyi intézkedések fedezetét. A népegészségügyi intézményrendszer jelenlegi szervezeti keretei a népegészségügyi lakossági szolgáltató funkciók biztosítására nem alkalmasak. Az egészségügyi alapellátás preventív tevékenysége nem kielégítő. Az országos és helyi szintek összekapcsolása nem hatékony, együttműködésük esetleges.

A jelenlegi kormányzat népegészségügyi törekvései

A 2010 októberében bemutatott, és kormányhatározatban elfogadott „Simmelweis Terv az egészségügy megmentésére” c. vitairat szintén fontos céljának tűzte ki a népegészségügy megújítását: a feltárt problémákra válaszolva, a felkutatott és újragondolt fejlesztési forrásokra építve paradigmaváltó akcióterv készítését vállalja, amely a népegészségügyi célok elérése érdekében mozgósítani kívánja az egész

lakosságot. A megfogalmazott népegészségügyi politika értékközpontú, probléma-orientált, célvezérelt, bizonyítékokon alapuló és megvalósítható. A Semmelweis Terv szerint a népegészségügy a legszélesebb értelemben vett közügy, amelyben szerepe van az egyéntől a helyi és országos közösségekig a társadalom minden szereplőjének. A lakosság egészségi állapotának javítása, egészségének fejlesztése társadalmi prioritás. Minden magyar állampolgárnak alapvető emberi joga az elérhető legkedvezőbb egészségi állapot. A jó egészség önmagában is jelentős egyéni és társadalmi érték, ugyanakkor egyéni és társadalmi erőforrás is. A központi állami intézményeken kívül, partnerségi keretek között, a társadalom valamennyi alrendszerének és szereplőjének bevonása szükséges a Népegészségügyi Programba. Az önkormányzatok, a magánszektor, a civil közösségek, a lakosság kezdeményező és cselekvő részvétele nélkül a Program nem lehet sikeres. A központi intézményeknek szakmai segítséget, pénzügyi forrást és egyéb ösztönzőket kell biztosítaniuk annak érdekében, hogy a közösségek a saját problémáikhoz igazodó autonóm egészségfejlesztési tevékenységet folytathassanak. A koordinált és egy irányba mutató, az egészség ügyét szolgáló befektetések és programok, akciók közösségi támogatottságának erősítése az összbefektetés mértékének növelése nélkül is a lakosság egészségi állapotának javulását eredményezi.

A Nemzeti Népegészségügyi Program működési módjának kialakítása, a működtetéshez szükséges népegészségügyi intézményrendszer fejlesztése és a népegészség ügyét szolgáló ellátási formák koordinálása kiemelt feladat. Ennek keretében ki kell alakítani egy támogató tudás- módszertani bázist, a népegészségügyi stratégiaalkotást, a

végrehajtás koordinációját, monitorozását és szakmai felügyeletét biztosító szervezeti háttérrel. Továbbá szükséges az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat intézményrendszerének átszervezése. Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal látja el továbbra is a népegészségügyi igazgatási, hatósági funkciókat, azonban a szakmai irányítási, módszertani, koordinációs feladatokat ellátó országos intézetek rendszere átszerveződik: létrejön az Országos Járványügyi Központ, az Országos Közegészségügyi Központ és az Országos Népegészségügyi Központ (ONK). Az Országos Járványügyi Központ az Országos Epidemiológiai Központ alapján jön létre. Az Országos Közegészségügyi Központba integrálódik az OKK, OSSKI, OKBI és az OÉTI.

Az Országos Népegészségügyi Központ az Országos Egészségfejlesztési Intézet bázisán alakul meg, amelyhez kapcsolódik az Országos Gyermekegészségügyi Intézet, az Országos Alapellátási Intézet, az Országos Szakfelügyeleti és Módszertani Központ feladataiból a Veszélyes Rendellenességek Országos Nyilvántartása, az Egészségmonitorozás/nem fertőzőbetegségek epidemiológiája, az Országos Addiktológiai Központ és a Ritka Betegségek Központja, valamint az Országos Élelmezéstudományi Intézetből a táplálkozás egészségügyi feladatai. Továbbá az Országos Környezet-egészségügyi Intézetből átkerülnek a környezet-epidemiológiával és az egészséghatás előrejelzéssel kapcsolatos feladatok. Ugyancsak az Országos Népegészségügyi Központba integrálódik a Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ. Az ONK koordinációs központként a végrehajtásban közreműködők széleskörű partneri hálózatát fogja létrehozni.

Az Országos Népegészségügyi Központ legfontosabb feladatai az alábbiak lesznek:

- a népegészségügyi stratégia szakmai megalapozása, népegészségügyi programok tervezése és végrehajtásuk koordinálása;
- népegészségügyi monitorozás, népegészségügyi előrejelzések, egészséghatás vizsgálatok készítése, koordinálása;
- egészségkommunikációs, egészségnevelési, egészségfejlesztési programok kidolgozása, koordinálása, részvétel azok megvalósításában, valamint megvalósításuk és eredményességük monitorozásában;
- népegészségügyi szakemberképzés, együttműködve a felsőoktatási intézményekkel.

A népegészségügyi tevékenység fenntartható finanszírozásának biztosítása nélkül e jelenlegi tervek sem fognak hosszútávon megvalósulni. A „népegészségügyi termékadj” bevezetése révén biztosítható, hogy az Új Széchenyi Terv keretében európai uniós forrásból megvalósuló népegészségügyi fejlesztések fenntarthatóak legyenek, ill. az egyéb népegészségügyi tevékenységek finanszírozási háttere hosszútávon biztosíthatóvá váljon.

Az EVSZ ajánlása szerint „a közpolitikák egymástól való függése új kormányzati megközelítést igényel, melyek összehangolásakor a kormány közös célokat, integrált beavatkozásokat meghatározó, megnövelt összkormányzati felelősségre építő stratégiai tervet készíthet”. Az „egészséget minden szakpolitikában” elvnek megfelelően szükséges az egészséget támogató közpolitika szervezeti kereteinek kialakítása, az egészséghatás vizsgálatok bevezetése és alkalmazásának bővítése.

A népegészségügyi fejlesztési források felhasználásában szakmai prioritások érvényesítendőek. A forrásokat a Népegészségügyi Programban megfogalmazott prioritásokkal és célkitűzésekkel összhangban kell felhasználni. Fontos biztosítani, hogy a fejlesztési forrásokból finanszírozott programok a fejlesztési ciklust követően beépüljenek a népegészségügyi gyakorlatba, és finanszírozásuk a fejlesztési szakaszt követően is megoldható legyen.

Szükséges a közösségi szintér alapú (munkahelyi, iskolai, települési) egészségfejlesztési programok elterjesztése, folyamatos támogatása. Ennek feltétele a fenntartható finanszírozás, az ösztönző mechanizmusok kialakítása, a megvalósítók számára a tudástransfer biztosítása, az önkormányzatok, a gazdasági élet szereplői, az egyéb munkáltatók és a civil szervezetek részvétele. A helyi erőforrásokat, azaz az egészség koalíciókat (egészségterv partnerségi csoportok) minél teljesebb mértékben be kell vonni a népegészségügyi dolgozók kapcsolati hálójába.

Az alapellátásban résztvevők prevenciós, egészségfejlesztési szerepének erősítése elengedhetetlen. A háziorvosi és a foglalkozás-egészségügyi ellátás prevenciós szemléletű átalakítása fontos feladat a megfelelő érdekeltségi rendszer megteremtése, egészségfejlesztési, mentálhigiénés szakemberek, pszichológus, dietetikus, gyógytornász bevonása révén. Ehhez kapcsolódóan szükséges a védőnői preventív tevékenység bővítése.

A népegészségügyi szűrőprogramok hatékonyságának javítása kiemelt feladat, amely elsősorban lakossági ismeretközléssel, a helyi közösségek és az önkormányzatok bevonásával, a szervezeti keretek

fejlesztésével érhető el. A szervezett szűrőprogramok mellett a pilot jellegű szűrőprogramok - pl. védőnői méhnyakszűrési, illetve vastagbéliszűrési programok - országos kiterjesztését is elő kell készíteni.

A gyógyszerészek bevonása az egészségfejlesztési tevékenységbe, a gyógyszerészi gondozás kiterjesztése és ösztönzése új partnerekkel bővítheti az egészségfejlesztési tevékenységet végzőket.

A hatékony forrásfelhasználás egyik biztosítéka lehet az igazoltan eredményes és fenntartható hazai és nemzetközi jó gyakorlatok átvétele, felhasználása és kiterjesztése. Ennek érdekében ki kell dolgozni a transzparens finanszírozás és az egységes szakmai értékelés feltételrendszerét.

A lakosság egészségműveltségének javítása érdekében a tervezett programok között szerepel a folyamatos, konzisztens, célcsoportokhoz igazított, programokat támogató egészség-kommunikáció alkalmazása, a teljeskörű egészségfejlesztés bevezetése a közoktatási intézményekben (egészségtan oktatás, egészséges táplálkozás az iskolai közétkeztetésben, mindennapi testnevelés, személyiségfejlesztés személyközpontú pedagógiai módszerekkel), valamint készségfejlesztés a felnőttoktatásban és az egészségügyi ellátórendszerben.

A Kormány a korábbiakhoz képest hatékonyabban kíván élni az egészséget támogató közpolitikák eszközével. Ennek első aktusa volt a 2011. évi XLI. törvény a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény módosításáról. A Nemzeti Táplálközpolitika részeként előkészületben van a közétkeztetés keretében szolgáltatott élelmiszerekre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírásokról szóló jogszabály. A

Nemzeti Táplálkozáspolitikai fő cselekvési területei az elkövetkezendő három évben az egészséges ételválasztás elérhetővé tétele, az egészségtudatos választáshoz elengedhetetlen minőségű fogyasztói tájékoztatás, valamint a végrehajtott intézkedések nyomon követése. A prioritási célok megvalósítása érdekében új jogi szabályozás várhatóan magas cukor-, só- és zsírtartalmú élelmiszerek kínálatának visszaszorítására vonatkozóan. Ezen túlmenően folyamatosan biztosítani kell, hogy a fogyasztók hozzájussanak a táplálkozással, a túlsúllyal, elhízással, azok kockázataival kapcsolatos információkhoz, kiemelten az élelmiszerek csomagolásán feltüntetett adatok útján. Ehhez kapcsolódik a közösségi egészségfejlesztési programokban a fizikai aktivitás javítására irányuló programok számának növelése.

A tervezett közösségi, kommunikációs és egészségfejlesztési programok az életmódbeli tényezőkre koncentrálnak. Ugyanakkor az ezek hátterében álló pszicho-szociális tényezők befolyásolása nélkül nem várható érdemi áttörés. A Semmelweis Terv alapján a méltánytalan egyenlőtlenségek csökkentése érdekében kiemelt feladat a szociális, oktatási, foglalkoztatási és egészségügyi ellátások összehangolt fejlesztése és alkalmazása a hátrányos helyzetű térségekben - különös tekintettel a gyermekvállalásra készülőkre és a gyermekeket támogató ellátásokra.

A feladatok között szerepel a lelki egészség védelme és fejlesztése célzott kisközösségi programok, valamint az öngyilkosság és a depresszió megelőzését támogató helyi programok feltételrendszerének kialakításán keresztül, a közösségi gondozói hálózatok megerősítése és fenntarthatóságának biztosítása és az addiktológiai ellátórendszer fejlesztése.

A Semmelweis Terv népegészségügyi prioritása a hosszú távú, konzisztens, intenzív népegészségügyi cselekvés feltételrendszerének megteremtése, valamint a nem-fertőző megbetegedések kockázati tényezőinek befolyásolása az egész lakosság körében. Emellett azonban kiemelten fontos a környezet-egészségügyi és a járványügyi biztonság megőrzése, javítása, így a Nemzeti Környezet-egészségügyi Akcióprogram folytatása, a védőoltási rendszer folyamatos korszerűsítése, a HIV/AIDS prevenciók programok folytatása, a TBC szűrés szabályozásának korszerűsítése és hatékonyságának fokozása.

A szakember-utánpótlás biztosítása és a bizonyítékokon alapuló népegészségügyi politika szempontjából kiemelt jelentőségű az akadémiai szféra és az állami népegészségügyi intézményrendszer együttműködésének fejlesztése, a népegészségügyi humán erőforrások átgondolása az életpálya modell vonatkozásában is.

A közeljövő azonnali cselekvéseinek megfelelő stratégiai keretet biztosít a jelenleg hatályos Nemzeti Népegészségügyi Program, ezen belül kijelölhetők a prioritások és cselekvési irányok. Ugyanakkor az új kihívásokhoz és lehetőségekhez igazodva elengedhetetlen a népegészségügyi stratégia megújítása is, és legkésőbb 2013-ban új népegészségügyi program létrehozása.

Irodalom

A bizottság közleménye az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának. Szolidaritás az egészségügyben: Az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentése az Európai Unióban.

Brüsszel, 2009. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2009:0567:FIN:HU:PDF>

A Bizottság közleménye az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának. A nemzeti romaintegrációs stratégiák uniós keretrendszere 2020-ig. Brüsszel, 2011. http://www.eu2011.hu/files/bveu/documents/A_nemzeti_romaintegracios_strategiak_unios_keretrendszere_2020-ig.pdf

Az Európai Parlament 2011. március 9-i állásfoglalása az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentéséről az EU-ban. Strasbourg, 2011. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEST+TA+P7-TA-2011-0081+0+DOC+XML+V0//HU>

Commission on Social Determinants of Health (2008): *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva. World Health Organisation, 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf

Decision No 1350/2007/EC of the European Parliament and of the Council of 23 October 2007 establishing a second programme of Community action in the field of health (2008-13). <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:201:0003:0013:EN:PDF>

Fair society, healthy lives. The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010. <http://www.marmotreview.org/AssetLibrary/pdfs/Reports/FairSocietyHealthyLives.pdf>

- Kósa Karolina (2009): A társadalmi esélyegyenlőtlenségek népegészségügyi hatáisi Magyarországon. *Népegészségügy*, 87: 329-335.
- OEFI (2008): Számoljuk fel egy generáció alatt a szakadékot. Az egészséggel összefüggő esélyegyenlőség megteremtése az egészség társadalmi meghatározóin keresztül. Budapest. OEFI. <http://www.oefi.hu/modszertan11.pdf>
- WHO (2011): Moscow Declaration. World Health Organization. Moszkva. http://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/conference_documents/moscow_declaration_en.pdf
- 1030/1994. (IV.29) Korm. határozat a hosszú távú egészségfejlesztési politika alapelveiről, amelyet az 1066/2001. (VII. 10.) Korm. határozat II. pontja hatályon kívül helyezett 2001. július 10-től.
- 1066/2001. (VII. 10.) Korm. határozat a 2001-2010. évekre szóló Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program alapelveiről, amelyet az 1063/2005. (VI. 23.) Korm. határozat 5. pontja hatályon kívül helyezett 2005. VI. 23-től.
- 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról szóló 46/2003. (IV. 16) OGY határozat módosításáról.
- http://www.who.int/social_determinants/thecommission/en/index.html

Dilemmas in reconfiguring the National Health Service in Rural Wales (2013)

Gaye Heathcote

Dedication

I dedicate this paper to my friend and colleague, Professor Dr. Zsuzsanna Benkő.

Zsuzsanna laid the foundational stones in the development of Health Education as theory and practice in Hungary in the late 1980s. Her seminal work, initially in Hungarian universities (formerly Medical Universities) set out the parameters of Health Education as a respected academic discipline which attracted fellow academics from across the social, physical and medical sciences. Her inspired leadership, her vision, her creativity, her tireless energy and her understanding of the essential role of health education, health promotion, and equality and diversity in public health provision and life-style choices were, and still are, unequalled in Hungary. She has already established a conception and delivery of a sustainable field of research, teaching and professional application which is enviably multi-disciplinary, multi-agency and multi-sectoral. Zsuzsa is a credit to the profession, to her country and to the network of European colleagues in the field in which she works and to which she so actively contributes. I have been honoured to be her friend and colleague for the past 25 years.

The National Health Service (NHS) in the United Kingdom (UK) is facing an unprecedented challenge: how to maintain its excellence in services free at the point of delivery in the context of a shrinking financial ‘envelope’ and a challenging socio-economic climate. The NHS is internationally renowned but is under enormous pressure. There is, in all parts of the UK (which sees regional variation in funding, resource distribution and patient outcomes) an acknowledgement that further transformation of health care services is essential to better meet the needs of an ageing population, optimise the use of healthcare technology, reduce childhood mortality and ensure that the NHS lives within its financial means. There is a consensus that ‘there are too many services in the wrong place; this means that, currently, care is not as effective as it could be, and that it is increasingly unaffordable’ (Letter to *The Guardian* 25.1.13). Implicated in these imperatives is a requirement for a robust ‘integrated’ system of health *and* social care which offers the patient ‘seamless’ pathways from acute (hospital-based) intervention to community (local and/or home-based) care.

The ‘recipe’ for achieving these objectives is similar across broad areas of the countries and regions that make up the UK, notwithstanding more specific, localised differences on the remote rural - dense urban continuum of service provision. There is general agreement that the ingredients are: to provide good care closer to people’s homes; to help patients keep out of hospital (or at least substantially decrease the time they stay there); to implement safe and sustainable services across primary, community, secondary and social care; to make better use of technology; to build community-based infrastructure and capacity and to extend public health, health promotion and self-care initiatives. In short, the aim is to

drastically reduce the pressure on the acute services and meet people's needs more effectively through localised, integrated health and social care systems. In rural areas More use of technology (telemedicine, telesurgery and telemonitoring) is also being discussed.

The rhetoric which supports the mantra 'care closer to home' is compelling. There is much available research to show that many patients admitted to hospital remain, for a variety of reasons, for too long a period after their acute episode, with all the attendant problems of being separated from friends and family and the comfort of their homes and prey to hospital-generated infections. Moreover, the immediate post-acute phase can effectively be delivered by specialist nurses rather than by doctors and clinicians while, post discharge, the necessary health and social care facilities can appropriately be provided within local communities and by networks of primary care providers working closely with families, social care volunteers and professionals. In this way, acute care is now diffused into localised multidisciplinary, multi-agency units.

Conversely, some hospital services, both in the planned and emergency 'acute' contexts need to be centralised, concentrated into centres of excellence. This applies to the majority of specialisms where surgery is reliant on highly specialised clinicians and complex technologies. It makes more sense here to travel further to be treated by high quality specialists rather than being treated locally by staff who do not see enough patients with a particular condition or illness to become appropriately and sustainably skilled.

Although, since the inception of the NHS in 1946, change has been integral to the service and the rate and direction of change particularly

accelerated in the last 30 years, the drivers for the wave of current reconfigurations across the UK (see *Health and Social Care Act 2012*) are: to further enhance the quality of care following rigorous standards set by e.g., the European Directive, the UK's medical Royal Colleges, the Academy and the NHS Confederation; to create 'centres of excellence' which deliver optimal care for acute patients and which will attract top calibre clinicians and high tech. investment; to correct an over-enthusiastic market led approach to the market which has witnessed bankrupted hospitals/hospital trusts, unfairness and inequity of access and service delivery and some high profile law suits and public enquiries into instances of woeful patient neglect (such as that at the Mid-Staffordshire Hospital) or an unusually high incidence of infant mortality (following infant cardiac surgery at the Bristol Royal Infirmary); the need to rebalance increasingly scarce resources into the treatment and care of the chronically sick or debilitated, in line with the weighting of the demographics of a large and growing elderly population.

The current reconfigurations across the UK, at a general level, accepted and even welcomed. The public, the clinicians and the politicians pretty well all accept that 'no change is not an option' and that service reshaping should put patient need rather than the interests of organisations at its heart. There is agreement that patients themselves, communities and local political representatives need to be fully included in decision-making from the outset and to be part of the solution, not seen as the problem. Changes ought to be driven by staffing, demographics and associated health and social care 'pathways'. Reconfigurations should be justified by quality improvements and enhanced patient outcomes. Patient concerns

about safety, access to services (including transport issues) should be properly addressed by comprehensive cross-sectoral co-operation.

But suspicion persists. Patient communities need a great deal of convincing that reconfiguration is not simply about financial cuts and a drive to save money as budgets shrink and economic gloom deepens. The rhetoric of enhanced quality improvement rings hollow when trust in politicians, policy-makers and service provision is at an all-time low and when morale among health and social care professionals is challenged and the pressure on them greatly increased. Clinicians are in a particularly difficult position, torn between, on the one hand, professional aspirations attached to working in a 'centre of excellence' with a critical mass of patients to maintain and hone their skills, and, on the other, fulfilling their duty of equitable care to ageing populations with predominantly chronic (rather than acute) needs in community settings. Crudely, decision makers are having to juggle with large numbers of imperatives against a context of shrinking resources. These are: specialisation skills concentration, improved patient outcomes, more exacting professional standards and minimisation of patients' hospital stay, balanced with demands to treat more patients in home or community settings, a commensurate need to retrain doctors, nurses and clinicians to adapt to new roles and new work patterns and increased pressure to break down the administrative and financial barriers that currently exist between 'health' care and 'social' care.

In practice, the problems of balancing and implementing these changed patterns of care are, arguably, particularly difficult in more rural areas such as major (geographical) parts of Wales and Scotland. Scotland

has greater devolved powers from London than has Wales, and a greater say and more financial control. A number of examples of excellence in delivering health care are emerging from Scotland (which, in turn, has studied successful and sustainable rural health care delivery in other countries such as Australia, Canada, Scandinavia etc. In Wales, where I am currently working on behalf of patient-led organisations to implement a workable and sustainable rural health model, these problems are more intractable.

Here, our Health Boards are facing the same challenges as elsewhere. Currently, our acute services are inappropriately weighted to meet the needs of our (mainly) elderly and geographically scattered communities. There has, for example, been a neglect of adequate screening, public health initiatives, community care, anticipatory health issues and chronic disease management. There are variations and inequalities relating to services, treatment and access, depending upon whether you live in one of the small towns, or in a village or in isolation in remote mountainous locations. There is considerable strain on policy decision-makers and health practitioners who have to comply with strict professional guide-lines and standards issued by the various regulating and accreditations bodies. They also have to negotiate vocal local opposition arising from a public perception of inequity and discrimination in health and social care. Adherence to bilingualism (English and Welsh) in service provision and delivery is a legal and human rights requirement. In short, Health Boards currently need to confront problems which, historically, have arisen from a combination of increased expectations, poor management, and a previous failure to achieve quality, compliance, equitable resource distribution,

efficiency, safety and balance. They also need to negotiate cultural, geographical, linguistic and demographic differences.

In 2011 the (Welsh) Minister for Health and Social Services, in launching the reconfiguration proposals, stated that ‘no change is not an option’ and that public debate around the proposals should not be about ‘service change’ but ‘health processes’, predicated on a ‘much more transparent approach to performance reporting and a ‘more open relationship with the people of Wales.’ The ‘health processes’ can be summarised as:

- protecting positive health
- improving standards of care
- ‘creating a new attitude and momentum, including a new relationship with the public’
- greater involvement in public health initiatives
- continuous improvement of services and patient experience
- addressing inequalities and inconsistencies
- embracing new technological processes
- (increased) multidisciplinary and cross-agency activity
- creating partnerships (a ‘compact’) between Government, the NHS and its partner organisations, and the public/users of services.

Following the publication of these proposals, the Health Board for Mid-Wales (other Welsh Health Boards followed) launched a ‘consultation process’ which sought to ‘listen to and engage’ the public and having ‘listened’, develop affordable, feasible and sustainable proposals for high-

quality and equitable health care for the communities it serves (across three counties spanning a geographical area of between a third and a half of the country of Wales). Now, more than a year later, this process, which amassed vast amount of data on the public's and health care professionals' views and where appropriate, alternative proposals (collected through surveys, questionnaires, focus groups, individual and corporate submissions, open meetings in-depth individual interviews etc.) has had the opposite effect of leaving people feeling frustrated, disempowered and unheeded. The predominant view is that a huge amount of money (which could have been spent on patient care and improved services) has been wasted on an appearance of democracy; that the whole exercise has been a charade; public opinion has not been listened to; that the Health Board was, from the outset, engaged in a cost cutting exercise, the results of which can only further compromise a system that already was not coping with the challenges of rurality. There is, therefore, widespread distrust in the Health Board and its ability or willingness to provide a service which is fit for purpose for its rural populations.

So what are the particular challenges for health care delivery in Wales and similar predominantly rural or remote areas?

Four years ago, the then Welsh Assembly (now Government) put forward its *Rural Health Plan for Wales*(2009). This Plan made a number of important points about rural services:

- rural health awareness and planning cannot be considered in isolation from social, economic, transport, housing and social care considerations

- the elderly population in Wales is increasing proportionally at a sharper rate in rural areas compared with urban ones. This is compounded by the outward migration of young people and the falling number of births (although now in 2013 there are some signs of increase)
- this ageing population places proportionally greater demands on the chronic illness and social services than on the acute health services. This has a significant impact on the demands for local services and support systems across the health, well-being and social care spectrum
- accessing services in rural areas is a major issue and should be considered alongside the need for effective transport systems and arrangements. This, in turn, impacts on integration, community cohesion and engagement in rural settings and requires an effective and integrated response at planning and delivery levels.

If the move to ‘care in the community’ is to be a meaningful response (rather than a cost-cutting measure that entails Health Boards abdicating responsibility for health, redefining it as ‘social care’ and passing costs on to special services), then any action to close local community and district hospitals that provide e.g. accident and emergency care, lower level acute care and (in collaboration with GPs’ practices) primary care, is to be resisted. Commensurately, there will be a continued need for more specialised hospital care offering complex surgical procedures and specialisation in some locations. This, however, requires a particularly robust transport system and effective arrangements that overcome a poor

infrastructure of roads in often inhospitable terrain and climatic conditions (where it is impossible to get a mobile phone signal and where the air ambulance service cover is scant and dependent upon public subscription).

A greater emphasis on community and primary care requires a number of safeguards:

- a safe, sustainable and accessible system of localised health and social care based on an integrated, networked arrangement of General Practitioners, highly trained community nurses and assistants, and very efficient and high quality co-ordination across the public, private and voluntary sectors
- more public health initiatives, greater emphasis on capacity building in communities, enhanced transport arrangements, increased use of technology for screening, monitoring and delivery and greater resourcing and support for patients in their own homes and for their informal carers
- more investment in training/retraining as the focus of care shifts from hospital to community, from acute to chronic conditions and at the same time there is a decrease in the number of hospitals in Wales' few urban areas and a move towards a very small number of highly specialised 'centres of excellence'.

To achieve these different and seemingly incompatible goals in a way that ensures optimal patient outcomes within a greatly reduced resource 'envelope' is a formidable challenge for management. At the time of writing, there is widespread fear in Wales that this challenge will not, even possibly cannot, be met in an effective or sustainable manner, and

that the mid-Wales Health Board, like other Health Boards throughout the UK, is fixated on centralisation at all costs, financial expediency and a 'one size fits all' delivery model. To live in rural Wales should not be seen as a 'lifestyle choice' where one chooses to inhabit a wild and beautiful country but at the same time sacrifices one of the founding principles of the NHS, that of equity of healthcare which is free at the point of delivery and available to all, irrespective of individual circumstance.

Soul Brother

- Lelkek testvéri hálózatai -

Pankucsi Márta

Ma már közismert tény, hogy a Magyarországon élő emberek rossz egészségi állapotának hátterében a lelki egészség problémái rejlenek. Általánosan elfogadott megállapítás az is, hogy az egyéni lelki bajok hátterében társas kapcsolataink hiányosságai, zavarai állnak, másként fogalmazva: a társadalom működésének negatív folyamatai húzódnak meg.

Az 1990-es évek Magyarországon, a rendszerváltás utáni időszakban ezek a felismerések újak, nagy jelentőségűek voltak. Az e felismeréseken alapuló beavatkozási, fejlesztési program kidolgozása és megvalósítása a korszak egyik legjelentősebb társadalmi innovációja volt, vagy azzá válhatott volna. Még pontosabban azzá kellett volna válnia.

A testi bajok hátterében gyakran a lelkek elmagányosodása és ebből fakadó szenvedése állt és áll. A lelkek elmagányosítása, az emberi közösségek felszámolása és az újak létesítésének megakadályozása az államszocialista rendszer lényegéhez tartozott.

Különböző tudományok a maguk speciális aspektusaiból sok mindent elmondtak már a rendszerváltásról, valamint az államszocializmus és a fogyasztói társadalom lényegéről. Ritkán kapcsolódnak azonban össze ezek a szálak. Még ritkábban történik meg az elméleti megállapítások gyakorlati hasznosítása. Pedig a társadalomtudományi elemzések, vagy akár a filozófiai teóriák is hatékonyan segíthetnék a társadalmi bajok

orvoslását, a jó társadalmi gyakorlatok kialakítását, a sikeres társadalmi megújulást. Például a társadalmi rendszerek sajátosságainak társadalomelméleti elemzésére alapozható akár a települések, térségek, járások egészségügyi ellátórendszerének a kiépítése. Mire gondolhatunk?

Nagyon leegyszerűsítve arra, hogy ha a filozófiai teória absztrakt szintjén tudjuk, hogy egy adott rendszer lényege a benne élő emberek elmagányosodása, akkor ebből következően a rendszerváltás gyakorlati megvalósításának alapkövetelménye egy olyan egészségfejlesztő, mentálhigiénés hálózat kiépítése, működési feltételeinek biztosítása, melynek rendeltetése a kínzó és ártalmas magány leküzdése, az emberi kapcsolatok erősítésével a lelki egészség fejlesztése. Az egészségfejlesztő-mentálhigiénés hálózatot be lehet, sőt be kell építeni az egészségügyi ellátórendszer jogi, intézményi, finanszírozási struktúrájába.

Értelmezésem szerint Veér András és Benkő Zsuzsanna, néhány társukkal együtt, ezt álmodták meg, és ennek megvalósulását indították el, szervezték az 1990-es években.

Meggyőződésem szerint a mentálhigiénés szakma magyarországi meghonosítása, az egészségfejlesztő-mentálhigiénés hálózat országos kiépítése, az egészségfejlesztő-mentálhigiénés szakemberképzés elindítása, beépítése a magyar felsőoktatás rendszerébe, és a képzés országos hálózatának megszervezése, működtetése éppen azt a célt szolgálta, hogy az előző korszak legsúlyosabb hagyatékát képesek legyünk legyőzni, vagyis kitörjünk a magányosságból, létrehozzuk a lelkek együttműködésre irányuló, bizalmon alapuló testvéri hálózatát. Ez a rendszerváltás kulcskérdése volt és maradt.

A politikai rendszert, a gazdasági rendszert és a többi alrendszert viszonylag könnyű átalakítani. Sikerült a diktatúrát felszámolni és a demokráciát kiépíteni, sikerült a gazdaságban az állami redisztribúció helyett a piaci viszonyokat meghatározóvá tenni. Sok minden sikerült.

Tartok tőle, hogy az emberek mentalitását, egymáshoz való viszonyulását máig sem sikerült alapvetően megváltoztatni. A magányossággal szorosan összefüggő bizalmatlanság, szorongás ma is pusztítja egészségünket, és a közösségek hiányából fakadó együttműködésre képtelenség, szolidaritáshiány ma is akadályozza a gazdasági sikereket, a közélet tisztaságát, az egészséghez nélkülözhetetlen jó közérzetet.

Tudjuk, hogy a nagy lendülettel kiépített egészségfejlesztő-mentálhigiénés hálózat egy idő múltán, a feltételek hiánya miatt, nem tudott úgy meggyökeresedni, kivirágozni, ahogyan elindítói szerették volna, és ahogyan szükség lett volna rá.

Tudjuk, hogy nagy szükség lenne ma is egy ilyen kiterjedt és hatékonyan működő hálózatra. Érdeemes talán végig gondolni a társadalomelméleti hátterét annak, hogy miért volt akkor nagy szükség rá, és miért lenne ma nagy szükség a lelkek testvéri hálózatára, az ennek szerveződését elősegítő szakemberek hálózatára, az ehhez nélkülözhetetlen szervezeti feltételek biztosítására.

Lelkeink állapota a rendszerváltás idején

H. Arendt (1992) szerint a XX. században két totalitárius rendszer valósult meg. Az egyik a nemzeti szocializmus, a másik az államszocializmus. A totalitárius rendszerek közös lényegét, legfőbb magját H. Arendt nem az

erőszakapparátusok túltengésében, nem a tekintélyelvűségben, nem a hatalomgyakorlás kizárólagosságában, a vezér meghatározó szerepében, de nem is a haláltáborokban, nem Auschwitzban és a Gulagban látja.

Arendt szerint a totalitárius rendszerek legfőbb lényege, igazi gyökere a bennük élő emberek magányossá tétele. Totális uralmat nem lehet olyan emberek fölött gyakorolni, akik társulnak egymással, akik közösségekben élnek. Totális uralmat csak a magányossá és ezáltal teljesen kiszolgáltatottá tett emberek felett lehet gyakorolni.

A magány nem azonos az egyedülléttel. Igazán magányosnak tömegben érezhetjük magunkat. Magányos az az ember, aki úgy érzi, hogy nincs rá szükség, nem fontos senkinek, pótolható, helyettesíthető, nincs saját helye a világban. Mindig mindenben a legrosszabbra számít. Tipikus kérdése a: „minek?”, mentalitásának a jellemzője az: „úgyse sikerül, nem érdemes”.

A magánnyal szorosan összefügg a bizalmatlanság. Aki úgy érzi, hogy senkinek nem fontos, nem számít, egy idő múlva számára sem lesz fontos senki és semmi, még önmaga sem.

Fukuyama (2007) szerint a volt szocialista országok legsúlyosabb deficitje a bizalmi deficit. Az 1990-es évek elején azt prognosztizálta, hogy ezt lesz a legnehezebb leküzdeni és jóslata igaznak bizonyult. Fukuyama úgy találta, hogy korunk társadalmában a bizalomnak meghatározó szerepe van. Elemzései azt mutatták ki, hogy a gazdasági sikerességnek is a legfőbb meghatározója az emberek közötti bizalom erőssége.

Magyarországon a XX. században mindkét totalitárius rendszer megvalósult. A nemzeti szocializmus és az államszocializmus is kifejtette elmagányosító, közösségromboló hatását. A rendszerváltás idején egy

atomizálódott, megfélemlített, bizalmatlan társadalom próbált változtatni a helyzetén.

Hankiss Elemér (2004) az államszocializmus társadalmát újfeudális rendszerként írta le. Elemzései szerint a kommunista hatalomgyakorlás kiépítésnek első lépése a közösségek felszámolása volt. Az újfeudális szocializmus totalitárius rendszere a vertikális jellegű személyi függőségeken alapult. A fent lévők totális uralomgyakorlásához arra volt szükség, hogy az emberek tehetetlenül, láncra fűzve, kiszolgáltatottan és függőségben éljenek. Ezt az újfeudális láncot az „alkutyák” és „főkutyák” alá-fölrendeltsége képezte. Az infantilizált, közösségeiktől megfosztott egyének a leelemibb létfeltételekhez is csak patrónusok segítségével, korrupció útján juthattak. A jobb állás, a gyerek jobb óvodába, iskolába, egyetemre történő bekerülése, a lakáshoz jutás, a soron kívüli autó kiutalás, de akár a hiánycikknek számító banán, cavinton, műkristály csillár megszerzéséhez protekcióra volt szükség. A főkutyájától függő alkutya úgy próbált főkutyává válni, hogy saját alkutyákat igyekezett szerezni. Ennek a játszmának a során a főnökének kiszolgáltatott ügyintéző a hozzá folyamodó ügyfelekkel packázva próbált főkutyának tűnni, az ápolónő a beteget alacsonyította alkutyává „lebácsizva” „lenénizve” őt, ágytálazás helyett bepelenkázva, ellenkezés esetén lenyugtatózva. Főkutyáskodóvá vált a bolti eladó a vevővel szemben, a szolgáltató a szolgáltatást igénybevevő iránt, az autóbusz ajtaját a futó utas előtt az utolsó pillanatban bezáró és elinduló buszsofőr, a buktatást a hallgató megalázásával összekapcsoló oktató, és sorolhatnánk tovább.

De a magyar családok széthullásának, a házassági kedv lanygulásának egyik lehetséges oka is az, hogy sokan a nap során

elszenvedett megaláztatásait otthon, a családban próbálták megtorolni, levezetni. A rendszer büneiért legkevésbé felelős szeretteiknek törlesztettek, nekik akarták bebizonyítani, hogy ők is számítanak, és legalább otthon, a családban az van, amit ők akarnak. Sok családi tragédia, számtalan veszekedés, a gyermekek arcán csattanó pofonok háttérében az a feszültség állt, ami abból a kiszolgáltatottságból fakadt, hogy a főkutyáskodó főnököknek, hivatalnokoknak, eladóknak és buszsofőröknek nem lehetett ellentmondani. A magányos, kiszolgáltatott emberek társadalmi eredetű feszültségei, gondjai, keserűségük folyamatosan mérgezte lelkük egészségét, mely előbb-utóbb testi tünetekben, betegségekben is megmutatkozott. A szív és érrendszeri megbetegedésektől a daganatos betegségeken át az alkoholba, drogokba, öngyilkosságba menekülésig sok mindennek társadalmi okai vannak.

Az orvostudomány, a legjobb egészségügyi ellátórendszer sem tud fellépni a betegségek társadalmi okai ellen.

A rendszerváltás politikai, jogi, gazdasági intézkedései nem tudták automatikusan megváltoztatni a több évtizeden át mesterségesen kialakított és fenntartott helyzetet. Többé nem tiltották, sőt szorgalmazták a civil társadalom megszerveződését, a társas kapcsolatok felélénkülését, a közösségek szerveződését, működését.

Ám a magányos emberek továbbra is bizalmatlanul tekintettek társaikra, a hozzájuk hasonló helyzetűekre. Nem bíztak eléggé önmaguk erejében. Maradt az eddig bevált életrecept: keresni kell egy magasabb sorban lévő patrónust, személyes összeköttetést, egy lobbistát, aki majd segít a hasonló sorsukat kielőzni, kivételes bánásmódot elérni, aki beprotezsál jobb állásba, elintézi, hogy az én pályázatom legyen a sikeres,

az én gyerekem jusson be a legjobb helyre, én kapjam a legmagasabb összegű vissza nem térítendő támogatást. És mindezért persze fizetni kell a támogatómnak, a lobbistámnak. Ez a korrupció igazi melegágya. Ezt nem lehet felszámolni büntetőjogi eszközökkel. Amíg ez jellemzi az emberi kapcsolatokat, amíg ez tartja össze a társadalmat, ez a legfőbb kohéziós és integráló erő, addig a szolidaritás, a partneri kooperáció, a bizalom, az emberi méltóság, a pozitív identitás, az önbecsülés, a jó életminőség, az egészséges élet olyan vágyálmok, melyek megvalósulását mi magunk tesszük lehetetlenné. Boudon kifejezésével élve az a szörnyű perverz effektus következik be, hogy mindennapi cselekvéseinkkel folyamatosan olyan viszonyokat erősítünk meg, teremtünk újra, amelyek megakadályozzák hön áhított céljaink megvalósulását.

Pedig ma már nincs totalitárius rendszer, nincsenek Magyarországon állomásozó szovjet csapatok, nincs egypártrendszer, mégsem bízunk meg egymásban, nem hozunk létre közösségeket, nem működünk hatékonyan együtt egymással, sőt többnyire nem értjük egymást, nem tudunk megállapodásra jutni, konszenzust teremteni.

Magyarországon úgy történt meg a rendszerváltás, hogy a vágyott polgári demokrácia, a szabadság kis köreiből felépülő polgári társadalom helyett a fogyasztói társadalom, a tömegtársadalom világába léptünk.

A Magyarországon élő emberekkel elhitették, hogy a kapitalizmus az önzés társadalma, ahol csak az boldogul, aki könyörtelen a társaival szemben.

A magányossá tett, infantilizált, személyi függőségre, protekcióra, korrupcióra szocializált emberek úgy folytatták a rendszerváltás után életüket, ahogy addig éltek. Új főkutyákhoz szegődtek el, új patrónusoktól

várták a gondoskodást, a jogosulatlan előnyben részesítést. És az új főkutyák egy része folytatta elődei paternalista magatartását, személyi függőségben tartotta klienseit.

Maradt a magány, sokasodtak a lelki bajok és azok testi betegségeiben történő leképeződései. Hiába esett egyre több szó a civil társadalom megszerveződéséről, hiába született törvény a közhasznú szervezetekről, hiába alakult ki formálisan a non-profit szektor.

Hiába nőtt az alapítványok, egyesületek és hasonló szerveződések száma, ezek a pénzszerzést, egyes emberek jobb pozícióba kerülését, állami vagy piaci szervezetek áruháját jelentették, és a legritkább esetben voltak igazi közösségek.

Az emberek túlnyomó többsége nem is tudta, hogy valójában mitől szenved. Oly mértékben meghatározó szemponttá, kizárólagos mércévé vált a pénz, hogy minden emberi szenvedés, gond okát a pénz hiányában vélték megtalálni.

A magyar társadalom a rendszerváltás után mintegy észrevétlenül csúszott bele mindenestől a gazdaság egyetlen dimenziójába. Amíg az államszocializmus azzal kényszerítette az embereket az egydimenziós létezésre, hogy mindent bekebelezett, lenyelt a politika, addig a fogyasztói társadalom kizárólagos dimenziójává a gazdaság vált. Az emberekkel elhitették, hogy mindenki annyit ér amennyi pénze, vagyona van. Az élet kizárólagos dimenziójává a gazdasági boldogulás vált. Örömforrásnak a fogyasztás, a szerzés minősült.

Azonban a gazdasági siker nem valóságos piaci versenyben dőlt el, hanem privilégiumként, előjogként szerezték meg azokat a kiváltságosak, amíg a széles tömegek szinte esélytelenek voltak a tisztességes

teljesítmény útján történő előbbre jutásra, boldogulásra. Maradt a korrupció, a személyi összeköttetések meghatározó szerepe, a főkutya patrónusok támogatásán, kegyein múló szétosztása a sikereknek és a kudarcoknak.

Ilyen állapotban találta a magyar társadalmat a világon végig söprő válság.

Lelkeink állapota a világválság idején

Mára bebizonyosodott, hogy a válság, mely kezdetben pénzügyinek, gazdaságinak tűnt, sokkal mélyebb társadalmi, emberi válság. Recseg, ropog, düledezik körülöttünk a világ. Az alrendszerek működése akadozik, hatékonyságuk lecsökkent. Nemcsak az infláció növekedése és a GDP csökkenése, nemcsak a foglalkoztatási, munkanélküliségi, termelési és fogyasztási ráták, indexek, mutatók jelzik a bajt.

A válság behatolt mindennapi életünkbe, életvilágunkba is. A pánik betegségek, a depresszió, a pótszerek fogyasztásába menekülés, a függőségek, devianciák, családok széthullása, a megbetegedések tömegessé válása is értelmezhető válságtünetként.

Családok, emberek egyre növekvő köre jut olyan helyzetbe, hogy nem tudja eddigi életét folytatni, nem tud tovább úgy élni, ahogy eddig élt.

Tudjuk, hogy életünk megszokott rendjének, rutinjának megváltozása akkor is nehézséggel jár, ha a változás pozitív irányú. A magasabb társadalmi státuszba kerülés, a gyermek születése, a házasságkötés, a jobb lakóhelyre költözés is kihívás az egyén számára, mert az életvilág változtatására kényszerít.

Mindannyian be vagyunk zárva a saját életvilágunkba. Mindannyian a számunkra magától értetődő, természetes, normális világunkban élünk, ahol minden és mindenki ismerős, bizalmi kapcsolat fűz az emberekhez és tárgyakhoz. Életvilágunkat könnyen összetévesztjük a világgal. Azt hisszük, hogy mások számára is épp úgy kerek a világ, ahogy nekünk. A világ objektív rendjének véljük saját világunk rendjét. Aki másként vélekedik, másban hisz, másként viselkedik, másként él, mint mi, az számunkra érthetetlen, nem normális, természet ellenes.

Az életvilág azoknak a kulturálisan rögzült és átörökített világértelmezési sémáknak, életmintáknak, életrecepteknek a világa, melyek kommunikatíván szerveződnek. Ahány kultúra, annyi életvilág. Minden kultúrának más és más az életmintázata, a mindennapi rendje. Az élet mintázata, rendje, értelmezési sémái és életreceptjei automatikusan örökítődnek át. Bele születünk szüleink, környezetünk, népünk kultúrájába és mire felnövünk, a világ legtermészetesebb dolga számunkra, hogy anyanyelvünk szavait értjük és beszéljük, éppen azokat az ételeket esszük, amiket eszünk, úgy szeretünk, úgy örülünk, úgy gyászolunk, úgy szerezzük meg mindennapi kenyerünket, ahogyan a körülöttünk élők.

Életünk rendje, értékei, szabályai, sémái, mintái nem tudatosulnak bennünk, nem rajtunk kívüli létezőkként képezik megismerésünk tárgyát. Szocializációnk során interiorizálódtak, személyiségünk részévé váltak. Nem tudjuk, de tesszük – mondhatnánk Lukács György szavaival. Habitusunkká válik mindez, ahogy Bourdieu (1978) fogalmazza. Bourdieu szerint a korábban sikeresnek bizonyult választásaink rögzülnek, beépülnek személyiségünkbe, és mintegy automatikusan határozzák meg

jövőbeli magatartásunkat. Mindez hatékony addig, amíg a körülöttünk lévő világ nem változik.

A válság a világ megváltozásával, radikális átalakulásával jár.

Életünk mintázata, rendje nem vihető tovább a megszokott módon. A válság arra kényszerít, hogy szembesüljünk azzal, hogyan is éltünk eddig.

Az emberek nagy része soha nem töpreng azon, hogy miért él éppen úgy ahogy él. A belétáplált életprogram, a kultúrája által diktált szabályok vezérik. Ahogy Németh László mondja: a legtöbb ember első hosszúnadrágjával magára ölti értékeit, elveit és egész életét úgy éli le, hogy soha meg sem kérdőjelezi azok helyességét.

Ennek az automatizmusnak szükségképpen véget vet a válság.

A válság életünk meghibásodása. Eltávolít eddigi életünktől.

Heidegger (2001) szerint az ember alapvetően nem megismerő lény, hanem cselekvő lény. Amíg működik körülöttünk a világ, addig automatikusan, természetesen tűnő módon cselekszünk. Csak, ha meghibásodik, akkor válunk megismerő lényé, akkor akarjuk megtudni, hogy miként működik. Heidegger példája a zár, saját lakásunk ajtajának zára. Amíg nálunk van a lakáskulcsunk, amíg nem romlik el a zár, addig automatikusan vesszük elő a kulcsot, a zárba helyezzük, elfordítjuk, és bemegyünk a kinyitott ajtón. Nem vagyunk kíváncsiak a zár működésére, nem akarjuk megismeri, használjuk amíg tudjuk. Ám, ha elveszett a kulcsunk, ha meghibásodott a zár és nincs otthon senki, mi meg be akarunk menni, akkor rögtön izgatni kezd, vajon hogyan működik? Miért nem nyílik? Próbálgatunk más kulcsokat, szerszámokat, izgat, hogy mitől, hogyan mozdítható el a nyelv, miként hozható újra működésbe.

Amíg pályán tart a tehetetlenségi nyomaték, amíg röpít a begyakorolt rutin, addig nem gondolkodunk azon, hogy miért élünk éppen úgy, ahogy élünk. Ám, ha a körhinta pörgése leáll, ha nem tart fenn a megszokás, akkor hirtelen belénk hasít a kérdés: hogyan is volt ez eddig? Miként éltünk és miért éppen így? Olyan kérdések kapnak jelentőséget, tolulnak érdeklődésünk előterébe, amelyekre korábban, ha akartunk se tudtunk válaszolni.

Életünk meghibásodása, válsága, krízise esetén cselekvőből hirtelen megismerővé válunk.

Életünk sokféleképpen hibásodhat meg. Megszűnik a munkahelyünk, közlik velünk egy súlyos betegség diagnózisát, elhagy a párunk, elveszítünk egy számunkra fontos embert.

Ha a válságokban, krízishelyzetekben van valami jó, akkor bizonyára az, hogy rákényszerítenek a megállásra, az eddigi életünk végig gondolására és arra, hogy keressük a változtatási, újra kezdési lehetőségeket.

Ezt a korábbi életünkkel való szembe nézést Mannheim Károly (1995) az eltávolodás kategóriájával írja le. Példája a falusi gyerek, aki, amíg falujában él, semmit nem tud a „falusiságról”. Úgy él, ahogy születése óta megszokta, ahogy a körülötte lévő emberek élnek. Ahogy természetes, normális, ahogy magától értetődő. Aztán beköltözik a városba. Ott él egy hónapig, majd hazatér falujába. Hirtelen megvilágosodik számára, tudatosul benne a falusi élet lényege. Felismeri, világosan látja, hogy mennyire más a falusi élet, és miben különbözik a városi élettől. Az eltávolodás utáni visszatérés során csodálkozik rá addigi életvilága jellemzőire, akkor tudatosul benne, hogy különböző, de a bennük élők

számára egyaránt természetes életkeretek, értelmezési sémák, életreceptek léteznek. Falun akkor kelnek, amikor világosodik, mert akkor kell etetni az állatokat, akkor lehet indulni a mezőre. Városon évszaktól függetlenül 5-kor csörög az ébresztőórája a gyárban 6-tól dolgozóknak. A falusi ember mindenkinek köszön, aki szembejön vele, és váltanak egymással néhány szót. Városon ezt megmosolyognák, ott nem köszönnek, szótlánul utaznak az egymás mellé zsúfolódó emberek. Falun hétfvégén mennek a kocsmába a férfiak, városban bármelyik napon és a nők is.

Az eltávolodásnak három módját különbözteti meg Mannheim (1995). Az egyik a fizikai eltávolodás, amilyen az elköltözés. A másik eltávolodási forma az, amikor életünk külső okból megváltozik és ez a változás távolít el eddigi életünktől. Például munkanélkülivé válunk. Eddig az volt a normális és természetes, hogy ébresztőóra csörgése költött, kapkodva készültünk, épp csak bekaptunk néhány falatot, rohantunk az utca végén lévő buszmegállóba és felszálltunk a 32-es buszra, ami elvitt a munkahelyünkre. Mióta nincs munkahelyünk, nem húzzuk fel az ébresztőórát. Egy ideig még automatikusan a megszokott időben ébredünk, felkelünk. Aztán tovább alszunk, és ha felébredünk, felvetődik a kérdés: miért keljünk fel. A néhány falat sietős bekapása helyett az új helyzetben tovább üldögélünk a reggelineél. És hetek telhetnek el úgy, hogy nem szállunk fel a 32-es buszra, nem vezet utunk egykori munkahelyünk felé. „Miért is éltünk eddig így?” - kérdezzük önmagunktól. Majd rögtön azt a kérdést tesszük fel: és most hogyan tovább?

Miként válás után töprenghetünk, hogy ami eddig annyira természetesnek és magától értetődőnek tűnt, az miért is volt úgy? Miért maradtunk abban a városban, ahol soha nem szeretünk lakni, de a párunk

családja miatt ragaszkodott hozzá? Miért nem váltottunk szakmát? Miért mi vittük mindig a gyereket a különórákra? Miért jártunk a tengerpartra, meleg vidékekre nyaralni, mikor legszívesebben egy hűvös szobában olvasással töltöttük volna szabadságunkat? Amire házasságunk elromlása, meghibásodása, a válás előtt természetesnek tűnt, amit eddig a párunk iránti szeretet, lojalitás legitimált, az most érthetetlen. Érthetetlen, nem normális, szinte természetellenes számunkra az, ahogy eddig éltünk. Nem legitimálja többé a társunk iránti szerelem, szeretet. A munkahelyünkről történő elbocsátás után nem legitimálja a túlórázást, a megfeszített munkatempót, az örökös rohanást a munkahelyünk iránti lojalitás, a munkánk nélkülözhetetlenségébe, fontosságába vetett hit. S amikor közlik a súlyos betegség diagnózisát, akkor hirtelen érthetlenné válnak eddigi étkezési szokásaink, a mozgáshiányos életvitel, a sok stressz, a le nem vezetett feszültség.

Az eltávolodás harmadik esete Mannheim szerint az, amikor a világ- és életértelmezésünk kerete, azaz a világszemléletünk, világnézetünk változik meg.

Látszólag semmi nem változik. Nem költözünk el, minden marad a régiben és egyszer csak mégis mindent másként látunk. Hirtelen tudatosul bennünk egész eddigi életünk, és az, hogy másként is lehet élni.

Azért, mert szkeptikusból Isten hívővé lettünk. Vagy felhagyunk konzervatív szemléletünkkel és liberálisként élünk tovább.

Ami eddigi káosz, rendezetlenség, véletlenszerűség volt, hirtelen Isten akaratának beteljesüléseként jelenik meg. Minden apróság jellé válik, figyelmeztet, útmutatást ad. A látható világ szürkésége mögül átcsillan a láthatatlan világ ragyogása.

A gyermekét eddig feltétlen szabálykövetésre szoktató szülő, amikor liberális lesz, egyszer csak engedékennyé válik, és gyermekével együtt örül a lazább életvitelnek. Egy rossz osztályzat nem katasztrófa többé és az osztályfőnök tekintélyét sem kell mindenáron makacsul védeni.

A viláértelmezés, a világnézet változása szorosan kapcsolódik Mannheim (1995) azon elképzeléséhez, mely szerint minden emberi magatartás legalább háromféleképpen értelmezhető. Van az objektív értelmezés, mely a környezet által általánosan elfogadott értelmezés. Például, ha egy ember pénzt ad a koldusnak, akkor segíteni akar rajta. A másik a szubjektív értelmezés, melyet a cselekvő fűz saját cselekvéséhez. Esetleg tudja, hogy a pár forint nem segít a kolduson, de ő az együttérzését akarja kinyilvánítani.

Aztán van a tulajdonított értelmezés, melyet a cselekvés közvetlen szemlélője, esetleg további szereplője tulajdonít. Lehet, hogy a koldusnak pénzt adó férfivel sétáló másik ember tudja, hogy a pénzt adó nemrég kezdeményezte a koldulás betiltását, a koldusok elzárását, ezért számára színlelés, hazugság a mostani viselkedése.

Mit látunk, mit veszünk észre a világból, és milyen jelentést tulajdonítunk annak?

Husserl (1998) szerint minden megismerés intencionális aktus, vagyis tárgyra irányuló. Minden ismeretünk legalább annyira szól rólunk, a megismerőről, mint a külső világról, a megismerés tárgyáról. Ugyanazon az utcaszakaszon, ugyanabban az időben megy végig együtt néhány ember. Mit látnak, mit észlelnek vajon? Az egyik különböző stílusú és állapotú épületekről tud beszámolni. A másik koldusokat, hajléktalanokat vett észre. A harmadik betegségtüneteket látott, sápadt, tüsszögő, köhögő embereket.

Van, akinek a leárazás olcsó kínálata tűnt fel, a másoknak a divatszín dominanciája a kirakatokban. Aki nadrágot akar vásárolni, annak neki tetsző és nem tetsző nadrágok kerültek figyelmébe. Esetleg akad férfi, aki jó vagy kevéssé jó női lábakat látott az utcán. És aki éppen szerelmes, annak szerelme hiányával volt tele az emberekkel zsúfolt utcaszakasz, hiszen ő arra volt beállítódva, azt remélte: hátha véletlenül szembe jön vele, felbukkan a szerelme.

Közlekedési balesetek utáni jegyzőkönyvezés során sokszor azt hiszik: az emberek hazudnak, figyelmetlenek és ezért nincs két szemtanú, akik teljesen egyféleképpen számolnának be a történetekről. Nehéz elhinnünk, hogy ennyire mást látunk a világból, ennyire másként értelmeződik számunkra a világ.

Az etnometodológiai irányzat hívei egyenesen azt állítják, hogy nincsenek önmagukba vett tények. Csak értelmezett tények vannak. A világ értelmezés útján épül fel.

Ennek ellenére létezik egy objektív világ, nevezetesen azt tartjuk annak, amit másokkal együtt közös értelmezéssel építünk föl.

Az életvilág fogalma kapcsán láttuk, hogy a világértelmezési sémák és életreceptek kulturálisan rögzült és átörökített világa kommunikatíván szerveződik. És ez a mi nagy esélyünk a világ és életünk alakítására, megváltoztatására. Beszélhetünk róla, közösen értelmezhetjük, újra értelmezhetjük akár.

Az, hogy a világ lehetséges rendjei közül melyik valósul meg, válik objektívvá, melyik lesz legitim, alapvetően azon múlik, hogy az emberek fejében milyen rendkép él, ők hogyan értelmezik a világ rendjét.

Weber (1992) szerint azokban a korokban, amikor különböző társadalmi-politikai berendezkedések versenyben állnak és még nem dőlt el, hogy melyik valósul meg, az válik győztessé, az lesz a legitim rend, amelyik legközelebb áll az emberek fejében élő rendképhez. A mindennapok során ugyanis az emberek a viselkedésüket automatikusan a fejükben élő elképzelésekhez, a világ és az élet rendjéről kialakított korábbi elképzeléseikhez igazítják. Így aztán cselekvéseikkel ezt a rendet valósítják meg, tartják fenn.

A társadalmi megújulás, az innováció nem más, mint anticipáció és participáció. Életünk, világunk meglévő rendjének meghaladása, túllépése, méghozzá az érintettek széleskörű részvételével. A világ megváltoztatásának hatékony módja a meglévő rendképünk közösen történő átalakítása. Ehhez szóba kell állnunk egymással, diskurálnunk kell, diskurzust kell folytatnunk, kommunikálnunk kell.

A kommunikáció nem egyszerű. Luhmann szerint legalább három szelekciónak kell sikeresen megvalósulnia. Az első a közölni kívánt információ kiválasztása. A második az információ közlési módjának a kiválasztása. És a harmadik szelekció az, amit a címzett hajt végre akkor, amikor dekódolja a feladó által kódolt információt, vagyis értelmezi, jelentést tulajdonít annak. Csak akkor valósul meg a kommunikáció, vagyis az információ átadása, átvétele, ha a címzett ugyanazt a jelentést választja ki és tulajdonítja, amit a küldő akart eljuttatni hozzá.

Tovább bonyolítja a helyzetet az, hogy Habermas (1993) szerint három világban élünk egyidejűleg. Mindhárom világnak megvannak a maguk sajátos kommunikációs érvényességi kritériumai, melyeknek meg kell valósulniuk ahhoz, hogy érvényes legyen a kommunikáció.

Az első világ az objektív tárgyi világ, melynek érvényességi kritériuma a megvalósíthatóság.

A második világ a társas kapcsolatok világa, a szociális világ. Ennek érvényességi kritériuma a megengedhetőség.

A harmadik világ a belső személyes világunk, a szubjektív világ. Ebben a kommunikáció érvényességének kritériuma az őszinteség.

Csak akkor érvényes tehát a kommunikáció, ha a tárgyi világban objektíven megvalósítható, a társas együttélés szabályai szerint megengedhető és őszintén azt gondoljuk, amit kifejezésre juttatunk.

Habermas szerint magukról az érvényességi kritériumokról is kommunikálhatunk, ezek vonatkozásában is törekedhetünk egymás megértésére, megegyezésre, konszenzus kialakítására. Vagyis megbeszélhetjük, hogy mit jelent nekünk a megvalósíthatóság, a megengedhetőség, az őszinteség.

Habermas azt állítja, hogy az emberiség jövője alapvetően azon múlik: képesek leszünk-e a kommunikatív cselekvés előtérbe állítására. Úgy látja, hogy a modern ipari társadalmak korában az alrendszerek gyarmatosították életvilágunkat. Az alrendszerek hatékonyságát biztosítani hivatott instrumentális cselekvés eluralta életünket. Behatolt legszemélyesebb emberi kapcsolatainkba is. Az instrumentális cselekvés jellemzője, hogy eszközül szolgál a kitűzött cél eléréséhez. Akkor sikeres, ha a cél megvalósul. A kommunikatív cselekvés teljesen más. Lényege szerint egymás megértésére és megegyezésre irányul. Sikerkritériuma a konszenzus, a megállapodás.

Ahhoz, hogy egyetértésre jussunk, ismernünk kell a másik fél tőlünk eltérő értelmezési kereteit, sémáit, életének kulturális mintázatát. A

hozzánk hasonló szociokulturális miliőben élőköt könnyű megértenünk. Könnyű elfogadónak, mi több befogadónak lenni azzal szemben, aki ugyanazokat az ételeket, italokat kedveli, amiket mi, akinek ugyanolyan zenei ízlése, mint a miénk, és aki ugyanarra a pártra szokott szavazni, amelyikre mi. Azokhoz legyünk toleránsak, akik a mi Cirmi cicánkban, Buksi kutyánkban a jóízű falatokat látják, akik a számunkra elviselhetetlen nyálzenét kedvelik, akik annak a pártnak az elkötelezettjei, amelyik szerintünk rossz irányba vezeti az országot. Ilyenkor nehezebb feladat a másságot szépnek látni, beleélni magunkat a másik helyzetébe és lebunkózás, megítélés helyett megértésre és megegyezésre törekedni. Ez az igazi kihívás.

Meg lehet ezt valósítani? És, ha igen, akkor, hogyan lehet? Muszáj, ha nem akarjuk kiirtani egymást. Hiszen ma napi gyakorlat az eltérő kultúrájú, eltérő szocializációs háttérű, eltérően értelmezett világban élő emberek egymás mellé kényszerülése. Egy munkahelyen dolgozunk, egymás szomszédságában élünk, egy autópályán utazunk.

Egymás és önmagunk kiirtása, értelmetlen pusztítása csak a kommunikatív cselekvés segítségével kerülhető el. Szóba állni egymással, megvitatni a világ és életünk rendjét, megállapodni az új rendben. Közös értelmezéssel felépíteni egy közös világot. Ha nem folytatható az élet úgy, ahogy eddig éltünk, akkor végig kell gondolni: hogyan is éltünk eddig? És hogyan élhetünk ezután? Kiválasztani a lehetőségek közül a mindannyiunk által elfogadhatót és közösen munkálkodni a megvalósításán.

Nehéz feladat. Csak nyitott lelkű, egymással összekapaszkodni merő embereknek sikerülhet. Csak együtt, egymást erősítve van rá esély.

Adam Smith (1992) szerint az embereknek két alapvető szükségletük van: a létfenntartáshoz nélkülözhetetlen anyagi javak és a mások általi elfogadás, elismerés szükséglete. A kettő egyformán fontos. Ahogy nem élhetünk mindennapi kenyerünk nélkül, ugyanúgy nem élhetünk mindennapi sikerélményünk, pozitív visszajelzések nélkül. Ha mégis így élünk, az csupán vegetálás, biológiai létezés, és nem emberhez méltó igazi élet.

Ahhoz, hogy önmagunk lehessünk, hogy autentikus életet éljünk, szükségünk van számunkra jelentőséggel bíró emberekre, akik befolyással vannak ránk. Parsons (in. Pokol, 2004) szerint a szociális alrendszer médiuma a befolyás. Csak akkor biztosítható az emberi társadalmak 4 alapfunkciója közül az egyik nélkülözhetetlen funkció, vagyis az összetartozás, a társadalmi integráció, ha vannak emberek, akik befolyással vannak ránk, és vannak emberek, akikre mi vagyunk befolyással. Szerencsés esetben a két halmaz lefedi vagy jelentős mértékben átfedi egymást. Magyarul azok szeretnek, azoknak számítunk, azoknak vagyunk fontosak, akiket mi is szeretünk, akik nekünk is számítanak, akik számunkra is fontosak. Ha nincs befolyásoló közeg, ha nincs befolyással rendelkezés, akkor a társadalom megbénul, az emberek élete kiüresedik, épp úgy, mintha nem működik az adaptáció, és ezért nincs mit enni, nincs mit felvenni, nincs hol lakni, avagy, ha nem működik a célelérés, nincsenek céljaink vagy esély sincs azok elérésére. Továbbá ha megszűnik az élet mintázatának fenntartása, átadása, és ezért anómiás állapot, rendezetlenség alakul ki, nincsenek értékek és normák, melyek eligazítanak, kapaszkodót biztosítanak.

A befolyással bíró emberek hiányában nem kapunk senkitől számunkra hiteles megerősítést. Pedig mindannyiunk pozitív identitásának, önbecsülésünknek a legfőbb forrásai a számunkra jelentőséggel bíró emberek szemei. Az ő elismerésüket szeretnénk kivívni. Az ő szemükben szeretnénk pozitívan visszatükröződni.

A legnagyobb elismerés, a legfőbb biztatás, ha a ránk befolyással lévő, számunkra jelentős másik ember szemében olyannak láthatjuk magunkat, amilyenné válni szeretnénk. Ez a legnagyobb inspiráció az autentikus életre, önmagunk kiteljesítésére.

Mit jelent autentikus életet élni? Először is el kell hinnünk, hogy minden ember, egy megismételhetetlen, pótolhatatlan külön világ, egy csoda. Hinni, hogy nem azért születünk, hogy valahogy elmúlassuk, netán elmulassuk, a számunkra rendelt időt. Nem csupán élményeket gyűjteni, önmagunkat jól érezni, az unalmat valahogy elhessegetni vagyunk itt. Mindannyian hivatva vagyunk valamire. Az a dolgunk, hogy teljesítsük hivatásunkat, hogy kiteljesítsük, és másoknak megmutassuk a bennünk rejlő világot, a csodát.

Ez nagy feladat. Megtalálni, hogy mire vagyunk hivatottak, mik a legjobb képességeink, készségeink. Ha megtaláljuk, akkor jön a neheze. Életre szóló feladat, program azon munkálkodni, hogy megteremtsük és mások számára hozzá férhetővé tegyük azt a világot, ami csak a miénk. Munkálkodni azon, hogy az életünk a mi saját, igazi, senki máséval össze nem téveszthető életünké, autentikus életté váljon.

A kor, amiben születünk, nem kedvez az autentikus életnek. Tömegetársadalomban élünk. Minden arról szól, minden azt próbálja elhítenni velünk, hogy olyanok vagyunk, mint a többiek. Mindenki

pótolható, helyettesíthető. Úgy kell élni, ahogy a többiek élnek, be kell olvadni a szürke masszába.

De mégis, mindenkiben, még a legszürkébb életet élő emberben is ott él a vágy, hogy megmutassa: ki ő valójában. Mennyivel több, mennyire más, mint ami látszódik belőle a mindennapok személytelen világában.

Heidegger (2001) szerint a XX. század emberének az alapvető létélménye az volt, hogy az élet túl nehéz.

Tartok tőle, hogy a XXI. század emberének alapélménye is ez. De miért érzik olyan sokan, olyan sokszor úgy, hogy túl nehéz az életük?

Kemény világban élünk. Mondhatnánk: ez egy igen-igen kemény világ. A ránk zúduló elvárásoknak való megfelelés kitölti sokak életét. Folyamatos lótas-futás, tevés-vevés, igyekvés-törekvés az élet. Mégis, szinte minden nap marad valami a tennivalók leírt vagy fejben tartott listáján, amit nem sikerült teljesítenünk. Ez a rossz közérzetünk egyik magyarázata. Minden igyekezetünk ellenére sem tudunk maradéktalanul eleget tenni az elvárásoknak. Túl sok körülöttünk a gondozásra váró tárgy: a befizetésre váró csekkek, a visszaváltatlan üres üvegek, a kijavíttatásra váró cipők, a télről nyárra cserélendő autógumik, az elolvasásra váró könyvek és így tovább.

Túl sok körülöttünk a gondoskodásra vágyó ember: a rég nem látogatott nagynénik, a visszahívásra váró volt osztálytársak, a megválaszolatlan e-mailek küldői, és sorolhatnánk vég nélkül.

Rossz közérzetünk másik oka az, hogy időnként felvetődik bennünk a gyanú: valami mással kellene foglalkoznunk. Amit igazán szeretnénk, ami valóban fontos lenne nekünk, arra nem jut idő és energia.

Miért élünk így? Mert mindenki más is így él. Ez a minta, ez a természetes, normális, magától értetődő. Olyanok akarunk lenni, mint a többiek, nem akarunk kilógni a sorból. Úgy véljük: ez az út visz közelebb a többiekhez, így kerülhetjük el a teljesen egyedül maradást. Ha olyanok vagyunk, mint ők, akkor hozzájuk tartozunk, és akkor összetartozunk. Akkor nem vagyunk magunk. Eddig részben el is jutunk: már és még nem vagyunk magunk, mármint önmagunk. De így is magunk vagyunk, mármint magányos, senkihez nem tartozó egyedüliek.

Nem ad időt, alkalmat, ösztönzést a modernkor mindezek végig gondolására. Luhmann szerint a modernkor azért fejlettebb a korábbi koroknál, mert hatékonyabban működik a világ. Magasabb komfortfokozatúak a lakásaink, gyorsabbak az autóink, villámsebességgel terjednek a hírek, egyre kisebb súlyú koraszülöttek tarthatók életben, a gyakorlatilag nem élő emberek hosszú vegetálása biztosítható roppant hatékony műszerek segítségével.

Ahhoz, hogy ez a Luhmann által fejlettnak minősített modern világ működjön: specializációra, differenciálódásra van szükség. Egyre több alrendszer különül el. Az alrendszerek hatékonyságát speciális szelekcións mechanizmusok biztosítják. A komplex világ által nyújtott sokféle lehetőség közül a választást leegyszerűsítik a környezet és az alrendszer közötti közvetítést ellátó médiumok, valamint a hozzájuk kapcsolódó értékduálok. A gazdaságban csak a pénz számít, csak az a fontos, hogy mi a jövedelmező. A politikában a hatalom a közvetítő és a tét. A politikailag releváns kérdés mindig az, hogy mi segíti a kormányra jutást, a hatalom megszerzését, megőrzését. A tudományban a tudományos igazság áll a középpontban, a két pólus: az igaz vagy hamis. A jog a hatályos

jogszabályok alapján szelektálja jogosra vagy jogosulatlanra az emberi magatartásokat. A művészetekben az esztétikum a mérce, mely eldönti, hogy mi szép és mi csúnya. A magánéletben a szeretet vezérli választásainkat. Szinte bármit elfogadunk attól, akit szeretünk, és szinte bármit megteszünk érte. Ám szinte semmit nem fogadunk el attól, akit nem szeretünk, és szinte semmit nem vagyunk hajlandó tenni érte.

Az egyén egyre kevesebbet ért meg, lát át a körülötte lévő világból. Életünket a különböző társadalmi alrendszerek keretei között éljük. Szerepeink arra kényszerítenek, hogy feleljünk meg az aktuális alrendszerben betöltött szerepünkhöz kötődő elvárásoknak. Muszáj megfelelni, muszáj sikeresnek lenni, mert ha nem, akkor nagyon hamar kipergünk a rostán, kiszelektálódunk, senkik leszünk. Csak két lehetőség van mindenütt, vagy-vagy. Bináris kódok, értékduálok szelektálnak. A gazdaságban legyen munkád, vagy nem számítasz. Ha vállalkozol, legyen profitod, különben belebuksz. Ha vásárolni akarsz, legyen pénzed. Azért a hajsza, a tanulás, a karrierépítés, a túlfeszített tempó, hogy legyen elegendő pénz, amit el lehet költeni, amiből vásárolni lehet. Csak ez számít, mintha minden és mindenki megvásárolható lenne pénzért, mintha a boldogság kizárólagos meghatározója lenne a pénz.

A politikában a hatalomért dűl a harc. Ha nem jutsz döntési pozícióba, nem vagy sikeres. Az ötödik választáson sikertelenül szereplő képviselőjelölt nem politikus, hanem egy bukott ember, miként az ötödik vállalkozásába bele bukó is kirostálódott senki. A tudományban az erre hivatott ítések döntenek igaz vagy hamis kérdésében. Aki nem kíván általuk megmértetni, az jobb, ha távozik. Tudományos fokozatok, rangok nélkül üres okoskodásként hat minden. A jog útvesztőjében igazát kereső

ember könnyen elbukik, ha a hatályos jogszabály más mércével mér, mint ami az ő igazságról alkotott idealizált elképzelése. A művészetek világában az, akinek verseit sehol nem jelentetik meg, akinek forgatókönyvéből nem készül film, az nem költő vagy filmrendező, hanem csupán szánalmas figura. A magánéletünk legnagyobb drámái abból fakadnak, ha utóbb kiderül arról, akit szerettünk, hogy méltatlan volt a szerelmünkre, akit szerettünk, nem érdemelte azt ki. Ilyenkor bánjuk, hogy miért hagytuk így leegyszerűsödni az életünket, miért csak a szeretet vezérelt. Ám amíg szerettünk, ez orientálja választásainkat, viselkedésünket, tetteinket.

Voltak korábbi korok, melyekben nem így működött a világ. Parsons még a XX. század első évtizedeinek világát is olyannak látta, láthatta, ahol a társadalmi alrendszerek alapvető emberi-társadalmi funkciók ellátására különültek el. A gazdaság funkciója az adaptálódás, vagyis, a létfenntartáshoz szükséges anyagi eszközök előállítása, biztosítása. Micsoda különbség, ha a gazdaság azért működik, hogy legyen mit ennünk, legyen hol laknunk, legyen mibe öltöznünk és így tovább, vagy azért, hogy legyen minél jövedelmezőbb, legyen minél több a profit. A Luhmann által elemzett XX. század végi világ, és a mi XXI. századi világunk gazdasága már nem az emberi szükséglet kielégítése érdekében működik. Ebben a világban a funkciók helyett az autopoezis a mozgatóerő. A gazdaság önfenntartó autopoetikus láncolat. Az önreprodukció kényszere azt diktálja, hogy azokat a termékeket, szolgáltatásokat, amelyeket előállítottak, el is kell adni. Különben megszakadna a kifizetések egymásra épülő láncolata. Ezért aztán teljesen érdektelen, hogy az embereknek mire van és mire nincs valójában szükségük. Az embereket fogyasztó automatákká kell tenni, és rá kell venni, hogy azt vegyék meg,

amit éppen kínálnak nekik, mert így forog a pénz, így nő a profit. Ezt szolgálják a reklámok, a média, a marketing, a fogyasztói társadalomra jellemző egész manipulációs rendszer. A bevásárló központok csillogó világa folyamatosan tele van ügyelgő emberekkel, potenciális vásárlókkal. Folyamatosan működik a rábeszélő gépezet. Mi is történne, ha lótó-futó, vásárló, fogyasztó emberek, egyszer csak elkezdenének autentikus életet élni és életük jobbá, vagy legalább elviselhetővé válását nem az áruktól, nem az áruházak forgatagában való elvegyüléstől várnák, hanem elkezdenének autentikus életet élni. Ha mindenki a saját, csak rá jellemző világának a megvalósításán munkálkodna, hamar kiürülnének a plázák, megszakadna a kifizetések láncolata, összedőlne a gazdaság. Persze ez összedőlhet úgyszólván, hogy továbbra sem szánjuk rá magunkat az autentikus életre. Helyette szenvedünk, mert megfosztottak a napi pénzszerűségtől, csecsebecséink megszerzésének örömétől, a „kikapcsolódás”, az élmények hajszolásának pénzügyi fedezetétől.

Habermas (1993) vitatja Luhmann azon állítását, mely szerint fejlődésnek tekinthető ez a folyamat. Ő inkább hanyatlásnak látja mindezt. Elfogadja ugyan, hogy a társadalom elkülönülő alrendszerekre hasadása kényelmesebbé teszi az életet, ám úgy találja, hogy túl nagy árat fizetünk mindezért.

Az egyik ár az elmagányosodás. A másik a deviáns magatartások tömegessé válása.

A rendszerváltás óta hurcoljuk koloncként az államszocializmus totalitárius rendszere által szándékosan kialakított magányosságunkat. Ezt erősítette fel a fogyasztói társadalom, a tömegtársadalom által kitermelt magány.

Most itt állunk eddigi életünk romjain. Véget ért az államszocializmus, véget ért a fogyasztói társadalom. Válság van. Kénytelenek vagyunk szembesülni eddigi életünkkel és kénytelenek vagyunk gondolkodni a jövőn.

Vajon magányosan, családjainkba zártan tesszük ezt továbbra is? Ha igen, akkor nagy a veszélye annak, hogy a bajokért önmagunkat okoljuk, a hozzánk legközelebb állókat hibáztatjuk, vagy olyanokra hárítjuk a felelősséget, akik nem okozói a jelenlegi helyzetnek. További veszély, hogy nem ismerjük fel a kivezető utakat, a lehetséges, és ma még egyaránt választható lehetőségeket. A magányos ember mindig a legrosszabbra számít. Nem bízik senkiben, önmagában sem. Esetleg nem ismeri fel, nem hiszi el, hogy az ember bármit választhat, csak azt nem választhatja, hogy nem választ. Mindig különböző lehetséges jövők állnak nyitva előttünk. Minél szűkebb a mozgásterünk, minél kisebb a szabadságfokunk, annál fontosabb, hogy felismerjük legalább a meglévő lehetőségeket. Éljük azzal a szabadsággal, amivel rendelkezünk.

Egyedül gyengék vagyunk. A hasonló sorsúakkal való összefogás, a világ és az élet közös értelmezése, a világ és az élet közös cselekvésekkel történő megújítása segíthet rajtunk, ezzel segíthetünk önmagunkon. A lelkek testvéri összekapaszkodása. A hasonló helyzetű emberek bizalmon alapuló, egymás megértésére és megegyezésre irányuló, kölcsönösen előnyös kapcsolati hálózatának kiépítése. Ehhez kell némi támasz, szakmai segítség, biztatás. Ehhez kell a mentálhigiénés szakemberek hálózatának intenzív működtetése. Veér András, Benkő Zsuzsanna és társaik álmait valóra kell váltanunk, munkájuk eredményeit hasznosítanunk kell.

Soul Brother. Furmann Dávid a világhálón ezt az önmegnevezést használta, és ez lett egyik könyvének a címe (Furmann, 2007). Lehetünk lélektestvérek, megteremthetjük a lelkek testvéri hálózatát. Nagy szükség van rá. Találjunk egymásra, találjunk önmagunkra és építsünk egy olyan világot, ahol autentikus életet élhetünk, erre inspiráljuk egymást, és olyannak láthatjuk társaink szemében magunkat, amilyenekké válni szeretnénk. Ne tékozzunk el az életet. Éljük egyszeri, megismételhetetlen életünket szenvedélyes szerelemmel.

Irodalom

- Arendt, H. (1992): *A totalitarizmus gyökerei*. Európa, Budapest.
- Bourdieu, P. (1978): *A társadalmi egyenlőtlenségek újratermelődése*. Gondolat, Budapest.
- Fukuyama, F. (2007): *Bizalom*. Európa, Budapest.
- Furmann Dávid (2007): *Soul Brother*. Szoba Kiadó, Miskolc.
- Habermas, J. (1993): *A társadalmi nyilvánosság szerkezetváltása*. Gondolat, Budapest.
- Hankiss Elemér (2004): *Társadalmi csapdák és diagnózisok*. Osiris, Budapest.
- Heidegger, M. (2001): *A fenomenológia alapproblémái*. Osiris, Budapest.
- Husserl, E. (1998): *Az európai tudományok válsága I-II*. Atlantisz, Budapest.
- Mannheim Károly (1995): *A gondolkodás struktúrái*. Atlantisz, Budapest.
- Pokol Béla (2004): *Szociológiaelmélet*. Századvég, Budapest.
- Smith, A. (1992): *A nemzetek gazdasága*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.

Weber, M. (1992): *Gazdaság és társadalom*. Közgazdasági és Jogi
Könyvkiadó, Budapest.

A politikai rosszindulat hermeneutikája

Csepeli György

A Kaposvári Egyetemen 2013. január 17-18. között tartott „Megértés és magyarázat” konferencián elhangzott előadás közlését Benkő Zsuzsanna születésnapjának tiszteletére ajánlom.

Összefoglaló

A rosszindulatú társadalmi folyamatok kiindulópontja az akarat, miszerint a Másik Carl Schmitt-i értelemben vett ellenség vagy barát. Az akaratot igazoló rosszindulatú kognitív folyamat önmagát beteljesítő jóslatként létrehozza azt, ami eredetileg csak feltételezés volt. Ugyanakkor, nincs egyenlőség a folyamat létrehozásáért és fenntartásáért felelősök között. Egyeseknek aktív, kezdeményező szerep jut, mások „potyautasok”, mint Castells nevezi őket, a történelem parazitái. Az előadás során a következő kérdéseket teszem fel, megpróbálva a válaszadást. Mi a Másik szerepe a rosszindulatú társadalmi folyamatban? Lenne-e az ellenség egyáltalán, ha nem lenne az ellene irányuló akarat? Látja-e az ellenségnek nyilvánító fél a másikat vagy csak saját magát látja a tükörben, melyről azt hiszi, az ellenséget mutatja? Ki lehet-e lépni a rosszindulatú társadalmi folyamatok csapdájából, ha egyszer belekerültünk? Lehet-e az ellenségből barát?

Carl Schmitt (1992) szerint a politikai teret eredendően az ellenségesség vagy a barátiasság egymással ellentétes, egymást keresztező erői hatják át. Mint Schmitt írja: „A politikai területén az emberek nem elvontan, mint

emberek, hanem politikailag érdekelt és politikailag meghatározott emberekként állnak egymással szemben: mint állampolgárok, mint kormányzók vagy kormányzottak, mint politikai szövetségesek vagy ellenfelek; tehát minden esetben politikai kategóriákban megadható emberekként” (Schmitt, 2002. 200. o.).

A politika azért képes oly erővel hatni az emberre, mert rendet és értelmet visz cselekvéseikbe, melyeket egymással együtt vagy egymás ellen visznek végbe. Karácsony András joggal mondja Carl Schmitt-ről, hogy gondolatainak radikalizmusa és nagysága válságok idején mutatkozik meg, amikor már minden eltűnik, ami fogódzót adhatna a megkapaszkodásra. Egyedül a Semmi marad, melynek alternatíváinak keresésére a politikai cselekvés egyedülállóan alkalmas, hiszen a lét ott lép ki az el nem rejtettségből ahol a hatalom döntései történnek.

A „barát-ellenség” felosztás a Semmi borzongató érzésének elosztatásának hathatós eszköze. A politika terébe vetett aktorok nem tehetnek mást, mint hogy szövetkezzenek vagy szembeálljanak egymással. Nincs harmadik út. A politikai mező a harc logikája mentén szerveződik. Barátok szövetkeznek ellenségeik ellen, akik önmagukat ugyancsak barátnak tartják. Az alapvető kérdés, melyet minden cselekvőnek fel kell tennie, hogy ő kivel s ki ellen van, illetve ki van ellene, s ki van vele. A politikai mezőben mozgó barát és ellenség közötti határ cseppfolyós, sok tekintetben nyelvi változó, ami fuzzy halmazok elhatárolására alkalmas.

A barát és az ellenség azonban felettébb változó kategória. Miközben a barát-ellenség megkülönböztetés a politikai mező konstans ereje, a barát-ellenség szereposztás felettébb változó. A politikai mező cselekvői közül soha senki sem lehet bizonyos abban, hogy aki aktuálisan

barát, az barát marad-e a következő pillanatban, s aki ellenség, azt nem öleli-e majd keblére mint legjobb barátot.

A barát-ellenség megkülönböztetés bizonytalansága feloldhatatlan dilemmába sodorja a politikai cselekvőt. Ha túlzottan megbízik környezetében, ellenségeit is barátnak hiszi, ami veszét okozza. Ha túlzottan gyanakszik, barátait ellenségnek hiszi, árulót lát bennük, ami ellehetetleníti ténykedését. Politikai taktika és/vagy a politikai cselekvő személyiségének kérdése, hogy a politikai cselekvő szűkíti vagy tágítja a barátok és ellenségek körét. A szűk definíció értelmében „aki nincs velem, az ellenem van”, aminek ellentéte a tág definíció, mely szerint „aki nincs ellenem, az velem van”.

Az ellenség, mint emberi létszükséglet

A társadalmi kapcsolatok egyaránt vehetnek konstruktív és destruktív irányt. Az emberek nem élhetnek magukban, ha meg akarnak maradni. A túlélés azt követeli tőlük, hogy barátként azonosított más emberi lényekkel alakítsanak ki kapcsolatokat. A barátokkal való kapcsolat azonban másoktól való elkülönülést jelent, am ellenségeskedéshez vezethet. Carl Schmitt Clausewitzhez hasonlóan nem látott túl nagy különbséget a háború és a politika között. Schmitt azt mondja, hogy a politika terében az emberek szabadon dönthetnek arról, hogy különbséget tegyenek barát és ellenség között (Schmitt, 1992). Ez a megkülönböztetés egzisztenciális jelentőségű, ami azt jelenti, hogy az ellenség másik, akivel a legszélsőségesebb határig elmenő konfliktus is lehetséges.

Carl Schmitt szerint az ellenség bárki lehet. És ahol bármi megtörténhet, ott végül is, bármi meg is történik. Kétegy nélkül

megállapíthatjuk, hogy ahol nincs ellenség, ott nincsenek destruktív társadalmi kapcsolatok sem. A destruktív társadalmi kapcsolatok létének előfeltétele az ellenség megteremtése, ami igazolást ad az ellenség megsemmisítését célzó tettekre.

Az ellenség képe

A hatalom titka a szövetségek létrehozása és felbontása. A szövetségeket barátok kötik, míg az ellenségek a szövetségek felbontásának termékei. Következésképpen, a másik képének kulcsszerep jut a konstruktív és destruktív társadalmi kapcsolatokban. A társadalmi identitás elmélete alátámasztja azt a nézetet, miszerint bárkiből lehet ellenség (Tajfel és Turner, 1986). Henri Tajfel a múlt század 70-es éveiben végzet kísérleteket a „minimális csoport” paradigmája szerint, amelyek azt mutatták minden konfliktus nélkül a „saját csoport” és a „más csoport” különbségtevést megteremtő puszta kategorizáció is elég volt ahhoz, hogy létrejöjjön a „barát-ellenség” dichotómia, aminek eredménye volt a saját csoport előnyben részesítése és a másik csoport diszkriminációja.

A „valóságos konfliktus” elmélet azt állítja, hogy az érdek konfliktus valamint az egyik vagy másik fél várható nyereségvesztésének kilátása fokozza a saját csoporton belüli szolidaritást és sarkallja az ellenségeskedést. A leegyszerűsített, negatív képekre azért van szükség, hogy le lehessen egyszerűsíteni a konfliktust és ki lehessen zárni a konfliktusban álló felek közötti egyes hasonlóságok felfedezését. A csoportközi konfliktusban álló csoportok egyéni tagjai szisztematikusan téves képzeteket alkotnak egymásról és kihangsúlyozzák az egymás közötti különbségeket.

Konfliktusban mindegyik fél a másik negatív, sztereotipizált képét tartja igaznak. A negatív és leegyszerűsített képekre azért van szükség, hogy igazolni lehessen általa az ellenséges cselekedeteket. A csoportközi harcban álló csoportok egyéni tagjai rendszeresen félreértik egymást, és eltúlozzák az egymásközi különbségeket.

A létrejövő képek folyamatosan fenntartják az egymásra vonatkozó negatív sztereotipikus elképzeléseket, melyek az ellenségként azonosított másik csoportra vonatkozó túlzottan leegyszerűsítő, és sértő nézeteket tartalmaznak. Ezzel szemben a csoport önmagára vonatkozó képe, mindenkit felmagasztosít, aki a saját csoporthoz tartozó, vagy a saját csoporthoz hasonló.

A saját csoport és a másik csoport szerint történő kategorizáció alapján mindegyik csoport szükségszerűen a másiktól alkotott ellenséges képzetek kulcselemeit képező megismerési torzulások labirintusába kerül.

Az etnocentrizmus fogalma nemcsak azt a folyamatot ragadja meg, melynek során a csoportok tagjai feltétel nélküli pozitív értékeléseket alakítanak ki önmagukról és az önmagukhoz hasonlókról, és ezzel párhuzamosan visszautasítják és rossz hírbe hozzák azokat, akik nem olyanok mint ők, nem hasonlítanak rájuk. Az etnocentrizmus egyúttal a fenyegető káosz élményével szemben hathatós kognitív eszköz, mely rendet és biztonságérzetet ad a csoport tagjai számára. A másik csoport tagjaival találkozáskor a saját csoport magától értetődő környezete megkérdőjeleződik. A pozitív identitás fenntartásához felettébb szükséges normák és az értékek veszélybe kerülnek. Következésképpen, a normák és az értékek terébe került másság megtapasztalása fenyegetést jelent, melyet le kell küzdeni.

Az emberek egymásközi kapcsolatainak általános tendenciája, hogy a másik személyt cselekedeteiért felelősnek tartjuk. Csoportközi helyzetben ez a tendencia különösen hangsúlyosan jelentkezik, kiváltképpen akkor, ha negatív viselkedés észleléséről van szó. Az egymással találkozó csoportok tudáskészletének magától értetődőségei közötti különbségeket figyelembe véve elég nagy annak a valószínűsége, hogy az idegen csoport tagjának viselkedését a saját csoport tagjai negatívan fogják értékelni. Következésképpen, az elfogultságból adódóan téves oktulajdonítás szűrőjén keresztül látott személyes tulajdonság a csoport egészére érvényesnek tekintett, általánosított tulajdonsággá alakul, ami az ellenségeskedés nyílt és burkolt megnyilatkozásainak egész sorát szabadítja el, beleértve a gyanakvást, a bizalmatlanságot, a félelmet, a diszkriminációt és az agressziót.

Anti-izmus

A csoport-hovatartozásból adódóan elfogultságból következően téves oktulajdonító következtetések, melyeket az egyik csoport tagjai a másik, idegen csoport tagjai viselkedésére nézve levonnak, kulcsszerepet játszanak a Másikról alkotott kép kialakulása során. A látott negatív, nem kívánatos viselkedéseket és eseményeket a saját csoport-hovatartozás okán elfogult megfigyelő változatlan vagy változó személyes okok következményének fogja tartani, s nincs semmi, ami megakadályozná abban, hogy a következtetést az egész csoportra érvényesnek tartott, kollektív sztereotípiává alakítsa.

Ebből az következik, hogy az ellenségeskedést már a kezdet kezdetén meg lehetne állítani, megállj-t mondva a másik személy

viselkedése kapcsán kialakuló elfogult és téves oktatáshoz. A barátok és az ellenségek által lesznek, hogy az emberek más emberek viselkedésének okaira vonatkozó ítéletek alapján döntéseket hoznak. A barát és az ellenség kérdését megválaszoló döntés megismerési hibákon alapul.

Az idegen csoportokra vonatkozó negatív oktatást a viszonyban jelen levő csoportok viszonzják, ami által egymást tükröző ellenségképek jönnek létre, amelyek tovább táplálják az ellenségeskedést, alapot adva a kölcsönös vádaskodásra és gyűlölködéssre.

Akkor jön létre az anti-izmus, ha nincs arra szándék, hogy az eskaláció folyamata leálljon. A különbség észlelése metafizikává válik, mihelyt magába foglalja az emberi élet alapvető értékeit. A saját ellenségesség másik félbe vetítése révén az anti-izmus magától értetődőnek veszi a másik ellenséges szándékait, melyeket a korábban már kialakult negatív sztereotípiák testesítenek meg. („Mind paraziták!”)

Az anti-izmus által elindított eskaláció azért sem állítható le könnyen, mert a konfliktusban álló felek felelőssége nem arányos. Az eskaláció rendszerint azáltal szabadul el, hogy az egyik fél megfenyegeti a másikat annak érdekében, hogy egyoldalú előnyökre tegyen szert. A fenyegetést a másik fél ellenfenyegetése követi, és a kibontakozó kölcsönös interakció magas fokú bizalmatlanságba torkoll. Az eskaláció folyamatát állandósítja a védekezésnek beállított agresszió. A destruktív konfliktusba zárt csoportok azonban kiszabadíthatóak, és a konfliktus megoldására képessé tehetőek, ha mindegyikük leszámol az anti-izmussal.

Minőségi különbség van az individuálisan azonosított ellenség és a kategoriálisan azonosított ellenség halálba küldése között. Népek,

osztályok, felekezetek, speciális betegségekben szenvedők, a hatalomnak nem tetsző szexuális orientációt követők kollektív megölése az emberek által lakott világ visszafordíthatatlan megváltoztatásának esélyét rejti magában. Aki elrendelheti, hogy az ellenségesként meghatározott kategória hatálya alá tartozó emberek mindegyikét megöljék, abban nemcsak a minden életet elpusztító jeges fuvallat irodalmias ereje munkál, hanem egy jobb, egy tökéletesebb világ akarása is, mely „tisztá” lesz. Nem lesznek többé a világban zsidók, burzsoák, kulákok, értelmi fogyatékosok, homoszexuálisok, s ezáltal a világ jobb lesz.

Az ellenség dekonstruálása

A válsághoz vezető destruktív csoportközi folyamatok megállítása érdekében meg kell teremteni a de-eszkaláció feltételeit, ami a kezdetekhez való visszatérést, azaz az ellenségről kialakított képhez való hozzányúlást jelenti. A megbékélés folyamata az ellenség kép dekonstrukciójával végződik, aminek során a Másik képéből eltűnnek a félreértésből és anti-izmusból származó elfogultságok és megismerési hibák.

A destruktív társadalmi kapcsolatok résztvevői nem voltak arra hajlandók, hogy egymást egyenlő felekként kezeljék. Az elkövető minden erejével azon volt, hogy embertelennek állítsa be a másikat, és olyan képeket alakítson ki róla, melyek alapján elhihető, hogy a másik gonosz ellenfél. A feladat az, hogy a kártevők és az áldozatok megtanuljanak együtt élni a keserű múlttal. A megbocsátás a megbékélés előfeltétele.

Az áldozat akarhatja, hogy az elkövető vallja meg, mit tett, kérjen bocsánatot, adjon ellenszolgáltatást és kárpótlást. A megbocsátás akkor valószínű, ha az elkövető és az áldozat elfogadják az egyenlőség feltételét

és elhatározzák, hogy többé nem néznek egymásra az ellenség tekintetével. A másik emberré tétele megfordítja a korábbi elembertelenítő eljárást és a konfliktus résztvevőit hídszerepekben jeleníti meg egymás számára, mint szülők, gyermekek, sport és mozirajongók, egészségesek és betegek.

A konfliktusok fenntartható megoldásainak az alapja a növekedés reménye, mely túlhaladja a nyereség-vereség várakozásait. A másiktól kialakított kép megváltozását csak a kölcsönös nyereség alternatívájának valószínűsége kényszerítheti ki. Az ellenségekből akkor lesznek barátok, ha közösen dolgoznak olyan célokért, mely mindegyikük számára fontos (Sherif, 1958). Minél erősebb a közösen osztott célok vonzása, annál nagyobb a valószínűsége annak, hogy kialakulnak a csoportthárokra keresztbe metsző pozitív kapcsolatok és barátságok (Ashmore, Jussim, Wider és Heppen, 2001).

Morton Deutsch arra figyelmeztet, hogy minden destruktív viszonyban mindegyik táborban ott vannak a szélsőségesek, akik elemi érdeke a konfliktus folytatása. A szélsőséges elköteleződés lehetetlenné teszi a tisztesség, az egyenlőség és az igazságosság elveinek elfogadását (Deutsch, 2009).

Nem állíthatjuk, hogy az emberi lények közötti kapcsolatok öröktől fogva konstruktív vagy destruktív pályán állnak. Sem a háború, sem a béke nem végállapot. Az emberek szabadon eldönthetik, kiket tartanak barátoknak, s kiket ellenségnek. Az emberek ugyanakkor gyakran elfelejtik, hogy ítéleteik, beleértve mások ítéleteit, nem csálhatatlanok.

Irodalom

- Ashmore, R. D., Jussim, L., Wilder, D. and Heppen, J. (2001): Toward a Social Identity Framework for Intergroup Conflict. In: Ashmore, R. D., Jussim, L., Wilder, D. and Heppen, J (2001, Eds.): *Conclusion. Social Identity, Intergroup Conflict and Conflict Resolution*. Oxford University Press. 213-249..
- Deutsch, M. (2000): Justice and Conflict. In Deutsch, M. and Coleman, P. T. (2000, Eds.): *The Handbook of Conflict Resolution. Theory and Practice*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco. 41.-64.
- Schmitt, C. (1992): *Politikai teológia*. ELTE, Budapest. Ford.: Paczolay Péter.
- Sherif, M. (1958): Superordinate goals in the reduction of intergroup conflict. *American Journal of Sociology*, 63. 349-363.
- Tajfel, H. and Turner, J. (1986): 'An integrative Theory of Intergroup Conflict.' In: Worchel, S. and Austin, W. G. (1986, Eds.): *The Social Psychology of Intergroup Relations*. Nelson-Hall, Chicago.

Egészségfejlesztés az oktatásban

Schule, Gesundheit, Bildung – Neue Perspektiven für die schulische Gesundheitsförderung*

(School, Health, Education – New Perspectives for School Health Promotion)

Peter Paulus

Summary

After clarifying what school health promotion is all about, the concept of the good healthy school is presented. Within this concept health is seen as an important resource for positive development. It links health and education in an innovative way for students, teachers and the school as well: Quality of school education will be improved by health interventions. Thus it overcomes the limitations of the traditional approach of the health promoting school. School health management is the strategy to implement the concept of the good healthy school. Further important steps in developing school health promotion are mentioned: To identify the educational and health quality of interventions in schools, e.g. programs for school health promotion and education and linking school health promotion with community development.

*A cikk megjelent: Paulus, P. (2011): Schule, Gesundheit, Bildung. Neue Perspektiven für die schulische Gesundheitsförderung. Prävention. *Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 4, 99-104. Másodközlés a szerző engedélyével.

Zusammenfassung

Im Anschluss an die Frage, wie sich schulische Gesundheitsförderung ausdifferenzieren lässt, wird das Konzept der guten gesunden Schule vorgestellt. Es sieht Gesundheit als eine wichtige Ressource für ein gelingendes Aufwachsen, verbindet Gesundheit und Bildung für Schülerinnen und Schüler, für Lehrkräfte auf innovative Weise und überwindet damit den limitierten klassischen Ansatz der Gesundheitsfördernden Schule. Mit Gesundheitsinterventionen soll die Bildungsqualität der Schule gesteigert werden. Schulisches Gesundheitsmanagement ist die Strategie, mit der das Konzept der guten gesunden Schule umgesetzt wird. Als wichtige Entwicklungsschritte der schulischen Gesundheitsförderung werden benannt: die Bestimmung der Qualität der eingesetzten Interventionen z.B. Programme zur schulischen Gesundheitsförderung und Bildung, sowie die Verknüpfung der schulischen Gesundheitsförderung mit der kommunalen Entwicklung.

Schulische Gesundheitsförderung – Vielfalt der Zugänge

Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung lassen sich durch ein engeres und ein erweitertes Verständnis charakterisieren. Im engeren Sinn geht es um gesundheitsbezogene Interventionen im Schulkontext, die Gesundheits- bzw. Gesundheitsbildungsziele und in der angesprochenen neuen Orientierung auch allgemeine Bildungsziele verfolgen. Gesundheitsziele stehen dann im Vordergrund von Maßnahmen, wenn sie sich auf das Schulpersonal am Arbeitsplatz Schule beziehen, also auf die gesundheitliche Situation der Lehrkräfte und des nicht-unterrichtenden Personals. Auch Maßnahmen des schulmedizinischen Gesundheitsdienstes,

die Schülerinnen und Schüler betreffen und nicht in die schulische Gesundheitsbildung integriert werden, sind den Gesundheitszielen zuzurechnen. Gesundheitsbildungsziele, die in den Schulgesetzen und Erlassen der Kultusministerien zur Gesundheitsbildung aufgeführt werden, lassen sich der Systematik eines sozialwissenschaftlich orientierten Bildungsverständnisses folgend in ihren kulturellen, materiell-dinglichen, sozialen und subjektiven Weltbezügen abbilden als „Begriff und Verständnis von Gesundheit“; „Umgang mit Gesundheit; Einfluss auf Gesundheit“ , „Gesundheit/-sein mit Anderen“ und „Sich selbst gesund erhalten und entwickeln“ (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, 2006).

Viele der sog. Life-Skills-Programme, die verhaltensorientiert im Setting Schule umgesetzt werden und die neben der Verhaltensbeeinflussung auch die Schulkontexte (z.B. die Eltern) mit in das Projekt einbeziehen (z.B. „Klasse 2000“; „Erwachsen werden“) oder aber die explizit Setting orientiert aufgestellten Schulprojekte und –programme, wie z.B. „gesund leben lernen“, nehmen implizit oder explizit Bezug auf diese Vorgaben. In einem erweiterten Sinn gehören zur schulischen Gesundheitsförderung dann auch die Organisationen, die solche Interventionen anbieten und durchführen (Krankenkassen, Sportvereine, Jugendhilfe), dies kann aber auch die Schule bzw. ein Netzwerk von Schulen (mit außerschulischen Partnern) selbst sein (Paulus 2009), dann ist sie bzw. sind sie die Durchführungsorganisation bzw. -organisationen (Paulus, 2011).

Gute gesunde Schule – Verbindung von Bildung und Gesundheit

Die Schule, die Bildung und Gesundheit in dem skizzierten Verständnis zusammenführt, ist eine Schule, die sich in ihrer Schulentwicklung auf die noch näher zu bestimmenden Qualitäten einer „guten Schule“ ausrichtet hat und bei der Verwirklichung ihres sich daraus ergebenden Bildungsauftrages gezielt gesundheitswissenschaftlich fundierte Interventionen zur Unterstützung ihrer pädagogischen Arbeit entwickelt und durchführt (Paulus, 2003). Eine solche gute gesunde Schule geht also von den Bildungsaufträgen aus („Gute Schule“), befragt sich, wo sie Probleme hat, ihre eigenen Aufträge zu erfüllen („Bildungsberichterstattung“), sucht bzw. entwickelt Gesundheitsinterventionen, mit denen ihre Probleme angegangen werden können („Gesundheitsbeiträge“). So aufgestellt unterstützt die schulische Gesundheitsförderung die Schule in dem heute so wichtig gewordenen Kernanliegen, qualitätsvolle pädagogische Arbeit zu leisten. Diesen Ansatz vertritt insbesondere das Schulprogramm „Anschub.de – ein Programm für die gute gesunde Schule“ (s. auch Franzkowiak et al. 2011, S. 241ff).

Der damit vollzogene Wechsel in der Perspektive ist für die schulische Gesundheitsförderung von weitreichender Bedeutung und kommt einem Paradigmenwechsel gleich. Denn erst wenn sich Gesundheit in den Dienst des Erziehungs- und Bildungsauftrags der Schule stellt („Qualifizierung von Bildung durch Gesundheit“), wird sie von den Mitgliedern der Schulgemeinschaft als Bereicherung erlebt und nicht nur als eine zusätzliche Bürde, die der Schule auch noch aufgesattelt wird. Schulische Gesundheitsförderung ist deshalb nun für alle Schulen interessant, nicht nur für solche, die sich inhaltlich für Gesundheit als

besondere Profilbildung interessieren, wie dies bei den Gesundheitsfördernden Schulen der Fall ist. Darüber hinaus sichert dieser Ansatz auch die nachhaltige Wirksamkeit schulischer Gesundheitsförderung besser ab, als der der Gesundheitsfördernden Schule. Die Erfolgchancen schulischer Gesundheitsförderung nachhaltig auch in die „Fläche“ zu kommen, wachsen erheblich.

Die gute gesunde Schule steht aber auch in der Tradition der Gesundheitsfördernden Schule, übernimmt von ihr wichtige Erfahrungen, so den Settingansatz, der seine differenzielle Wirksamkeit unter Beweis gestellt und der auch außerhalb der Gesundheitsförderung in den Schulentwicklungskonzeptionen seinen angestammten Platz hat. Die gute gesunde Schule orientiert sich auch an den zentralen Werten und Prinzipien der Gesundheitsförderung. Es geht dabei um die Salutogenese und die gesundheitsbezogenen Ressourcen. Eng damit verbunden ist die Orientierung an den Prinzipien des Empowerment und der Partizipation. Ohne sie ist Gesundheitsförderung nicht denkbar. Sie markieren den Schnitt zur Prävention. Nachhaltigkeit im Sinn von Dauerhaftigkeit gilt auch für Gesundheitsinterventionen der guten gesunden Schule. Sie wird ja immer mehr eingefordert, um der um sich greifenden „Projektitis“ entgegenzuwirken, die vor allem in Schulen zu Müdigkeit und Verdruss über die oftmals wenig nachhaltige Initiativen geführt hat.

Von einem umfassenden Verständnis „nachhaltig guter Gesundheitsentwicklung“ ist die schulische Gesundheitsförderung auch in der hier vorgestellten Perspektive noch weit entfernt. Denn dazu würden gehören, dass die ökologischen, ökonomischen und sozialen Dimensionen der Nachhaltigkeit systematisch in Konzeptentwicklungen und -

umsetzungen mit einbezogen werden müssten (Michelsen/ Stoltenberg/ Paulus, 2002; Paulus, 2009). Demokratie, Gerechtigkeit und Fairness beschreiben weitere Werte und Prinzipien gesundheitsförderlichen Handelns, die einen engen Bezug zu dem gerade erwähnten Konzept der nachhaltigen Entwicklung aufweisen, die aber auch mit Blick auf die immer noch gegebene Mittelschichtorientierung der gesundheitsbezogenen Interventionen von großer Bedeutung sind. Sie sind auch für die gute gesunde Schule von zentraler Bedeutung. Denn Schülerinnen und Schüler aus bildungsfernen Milieus, oft auch noch durch Merkmale, wie Armut und Migrationsstatus marginalisiert, werden systematisch und strukturell in der schulischen Gesundheitsförderung vielfach nicht erreicht und können ihre Gesundheits- und Bildungspotenziale nicht angemessen entfalten (WHO, 2008; Altgeld, 2010).

Ausgangspunkt der Überlegungen zu einer guten gesunden Schule ist die Einsicht, dass Gesundheit ein elementarer Bestandteil von Wohlbefinden, Lebensqualität und Leistungsfähigkeit ist. Für Kinder und Jugendliche bestimmt Gesundheit nicht nur das aktuelle Wohlbefinden, sondern ist darüber hinaus eine wichtige Bedingung für ein gelingendes Aufwachsen im Sinne positiver Entwicklung und Entfaltung zu eigenverantwortlicher, leistungsfähiger und leistungsbereiter Persönlichkeit. Kinder und Jugendliche, die gut und gesund aufwachsen, haben zumeist auch als Erwachsene bessere Gesundheits- und Verwirklichungschancen. Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitskompetenz sind deshalb auch als integraler Bestandteil eines jeden Konzepts umfassender Förderung von Kindern und Jugendlichen, so

auch der in der guten gesunden Schule (Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesjugendbehörden, 2005).

Gesundheit, Bildung und Leistungsfähigkeit – Zur Situation der Schüler und Lehrkräfte

Im Vergleich zu Erwachsenen und älteren Menschen stellen Kinder und Jugendliche zwar die gesündeste Bevölkerungsgruppe dar, andererseits zeichnen sich die ersten Lebensphasen durch eine hohe organische und psychische Vulnerabilität aus. Die Ergebnisse epidemiologischen Studien zeigen, dass es im Zusammenhang mit den veränderten zivilisatorischen, ökologischen und sozialen Lebensumständen und den damit verbundenen Herausforderungen bei einer beträchtlichen Anzahl der Heranwachsenden zu Fehlsteuerungen im bio-psycho-sozio-somatischen System gekommen ist. Ausdruck hierfür sind somatische und psychische Krankheitsbilder wie Allergien, Asthma, Diabetes, Über- und Untergewicht, Verhaltensstörungen, Alkohol-, Nikotin- und Drogenabhängigkeit sowie psychische Leiden, die deutlich zugenommen haben (Ravens-Sieberer et al., 2007; Robert Koch Institut, 2008).

Diese gesundheitlichen Belastungen der Kinder und Jugendlichen führen dazu, dass sie in ihren Entwicklungs- und damit in ihren gesellschaftlichen Beteiligungschancen eingeschränkt sind. Insbesondere sind solche Kinder und Jugendliche betroffen, die durch soziale, kulturelle und materielle Mängellagen in mehrfacher Hinsicht benachteiligt sind. Nicht verwunderlich ist deshalb, dass Kinder und Jugendliche, die gesundheitlich beeinträchtigt sind, auch in ihren Bildungsanstrengungen und -erfolgen eingeschränkt sind. Hieraus ergeben sich ein besonderer

Bedarf und eine besondere Herausforderung an die schulische Prävention und Gesundheitsförderung, deren sich die gute gesunde Schule annimmt. Wenn Fend (2006) schreibt: „Die Organisation ‚Bildungswesen‘ erfüllt ihre Aufgaben durch die Arbeit an der ‚Seele‘ des Menschen. Sie bearbeitet das Können und die Haltungen lernfähiger junger Menschen. [...] Ihr Arbeitsfeld ist die psychische Verfassung, sind das Können, das Wissen wie auch die seelischen Einstellungen von Kindern und Jugendlichen“ (S. 174), dann wird die herausragende Bedeutung der Förderung der psychischen Gesundheit für die Bildung offenkundig.

Auch in der Diskussion um die Belastungen und Beanspruchungen im Lehrerberuf rückt der Zusammenhang von Lehrergesundheit, Leistungsfähigkeit und Bildung zunehmend in den Fokus. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage: „Was ist das Kerngeschäft der Schule und welchen Beitrag kann die Gesundheit der Lehrkräfte zur Bewältigung der Arbeit leisten?“ Viele Probleme bzw. Defizite im Schulbetrieb wie mangelnde Kooperation oder ineffiziente Organisation erleben die Lehrkräfte als Belastungen. Gleichzeitig stellen viele der Qualitätsmerkmale von guten Schulen (z. B. gemeinsame Ziele, Unterstützung und Kooperation) gesundheitsfördernde Ressourcen dar (s. Abb. 1). Andererseits haben Merkmale wie Lehrerselbstwirksamkeit, Achtsamkeit und Ungewissheitstoleranz einen bedeutenden Einfluss auf die Unterrichtsgestaltung. Lehrkräfte mit diesen Eigenschaften können z.B. „offene“ Unterrichtssituationen zulassen und Schüler selbstständig arbeiten lassen.

Nach Stiller (2008) entspricht ein solcher Unterrichtsstil einer salutogenen Unterrichtsentwicklung. Denn die damit mögliche subjektive

Erfahrung der Schüler von erlebter Kompetenz, von sozialer und emotionaler Wertschätzung und von aktiver Teilhabe an der Gestaltung des Unterrichts sind wesentliche Bedingungsfaktoren für ihren Lernerfolg in der Schule und für ihre Gesundheit. In einer Untersuchung von Klusmann et al. (2006) zeigte sich: Besonders die Lehrkräfte, die eine Gefährdung für Burnout aufwiesen, förderten nach Einschätzung ihrer Schüler weniger stark deren kognitive Selbstständigkeit. Diese Lehrkräfte zeigten häufiger ein zu schnelles Interaktionstempo, ihre Schüler hielten sie im Mittel für weniger gerecht und weniger interessiert an ihren Belangen. Am positivsten sahen die Schüler die gesunden Lehrkräfte, die sich durch ein hohes Arbeitsengagement bei gleichzeitiger Distanzierungsfähigkeit, eine hohe Widerstandsfähigkeit gegenüber beruflichen Problemen und eine hohe Ausprägung an positiven Emotionen auszeichneten.

hier Abb. 1 einfügen - Abb. 1: PiSA – Person-in-Situationen-Ansatz zur Förderung der Gesundheit der Lehrkräfte in der guten gesunden Schule

Bildungsqualität und Gesundheitsqualität der Schule

Auch wenn es letztlich keinen endgültigen Konsens darüber geben kann, was eine „gute Schule“ ausmacht, gibt es doch eine weitgehende Übereinkunft in grundlegenden Qualitätsbereichen. Verschiedene vorliegende Qualitätsraster ähneln sich deshalb auch in ihren Qualitätsdimensionen der schulischen Arbeit und in den dazugehörigen Kriterien bzw. Indikatoren. So erbrachte eine Inhaltsanalyse der vorhandenen Qualitätskonzepte auch vergleichbare Qualitätsvorstellungen von Schule in allen Bundesländern (Paulus/Michaelsen-Gärtner, 2008).

Insgesamt konnten acht Qualitätsbereiche, in die sich die Qualität von Schulen in der Bundesrepublik Deutschland aus Sicht der Kultusministerien und obersten Senatsbehörden aufschlüsseln lässt, ermittelt werden. Abb. 2 gibt sie in einer Auflistung mit beispielhaften Handlungsfeldern wieder.

Abb. 2. Schulqualität – eine Systematik der Bundesländer

Qualitätsbereiche	Qualitätsmerkmale (Beispiele)
(1) Rahmenbedingungen	Bedingungen; Intentionen
(2) Lehren und Lernen	Unterrichtsgestaltung
(3) Schulkultur	Pädagogische Grundsätze
(4) Schulführung und Management	Schulleitungshandeln
(6) Kooperation u. Außenbeziehungen	Kooperation der Lehrkräfte
(5) Personalentwicklung	Personaleinsatz der Lehrkräfte
(7) Ergebnisse und Erfolge der Schule	Schulabschlüsse
(8) Qualitätsmanagement	Evaluation des Unterrichts

Abb. 3 verbindet nun die Schul- mit der Gesundheitsqualität von Schulen. Sie gibt sieben Qualitätsbereiche wieder (die durch Schule kaum beeinflussbaren Rahmenbedingungen sind hier weggelassen worden) und ordnet ihnen beispielhaft Gesundheitsinterventionen zu. So steuern z.B. „Gesundheitsangemessenes Lehren und Lernen“ oder „Gesundheitsangemessenes Führen und Managen“, einen Beitrag zum Bildungs- und Erziehungserfolg der Schule bei.

Diese und weitere Gesundheitsinterventionen sind eingebettet in den Gesamtprozess der Schulentwicklung, in dem Schule gute Bildungs- und Erziehungserfolge anstrebt.

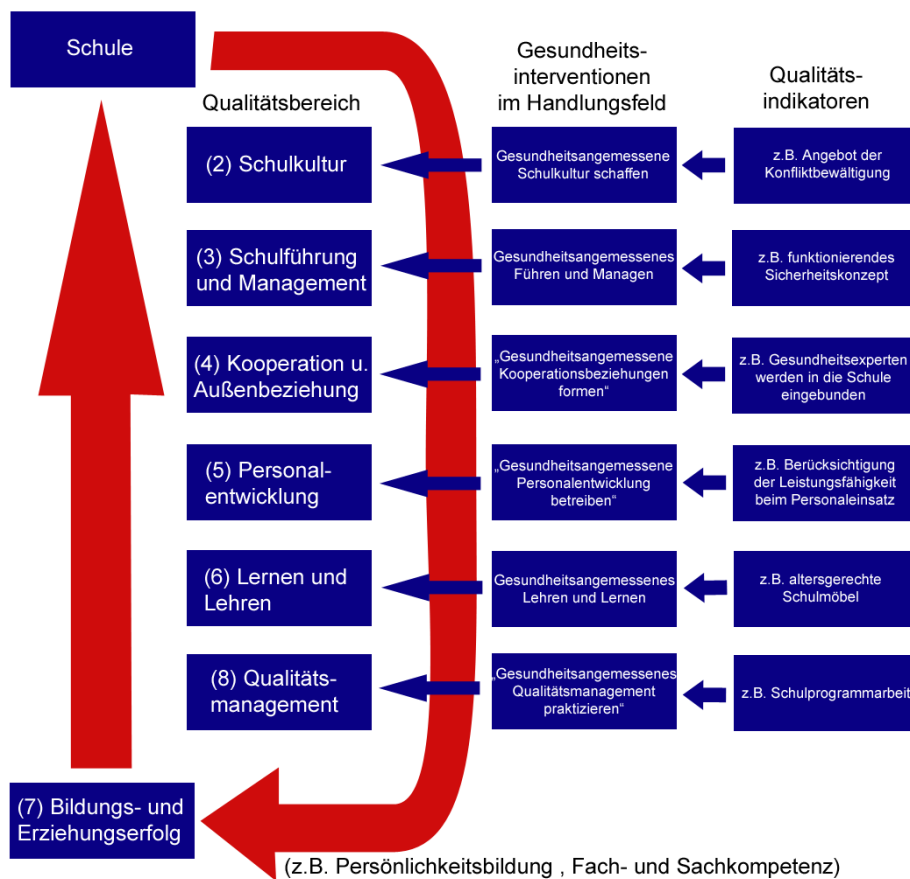
Über die gesundheitsbezogenen Qualitätsindikatoren kann geprüft werden, ob die Schule Gesundheitsinterventionen in der Prozessgestaltung

von Schulentwicklung mit berücksichtigt hat. Wenn sie dies tut, dann wirkt das verbesserte Ergebnis in die Schule zurück, stärkt sie und kann als Ausgangspunkt der weiteren Schulentwicklung genutzt werden. Die Gesamtheit der möglichen Gesundheitsinterventionen in den Qualitätsbereichen stellt die Gesundheitsqualität einer Schule dar. Sie kennzeichnet das Ausmaß, in dem wissenschaftlich fundierte gesundheitsbezogene Interventionen für Schülerinnen und Schüler, Lehrkräfte und für das nicht-unterrichtende Personal die Wahrscheinlichkeit erhöhen, definierte Gesundheits- und/oder Gesundheitsbildungsziele bzw. Bildungsziele zu erreichen.

Von der Gesundheitsfördernde Schule zur guten gesunden Schule

Das hier vorgestellte Konzept wendet sich ab von dem in den 1990er Jahren entwickelten Ansatz der „Gesundheitsfördernden Schule“. Kennzeichen des herkömmlichen Ansatzes war und ist es, dass Schule in den Dienst der Gesundheit gestellt wird und das Erreichen von Gesundheits- und Gesundheitsbildungszielen vorrangiges Ziel ist („Qualifizierung von Gesundheit(sbildung) durch Bildung“). Die dazu bisher vorliegenden nationalen und internationalen Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit schulischer Gesundheitsförderung zeigen, dass dieser Settingansatz für Schulen als aussichtsreicher Weg der Gesundheitsförderung gelten kann (International Union of Health Education and Promotion, 2008, 2009; Tang et al., 2008; St Leger, 2010).

Abb. 3. Schule – Gesundheit – Bildung: Gesundheitsangemessene Gestaltung der Schule als „added value“



Dieser Ansatz erbringt aber keineswegs immer gute Gesundheits(bildungs)wirkungen, wie Kliche et al. (2010) feststellen. Sie hängen vielmehr von komplex interagierenden Umsetzungsbedingungen in den Schulen und von der Qualität der Maßnahmen selbst ab. In einem logischen Modell bzw. einer Programmtheorie zeigen Kliche et al. (2010) das Gefüge der Wirkungsebenen, der erwarteten Effekte und wichtiger Drittvariablen auf, das bei der Einschätzung der Qualität und der

Qualitätsansprüche an die schulische Gesundheitsförderung im Blick auf die Gesundheitsqualität zu berücksichtigen ist. Die Variablen, die zu beachten sind, betreffen (1) den Organisationsstatus der Schule, (2) die Projektgestaltung in der Schule, (3) die Organisationsentwicklung der Schule und (4) die schulischen Gesundheitswirkungen.

Am schnellsten lassen sich nach Kliche et al. (2010) Veränderungen auf struktureller und organisationskultureller Ebene erzielen (z.B. Aufnahme von Gesundheitszielen im Schulprogramm, Gestaltung von Schulkonferenzen, Gestaltung von Arbeits- und Ruhephasen). Individuelle Veränderungen für die Zielgruppen der Lehrkräfte, der Schülerinnen und Schüler etc. folgen diesen später nach. Auch diese werden nacheinander erreicht – als erstes die Lehrkräfte, dann die Schüler und schließlich auch, wenngleich seltener angezielt, das familiäre Umfeld. Auf dieser individuellen Ebene erfolgt die Wirkung wiederum in einer bestimmten Reihenfolge. Als erstes wird eine Akzeptanz der Maßnahmen erreicht, dann folgen Wissenszuwächse, dann Einstellungsänderungen, dann eine Änderung des Gesundheitsverhaltens und dann auch eine Veränderung des Gesundheitsstatus, der schließlich zu einer Veränderung hin zu einer gesundheitsgerechten Lebensweise als Teil der Lebensführungskompetenz führt.

Auch wenn die Wirksamkeit dieses Settingansatzes in Pilotprojekten immer wieder bestätigt wird, wird aus diesen „Modellen guter Praxis“ dennoch kaum eine „Praxis der guten Modelle“. Ebenso, wie die vielen Einzelprogramme schulischer Gesundheitsförderung, die die Förderung in den Bereichen gesundheitsbezogener Lebenskompetenzen oder Ernährungs- und Bewegungsverhalten zum Ziel haben, ist seine

Breitenwirksamkeit noch weitgehend ungesichert (Kliche et al., 2010). Paulus und Witteriede (2008) konnten zeigen, dass nur ca. 14 Prozent der ca. 48.000 Schulen in Deutschland programmatisch auf der Ebene der Schulleitbilder und -programme den Setting-Ansatz in der schulischen Gesundheitsförderung vertreten. Durchgeführte Stichproben lassen aber vor dem Hintergrund der eben angeführten Erkenntnisse vermuten, dass auf der Ebene der Umsetzung im schulischen Alltag sehr viel weniger verwirklicht wird. Dies bedeutet, dass es trotz der fast 20-jährigen Bemühungen nicht gelungen ist, den Settingansatz schulischer Gesundheitsförderung in Schulen umfassend und wirksam zu verankern und zu integrieren. Um es anders zu formulieren: der Evidenz basierten Praxis fehlt noch weitgehend die Praxis basierte Evidenz (Paulus, 2003).

Schulgesundheitsmanagement als Strategie der guten gesunden Schule

Schulisches Gesundheitsmanagement ist eine wichtige Strategie der Umsetzung des Konzepts der „guten gesunden Schule“, wenn sie sich anders versteht als nur Konzepte des betrieblichen Gesundheitsmanagements auf die Schule zu übertragen oder aber das schulische Gesundheitsmanagement als eine weitere zusätzliche Aufgabe des schulischen Qualitätsmanagements zu begreifen (Dadaczynski/Paulus 2011). Schulisches Gesundheitsmanagement, so wie es im Rahmen der guten gesunden Schule verstanden wird, ist eine Querschnittsaufgabe der Schulleitung, die sich aus dem Bildungsauftrag der Schule ergibt, der mit seinen organisationalen Voraussetzungen in den Qualitätskonzepten guter Schulen z.B. von den Kultusministerien und den obersten Senatsbehörden der Länder vorgegeben ist. „Schulführung und Management“ ist in allen

Schulqualitätskonzepten der Länder ein wichtiger Qualitätsbereich (Paulus/Michaelsen-Gärtner, 2008).

Hier wäre das schulische Gesundheitsmanagement anzusiedeln. Es wirkt in andere Prozessbereiche der Schule und des Unterrichts mit hinein und bezieht sich dann auch auf Führungsstile, Schulkultur und -klima, Arbeitsverhalten, Arbeitszufriedenheit, organisationales Lernen und die Organisation der Lehr-Lernprozesse auf unterrichtlichen Ebene. Mit solchen Managementsystemen, in denen „Gesundheits-Zirkel“, „Gesundheitsteams“ etc., unter aktiver Beteiligung der Schulleitung eine wichtige Rolle spielen, wird in das Management des „Betriebs Schule“ eine Gesundheitsperspektive integriert. Aus der betrieblichen Gesundheitsförderung ist ja hinlänglich bekannt, dass die Leistungsbereitschaft, Flexibilität und Innovationskraft eines Menschen maßgeblich von seiner körperlichen Gesundheit und seinem seelischen Wohlbefinden abhängig ist (Badura, 2000, S. 22).

Schulisches Gesundheitsmanagement in der guten gesunden Schule ist dann die systematische, wissenschaftlich fundierte und zielgerichtete Steuerung und Integration aller schulischen Prozesse unter explizitem Einbezug gesundheitswissenschaftlicher Erkenntnisse mit dem Ziel, Schulen bei der Erfüllung ihres Bildungs- und Erziehungsauftrags nachhaltig wirksam zu unterstützen, damit sie ihren Auftrag, „gute Schule“ zu „entwickeln“, effizienter sichern und fortentwickeln kann. Der Erhalt und die Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Mitglieder der Schule in enger Verknüpfung mit den Erfordernissen der Schule als Bildungsinstitution spielen dabei eine zentrale Rolle. Schulisches Gesundheitsmanagement bedeutet, die Gesundheit auf normativer Ebene in

das Leitbild und in die Kultur („Schule als Lebens- und Erfahrungsraum“), auf strategischer Ebene („Schlüsselkonzept“; „Motor“; „Ressource“) in die Strukturen und Prozesse der Schule („Arbeitsplatz der Lehrkräfte“; „Lernplätze der Schüler“) einzubinden. Auf operativer Ebene sind die mit diesen Entscheidungen verbundenen Maßnahmen einzuleiten. Der Schulleitung kommt in diesem Gesamtprozess eine entscheidende Bedeutung zu: Gesundheitsmanagement ist eine Führungsaufgabe der Schulleitung.

Gesundheitsqualität der Schule – Beitrag zur Schulentwicklung

Für die identifizierten Qualitätsbereiche sind in den Qualitätsrahmen der Bundesländer allgemeine Standards festgelegt worden, die als Orientierungshilfen für die Schulen in ihrem Schulentwicklungsprozess dienen sollen. Aus der Perspektive der Gesundheitswissenschaften bzw. der schulischen Gesundheitsförderung können für diese Bereiche nun Standards der Gesundheitsqualität der Schule entwickelt werden, die dann einen Beitrag zu einer umfassenden qualitätsorientierten Schulentwicklung leisten können (Dür, 2008a). Ein solcher Rahmen mit den entsprechenden Indikatoren ist von Paulus/Michaelsen-Gärtner (2008) in dem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekt „Qualität schulischer Gesundheitsförderung. Dimensionen, Kriterien und Indikatoren. Entwicklung eines Analyserasters mit Toolbox“ erstellt worden

(<http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&snr=7179>).

Er kann im Rahmen des selbst durchgeführten Qualitätsmanagements von den Schulen genutzt werden. Er integriert das

Gesundheitsmanagement in das umfassende Qualitätsmanagement und stellt ein Beispiel dar, das zur Sicherung, aber auch zur Entwicklung der Qualität schulischer Gesundheitsförderung im Schnittfeld Bildung – Gesundheit geeignet ist. Die Kriterien sind abgeleitet aus den Handlungsfeldern und Qualitätsbereichen, sie geben die Qualitätsziele vor, die im Qualitätsmanagement-Kreislauf nun auch durch gesundheitsbezogene Maßnahmen im Abgleich von Ist- und Soll-Werten bearbeitet werden. Über gesundheitsbezogene Indikatoren und ihnen zugeordnete Messinstrumente findet jeweils eine empirische Prüfung statt. Die damit angeregte gemeinsame und systematische Beschäftigung der Schulen und ihrer Partner mit gesundheitsbezogenen Qualitätsfragen hat auf diesem Weg die realistische Chance, Bestandteil der Schulkultur zu werden.

Es wird zukünftig vermehrt darum gehen, nicht nur zielgemäß die Bildungsqualität durch Interventionen aus Gesundheitsförderung und Prävention zu fördern und die Bildungsentwicklung anzuregen, sondern auch darum, Qualitätsanforderungen an die Projekte und Projektpartner zu stellen und einzulösen. Von eminenter Bedeutung für die Weiterentwicklung der schulischen Gesundheitsförderung mit der Perspektive der Bildungsförderung wird es sein, Qualitätsentwicklungs- und Qualitätssicherungsverfahren bereit zu stellen, die es erlauben, die Qualität der in Schulen eingesetzten Maßnahmen, z.B. Programmen zu bestimmen. Ein Beispiel, ist das Fragebogen gestützte Verfahren QSGB (Dadaczynski/Witteriede 2011). Es ermöglicht die systematische Bewertung schulbezogener Programme und erleichtert damit die Auswahl aus der Vielzahl der sich zurzeit am Markt befindenden Programme. Ein

weiteres Beispiel zur Qualitätsentwicklung und -sicherung ist „die initiative \rightarrow Gesundheit \rightarrow Bildung \rightarrow Entwicklung in Niedersachsen“. Sie führt selbst keine Projekte durch, sondern fungiert im Sinne einer Qualitätsagentur für die schulische Gesundheitsförderung. Sie nutzt zentral das eben vorgestellte Verfahren QSGB.

Ausblick – gute gesunde Schule und darüber hinaus

Die schulische Gesundheitsförderung steht vor einem weiteren Entwicklungsschritt. Für ein gelingendes Aufwachsen und eine gute Entwicklung der Kinder und Jugendliche kann die gute gesunde Schule einen Beitrag leisten. Um den Kindern und Jugendlichen aber Möglichkeiten einer positiven Entwicklung bieten zu können, durch die sie individuell gefördert werden, ihnen Möglichkeiten für ein gutes Aufwachsen geboten werden und sie ihre Potenziale entfalten können, ist mehr nötig. Wichtig werden die politischen Strukturen und die Einsicht, dass es eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, Kindern und Jugendlichen ein gelingendes Aufwachsen zu ermöglichen. Nur durch gemeinsame und aufeinander abgestimmte Anstrengungen der Sozial-, Familien-, Jugend-, Bildungs-, Arbeitsmarkt-, Umwelt- und Gesundheitspolitik (s. z.B. Paulus 2010) und unter Einbeziehung der auf den verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen relevanten Akteure (z.B. Krankenkassen, Unfallversicherungsträger, Stiftungen) einschließlich der Kinder und Jugendlichen selbst, kann der Weg zu einem gerechteren Ausgleich der gesellschaftlich ungleich determinierten gesundheits- und bildungsbezogenen Chancen von Kindern und Jugendlichen beschritten werden. Schule allein wird es nicht richten können.

Literatur

- Altgeld, T. (2010): Nur ein Randthema im Bildungsbereich? Schulische Gesundheitsförderung im Kontext der Bildungs- Jugend- und Gesundheitspolitik. In: Paulus, P. (Hrsg.). *Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule* (S. 347-360). Weinheim.
- Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesjugendbehörden (AGOLJB) (2005): Kinder und Gesundheit – Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. In: *Jugendministerkonferenz* (2005): TOP 7. Kinder und Gesundheit. Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe – Mitverantwortung der Kinder- und Jugendhilfe. München.
- Badura, B. (2000): Einleitung. Bertelsmann-Stiftung; Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.). *Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement* (S. 21-36). Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung
- Bengel, J.; Strittmatter, R.; Willmann, H. (2002): *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert* (2. erw. Aufl.). Köln.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2005): *Zwölfter Kinder- und Jugendbericht. Bildung, Betreuung und Erziehung vor und neben der Schule*. http://www.bmfsfj.de/doku/kjb/data/download/kjb_060228_ak3.pdf
- Center for Disease Control and Prevention (2010): *The association between school based physical activity, including physical education, and academic performance*. U.S. Department of Health and Human Services. Atlanta.

- Dadaczynski, K. und Paulus, P. (2011): Psychische Gesundheit aus Sicht von Schulleitungen. Erste Ergebnisse einer internationalen Onlinestudie für Deutschland, *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 58, 306-318.
- Dadaczynski, K. und Paulus, P. (2011): Gesundheitsmanagement in der guten gesunden Schule: Handlungsfelder, Prinzipien und Rolle der Schulleitung. In Dür, W.; Felder-Puig, R. (Hrsg.): *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung* (S. 164-178). Bern.
- Dadaczynski, K. und Witteriede, H. (2011): Q^{SGB} - Ein Verfahren zur Qualitätssicherung schulbezogener Programme in Gesundheit - Bildung (hrsg. von »die initiative« in der Schriftenreihe ZAG Forschungs- und Arbeitsberichte, Band 29, in Kooperation mit »kogeb«). Lüneburg.
- Dür, W. (2008a): Was kann Gesunde Schule und Gesundheitsförderung in der Schule bewirken? In: Hörhan, C.; Rohrauer, G. (Hrsg.) (2008a): *Was kann Gesundheitsförderung, Evidenz in Theorie und Praxis, Tagungsband*, 19-23. Wien
- Dür, W. (2008b): *Gesundheitsförderung in der Schule, Empowerment als systemtheoretisches Konzept und seine empirische Umsetzung*, Bern.
- Fend, H. (2006): *Neue Theorie der Schule. Das Bildungswesen als institutioneller Akteur der Menschenbildung*. Wiesbaden.
- Franzkowiak, P., Homfeldt, H.G. und Mühlum, A. (2011): *Lehrbuch Gesundheit*. Weinheim: Juventa.

- Hascher, T. (2004, Hrsg.): *Schule positiv erleben, Ergebnisse und Erkenntnisse zum Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern*, Bern.
- International Union for Health Promotion and Education (2008): *Achieving Health Promoting Schools: Guidelines for Promoting Health in Schools*. Geneva.
http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/HPS_GuidelinesII_2009_English.pdf
- International Union for Health Promotion and Education (2009): *Promoting Health in Schools: From Evidence to Action*. Geneva.
http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Scientific_Affairs/CDC/PHiS-E&A_3Mar2010_WEB.pdf
- Klusmann, U.; Kunter, M.; Trautwein, U. und Baumert, J. (2006): Lehrerbelastung und Unterrichtsqualität aus der Perspektive von Lehrenden und Lernenden. In: *Zeitschrift für pädagogische Psychologie*, 20 (3), 161-173.
- Kliche, T., Hart, D., Kiehl, U., Wehmhöner, M., Koch, U. (2010): (Wie) wirkt gesundheitsfördernde Schule? Effekte des Kooperationsprojekts „gesund leben lernen“. In: *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5, 377–388.
- Michelsen, G.; Paulus, P.; Stoltenberg, U. (2002): Nachhaltige Entwicklung und Gesundheit – ein gemeinsamer Diskussions- und Praxiszusammenhang. In: Paulus, P.; Stoltenberg, U. (Hrsg.): *Agenda 21 und Universität – auch eine Frage der Gesundheit?* Frankfurt.

- Murray, B.; Low, B.; Hollis, C.; Cross, A.; Davis, S. (2007): Coordinated school health programs and academic achievement: A systematic review of the literature. In: *Journal of School Health*, 77, 589-600
- Nieskens, B., Paulus, P. (2012): Lust auf Schule – Typische Schulsituationen als Impulse für Gesundheit, Schul- und Unterrichtsqualität. In: Kliebisch, U. ; Balliet, M. (Hrsg.): *LehrerHandeln. Kompetent, effizient, kongruent. Hohengehren* (im Druck)
- Paulus, P. (2003): Schulische Gesundheitsförderung – vom Kopf auf die Füße gestellt. Von der Gesundheitsfördernden Schule zur „guten gesunden Schule“. In: Aregger, K.; Lattmann, U. (Hrsg.): *Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie? Konzepte, Praxisbeispiele, Perspektiven* (S. 93-114). Luzern
- Paulus, P. (2009): *Anschub.de – ein Programm zur Förderung der guten gesunden Schule*. Münster: Waxmann.
- Paulus, P. (Hrsg.) (2010a): *Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule*. Weinheim.
- Paulus, P. (2010b): Förderung der psychischen Gesundheit von Schülerinnen und Schülern in Schulen. Nationale und internationale Entwicklungen, In: Paulus, P. (Hrsg.): *Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule* (S. 275-290). Weinheim.
- Paulus, P. (2011): Qualität schulischer Gesundheitsförderung: Erkennen, entwickeln, sichern. In: Bundeszentrale für gesundheitliche

- Aufklärung (Hrsg.). *Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier. Dokumentation*. Köln (im Druck).
- Paulus, P.; Gediga, G. (2010): Anshub.de. Bericht über erste Ergebnisse der Evaluation eines Programms zur Förderung der guten gesunden Schule, In: Paulus P (Hg.): *Bildungsförderung durch Gesundheit, Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule* (S. 311-328). Weinheim
- Paulus, P.; Michaelsen-Gärtner, B. (2008): *Referenzrahmen schulischer Gesundheitsförderung. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Ordnung*. <http://www.bzga.de/themenschwerpunkte/gesundheitundschule/gesundeguteschule/>
- Paulus, P.; Witteriede, H. (2008): *Bilanzierung der Aktivitäten zur Gesundheitsförderung im ganzheitlichen Konzept einer gesunden Schule*. Dortmund
- Ravens-Sieberer, U.; Ellert, U.; Erhart, M. (2007): Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50, 810–818
- Robert Koch-Institut (2008): *Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)*. Berlin
- St. Leger, L.; Young, I.; Blanchard, C.; Perry M, (2010): *Promoting Health in Schools. From Evidence to Action, 2010*, http://www.iuhpe.org/?page=516&lang=en#sh_adveid

- Stiller, E. (2008): Unterrichtsentwicklung neu denken! – Überlegungen aus salutogenetischer Perspektive. In: Brägger, G.; Badura, B.: *Bildung und Gesundheit: Argumente für eine gute und gesunde Schule* (S. 205-232). Bern
- Suhrcke, M.; de Paz Nieves, C. (2011): *The impact of health and health behaviors on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence*. Copenhagen
- Tang, K.; Nutbeam, D.; Aldinger, C. et al. (2008): Schools for health, education and development: a call for action. In: *Health Promotion International*, 24, 68-77
- World Health Organization (2008): *Inequalities in Young People's Health. Health Behavior in School Aged Children*. International Report from the 2005/2006 Survey. Copenhagen

Abb. 1

Lust auf Schule – ein Person-in-Situationen-Ansatz (PiSA) für Förderung der Gesundheit der Lehrkräfte

„Im Rahmen des Konzepts der guten gesunden Schule sind unter Berücksichtigung der empirischen Kenntnisse zur Lehrergesundheit in dem Pilotprogramm „Anschub.de“ mit der Modulentwicklung „Lehrkräftegesundheit“ erste Schritte unternommen worden, auf neuartige Weise konkret alltagsnah und alltagstauglich Materialien bereit zu stellen, die Lehrkräfte jeden Alters, jeder beruflichen Entwicklungsstufe und jeder Schulform dabei unterstützen sollen, ihre Arbeitsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern und die Arbeitsbedingungen mit ihren An- und Herausforderungen zu optimieren. Damit soll der Gefahr psychomentaler Fehlbelastungen, psychischer Störungen und damit dem Risiko der Langzeiterkrankungen im Lehrberuf wirksam begegnet werden. Das Modul „Lust auf Schule“, das hier ansetzt, geht von dem innovativen theoretischen „Personen in Situationen-Ansatz (PiSA)“ aus. Diese Ansatz trägt der Erkenntnis Rechnung, dass Belastungen und Beanspruchungen von Lehrkräften nicht durch eine isolierte Betrachtung von entweder einzelnen situativen Aspekten oder aber personalen Dispositionen erklärt werden können, sondern als Resultat des Erlebens und Verhaltens von Personen in komplexen beruflichen Situationen verstanden müssen. Lehrkräfte müssen uneindeutige, vielschichtige, oft konfliktäre und dynamische Anforderungssituationen mit ihren Kompetenzen, Fähigkeiten und Eigenschaften bewältigen und hierbei die verschiedenartigen

situativen Rahmenbedingungen und Setzungen berücksichtigen. Solche für den Lehrerberuf typischen Situationen können mit Bezug auf die Qualitätsdimensionen guter Schulen (z.B. nach dem vorgestellten SEIS-Konzept) systematisiert und verdichtet werden. Diese herausgearbeiteten „Person-in-Situation“-Vignetten heißen „prototypische Situationen des Lehrerberufs“. Zusammen genommen ergeben sie eine „Topographie des Lehrerberufs“. Sie ist allerdings je nach Ausbildungsstand der Lehrkräfte, ihrem Dienstalter und der Schulform unterschiedlich. Bislang sind erst wenige prototypische Situationen für die einzelnen Merkmale der Qualitätsdimensionen entwickelt worden.

Solche „Personen-in-Situationen“-Prototypen stellen eine Weiterentwicklung gängiger Ansätze dar, die entweder die personalen oder situativen Belastungs- bzw. Beanspruchungsmerkmale oder -muster identifizieren, auflisten und zum Ausgangspunkt von Veränderungsstrategien machen. Könnte man weglassen, da jetzt redundant. Der PiSA bezieht beide Aspekte, Person und Situation, systematisch aufeinander und nimmt sie gemeinsam zum Ausgangspunkt von Analyse, Planung und Veränderung. Die Analyse der empirisch zu ermittelnden prototypischen Situationen geschieht auf mehreren Ebenen. Den Einstieg bilden alltags- bzw. naiv-psychologische Analysen der Prototypen. Sie werden angereichert und überformt durch schulbedeutsame psychologische Perspektiven, wie persönlichkeits-, sozial-, entwicklungs- und pädagogisch-psychologische sowie medizinische Analyseraster. Dies ist die zweite Ebene. Eine weitere Ebene bildet die arbeits-, betriebs- und organisationswissenschaftliche einschließlich der arbeitsmedizinischen

Analyse der prototypischen Situationen. Die politische, insbesondere die bildungspolitische Ebene bildet den Abschluss der Analysesystematik.

Für jede diese Ebenen werden für die jeweiligen prototypischen Situationen generisch Planungs- und Handlungsstrategien vorgestellt, die auf die jeweils individuellen Situationen der Lehrkräfte und Schulen mit Unterstützung von Prozessmoderatoren gemeinsam mit den Betroffenen zugeschnitten werden müssen (z.B. die wechselnde Bedeutung von sozialen Stützsystemen). Den Kontext für die Entwicklung von Handlungsstrategien bilden gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse zur Bedeutung der salutogenetischen Perspektive sensu Antonovsky u.a., die von einem Ressourcenmodell menschlicher Entwicklung (Kohärenzsinn, Resilienz) ausgehen (Antonovsky 1997; Bengel, Strittmatter & Willmann, 2002).

Indem PiSA sowohl eine Ist-Analyse als auch die Planung möglicher Veränderung beinhaltet, ist es ein Instrument, das sowohl zur Diagnostik als auch zum Training, zur Aus- Fort- und Weiterbildung sowie zur Schulentwicklung genutzt werden kann. Lehrkräfte können sich mit den vorgebenen Situationen als einer realistischen Widerspiegelung ihrer beruflichen Praxis identifizieren, den Studierenden des Lehramts dienen sie als realistische Abbilder beruflicher Wirklichkeit, mit denen sie sich unter wechselnden Perspektiven bzw. multiperspektivisch auseinandersetzen können“ (Nieskens / Paulus, 2011).

6-10 éves roma és hasonló társadalmi helyzetű nem roma gyermekek egészségi állapota

Mátó Veronika

Bevezetés

A leggyakrabban előforduló krónikus betegségek összefüggésben vannak az egyének életmódjával, táplálkozási szokásaikkal, mozgáskultúrájukkal, illetve az egészségkárosító magatartásformáikkal. A szív- és érrendszeri megbetegedések, a daganatos betegségek nagy számban fordulnak elő hazánkban. E betegségek kialakulásában jelentős szerepet játszik például a dohányzás, vagy a mozgásszegény életmód.

Külön érdemes hangsúlyozni a roma lakosság (Lippai, Benkő és Tarkó, 2006) egészségi állapotának sajátosságait. Életkilátásaik kedvezőtlenebbül alakulnak a nem roma lakosságéhoz képest, hiszen legalább tíz évvel rövidebb ideig élnek. Bizonyos krónikus megbetegedések, mint például a légúti- vagy a gyomor- és béltraktust érintő megbetegedések, előfordulása gyakoribb körükben.

A fiatalkori életmód sajátosságai, meghatározzák a felnőttkori egészségi állapotot. Azok, akik már fiatalon káros szenvedélyekkel élnek, nagy valószínűséggel a későbbiekben is megtartják ezen szokásaikat. Ha már fiatal korban tapasztalható túlsúly, elhízás, nagyobb valószínűséggel következik be felnőttkorban megbetegedés, panasz. Lényegében a fiatalkori egészségtelen életmód esetleg súlyos, végletes következményekkel járhat.

Hazánkban már óvodáskorban megfigyelhető a gyermekek körében előforduló testtartásproblémák, a túlsúly, az elhízás, sőt egyre nagyobb számban a cukorbetegség is. Serdülőkorú gyermekekre jellemző a mozgásszegény életmód, a rendszertelen táplálkozás, a túl sok szénhidrát tartalmú üdítők fogyasztása, a kontrolálatlan fogyókúrák kipróbálása. A káros szenvedélyek közül a dohányzás és az alkohol fogyasztás van jelen a serdülőkorúak körében (Aszmann, 2006).

A magyar lakosság egészségi állapotának folyamatos monitorozásáról lehet beszélni hazánkban. A roma lakosok körében is igen gyakoriak az ezirányú vizsgálatok. Különböző életkorcsoportokat céloznak meg a vizsgálatok alkalmával, és legtöbbször az egészségi állapot meghatározóinak néhány elemét mutatják be. A romák egészségi állapotát több kutató is vizsgálta. Puporka Lajos és Zádori Zsolt 1999-es tanulmányukban külön hangsúlyozzák, hogy a romák egészségi állapota nem elsősorban kulturális, hanem szociális meghatározottságú (Puporka és Zádori, 1999). Ugyanezt tapasztalták vizsgálatukban Neményi Mária és munkatársai 1999-ben, miszerint a gyermekek egészségi állapotára, az egészséges felnövekedés esélyeire a szociális jellemzőknek nagyon fontos hatása van, az egészségügyi jellemzőkön, és a sajátos kultúráikon túl (Neményi, 2005). Gyukits György az etnikai megkülönböztetést is az egészségi állapot meghatározó tényezőjévé teszi (Gyukits és Ürmös, 1999). Liskó Ilona hasonlóképpen kiemeli az etnikai szegregációt, de emellett a társadalmi szegregáció jelentőségét is leírja. Hiszen a roma gyerekek főként olyan általános iskolákban folytatják tanulmányaikat, ahová a környéken élő legszegényebb családok gyermekei járnak. Ezek az iskolai épületek általában rosszabb feltételek között működnek, ezek a

kedvezőtlen feltételek ily módon kiegészítik a családból hozott hátrányt. Tudjuk azt, hogy a jó közérzet is befolyásolja az egészségi állapotot (Liskó, 2002). Hiszen a környezeti adottságok, feltételek is befolyásolják a jó közérzet kialakulását, ami pedig meghatározó a mentális egészség meglétének szempontjából.

Szirtesi Zoltán roma származású körzeti orvosként 1997-ben Szeged-Kiskundorozsma városrészének cigány telepén végzett vizsgálatot. Vizsgálatának eredményei szerint az elhalálozások 30-50 év körül következtek be, és a legtöbben szívinfarktusból haltak meg. Nemenként is jelentős eltéréseket tapasztalt, a nők körében gyakrabban fordultak elő betegségek. A korai halandóság hátterében szív- és érrendszeri betegségek álltak, melynek okaként nem csak örökletes tényezők, hanem a nem megfelelő, korszerűtlen táplálkozás állt (Szirtesi, 1998). Ezek az eredmények is a téma jelentőségét hangsúlyozzák, miszerint fontos a roma fiatalok esetében is egészségfejlesztésről, egészséges életmódra nevelésről beszélni.

A SOTE Magatartástudományi Intézete 1998-ban végzett országos reprezentatív vizsgálatot a 15-24 éves kor közötti roma nők körében egészségi állapotukról, egészségügyi ellátásukkal kapcsolatos véleményükről. Az egészségi állapot szubjektív megítélése kapcsán az eredmények azt mutatják, hogy a roma és a nem roma nők hasonlóan ítélik meg egészségi állapotukat, illetve a fiatal roma nők esetében ritkábban fordulnak elő hosszabb időn keresztül tartó betegségek, bár a szerzők feltételezik, hogy egyszerűen csak arról van szó, hogy a roma fiatalok nem veszik figyelembe azokat a tüneteket, amelyekkel egyébként orvoshoz kellene fordulniuk. Különböző betegségek említettségében szintén nincsen

jelentős különbség roma és nem roma nők esetében. Mivel a vizsgálat eredményei szerint a roma nők körében a rosszabb szociális helyzet ellenére sincsen eltérés a betegségek gyakoriságát illetően a nem roma nőkhöz képest, így arra következtettek, hogy körükben létezik valamiféle jelentős tartalék, ami lehetőséget kínálhat a számukra kedvezőtlen szociális helyzetük ellensúlyozására. Különbség tapasztalható azonban az alacsony iskolai végzettségű roma és nem roma nők körében a szűrővizsgálatok igénybevételét illetően, a roma nők hátrányára. Ezek az eredmények azt támasztják alá, hogy szükségük van a prevenciós ismeretek elsajátítására, illetve egészségfejlesztési programokra (Gyukits, Ürmös, Csoboth és Purebl, 2002).

Az egészséges lét megőrzéséhez, fenntartásához mindenkinek joga van, ez nem függhetne sem etnikai hovatartozástól, sem anyagi, sem társadalmi helyzettől.

A 6-10 évesek körében azonban nem jellemzőek az ezirányú vizsgálatok, pedig ebben az életkorban is lényeges már a megelőzésről beszélni. Egy olyan életkori szakaszban vannak a gyermekek, amikor még különösen fogékonyak az új információkra, tevékenységekre, lehetőség van nagyobb hatékonysággal egészségtudatosabb életmód kialakítására. A jelen tanulmányban ismertetett kutatás tehát hiánypótló jellegű.

Kutatás

A 6-10 éves gyermekek egészségi állapotának alább ismertetett objektív mérése egyértelmű adatok (testtömeg, testmagasság) elemzésére, az egészséges életmód (egészséges táplálkozás, mozgás jelenléte, az orvoshoz fordulási szokás, káros szenvedélyek mellőzése) gyakorlásának leírására,

valamint szubjektív megítélés alapján a szociális kapcsolatrendszer jellemzésére alapoz.

A vizsgálat arra kereste a választ, hogy a roma és a hasonló társadalmi helyzetű nem roma 6-10 éves gyermekek egészségi állapota között van-e lényeges kimutatható különbség.

A vizsgálatban a szegedi Orczy István Általános Iskola, a Dózsa György Általános Iskola, a Makkosházi Általános Iskola és a Rókusvárosi II. számú Általános Iskola 6-10 éves tanulói vettek részt. A mintavételi keretet azok a 2009/2010-es tanévben beiratkozott tanulók képezték, akiket az iskola egészségügyi szolgálat tagjai (iskolavédőnő, iskolaorvos) romának vélelmeztek, valamint a nem roma 6-10 éves gyermekek. A roma gyermekek egészségi állapotának összehasonlítására szolgáló 30 fős nem roma gyermekekből álló minta 148 főből került kiválasztásra oly módon, hogy szocio-demográfiai jellemzőik hasonlítsanak a roma gyermekekéihez. Demográfiai adataik alapján a 30 nem roma gyermek szüleinek iskolai végzettsége nem haladta meg a szakiskolai szintet, illetve az egy háztartáson belüli nettó jövedelem a 150 000 forintot. A vizsgálati minta elemszáma végezetül 61 fő lett: 31 fő roma és 30 fő hasonló társadalmi helyzetű nem roma gyermek. Az adatgyűjtés kérdőíves módszerrel történt a gyermekek szüleinek lekérdezésével (1. táblázat). Jelen tanulmányban a fennmaradó 118 fő nem roma 6-10 éves gyermek egészségi állapotának bemutatására nem kerül sor.

1. táblázat. A minta intézményenkénti megoszlása

	Szeged- Kiskundorozsma Orczy István Általános Iskola	Dózsa György Általános Iskola	Makkosházi Általános Iskola	Rókusvárosi II. számú Általános Iskola	Összesen
Roma fő (%)	18 (10,06)	6 (3,35)	0 (0,00)	7 (3,91)	31 (17,32)
Nem roma fő (%)	120 (67,04)	12 (6,70)	2 (1,12)	14 (7,82)	148 (82,68)
Összesen fő (%)	138 (77,10)	18 (10,06)	2 (1,12)	21 (11,73)	179 (100,00)

A 6-10 éves roma és hasonló társadalmi helyzetű nem roma gyermekek szocio-demográfiai jellemzői az alábbiakban foglalhatók össze. A gyermekek többsége teljes családban élt. A roma családok körében az öt vagy annál több fős, míg a nem roma családok esetében a három, négyfős családok voltak jellemzőek. A roma gyermekek körében kis számban fordult elő, hogy nem volt legalább egy testvérük, a nem roma gyermekek esetében ez gyakoribb volt. A szülők iskolai végzettsége általában 8 általános iskolai vagy szakiskolai szintű. Megjegyzést érdemel, hogy egy roma édesanya és egy roma édesapa esetében a főiskolai végzettség megjelent. Azon szülőknek a száma, akik nem fejezték be általános iskolai tanulmányukat kevés volt a mintában. A roma szülőknél kevés esetben, a nem roma gyermekek szülei esetében a minta több mint háromnegyedénél beszélhetünk az édesapa és az édesanya iskolai végzettségének

azonosságáról. A roma édesapák több mint a fele aktív kereső tevékenységet végzett, a nem roma édesapák körében ez nem érte el az ötven százalékot, körükben jelentős számban volt megfigyelhető a munkanélküliség. Az édesanyák körében az egyéb munkanélküliség kategória fordul elő nagyobb számban, illetve jelentős volt az aktív kereső tevékenységet végzők száma is. A roma családok közel háromnegyedében a nettó összjövedelem nem haladta meg a 150 000 forintot, a nem roma családok esetében ez a teljes részmintára igaz. A vizsgálati mintában a romák többsége városi területen élt, zömében családi házban, és a gyerekek több mint a fele saját szobával is rendelkezett.

A vizsgált 6-10 éves roma és velük együtt tanuló hasonló társadalmi helyzetű nem roma gyermekek egészségi állapotát vizsgálva megállapítható, hogy a káros szenvedélyek még nem jellemzőek körükben: a roma gyerekeknél három esetben fordult elő a dohányzás kipróbálása, és az alkohol egy-egy alkalommal való fogyasztása, mely utóbbi tevékenység egy nem roma gyermek esetén is megjelent.

A gyermekek többségénél a táplálkozási szokások megfeleltek az életkori szükségleteknek. Naponta ötször vagy ötnél többször is étkeztek, egy eset kivételével naponta fogyasztottak főtt ételt. Az étkezések számában etnikai hovatartozás szerint nem volt lényeges különbség. A heti két-három alkalommal való zöldségfogyasztás az esetek többségében megjelent, romák és nem roma gyermekek esetében is. A roma gyermekek körében a napi rendszerességű zöldségfogyasztás gyakoribb volt, mint a nem roma gyermekeknél. A gyümölcsfogyasztás is legalább két-három nap jelen volt egy héten (2. táblázat). Adatainkat a továbbiakban főben

kifejezett gyakorisági megoszlás formájában adjuk meg, a minta finomelemzéshez alacsony elemszáma miatt.

2. táblázat. A 6-10 éves roma és nem roma gyermekek zöldség és gyümölcs fogyasztási szokásai (fő)

		Minden nap	4-5 nap	2-3 nap	1 nap	Ritkábban, mint egy hét	Nem fogyasztja	Hiányzó válasz	Összesen
zöldségfogyasztás	roma	13	5	10	0	0	1	2	31
	nem roma	5	9	12	0	2	1	1	30
gyümölcsfogyasztás	roma	14	5	10	0	0	0	2	31
	nem roma	12	4	12	0	0	0	2	30

Főzelékféléket hetente vagy hetente többször is ettek. A roma gyermekek több mint a fele hetente többször fogyasztott főzelékféléket, míg a nem roma gyermekeknél ez nem egészen egyharmadukra volt igaz csak.

Azok, akik zöldséget nem fogyasztottak, legalább ritkán vagy hetente főzeléket ettek. A szárnyas, sertés és halhús fogyasztás a gyermekek többségénél megjelent, a marhahús fogyasztása már a gyermekek kevesebb, mint felét jellemezte. A fogyasztott húsfélékben nem volt etnikai hovatartozás szerint lényeges eltérés. A vadhús fogyasztása kis számban jelent meg és kizárólag a roma gyermekeknél fordult elő. A halat fogyasztó roma gyermekek legalább egyszer egy hónapban ettek halhúst, nem roma gyermekeknél ez a fogyasztók mintegy felére volt jellemző (3. táblázat).

3. táblázat. A mintában fogyasztott húsfélék megoszlása típus szerint (fő)

	szárnyas	sertés	marha	hal	vad	tenger gyümölcse
roma (n=29)	29	26	12	20	3	1
nem roma (n=29)	28	24	12	19	0	1
összesen	57	50	24	39	3	2

Az ebben az életkorban önálló fogásként már fogyasztható tésztaféléket is hetente vagy hetente többször fogyasztották, roma és nem roma gyermekek között nem volt lényeges különbség. Leggyakrabban fehér kenyéret ettek, a roma gyermekek családjában az otthon sült kenyér nem jelent meg (4. táblázat). Kenyérfélék fogyasztásában nem volt különbség etnikai hovatartozás szerint. (Egy személy egyszerre több kenyérfélét is megnevezhetett a válaszadás során.)

4. táblázat. 6-10 éves roma és nem roma gyermekek által fogyasztott kenyérfélék megoszlása (fő)

	Fehér kenyér	Magvas kenyér	Teljes kiőrlésű kenyér	Otthon sült kenyér	Összesen
roma (n=31)	28	1	5	0	34
nem roma (n= 28)	23	1	5	4	33
Összesen	51	2	10	4	67

A teljes rész minta közel 40%-a olajat és zsírt is használt otthon az ételek elkészítéséhez, de igen jelentős volt az önmagában csak olajjal főző háztartások száma is (a roma családok esetében is) (5. táblázat).

5. táblázat. A minta családjaiban az ételek elkészítéséhez felhasznált zsiradékok megoszlása (fő)

	Olaj	Olíva olaj	Zsír	Margarin	Olaj és zsír
roma (n=31)	21	2	7	3	7
nem roma (n=28)	14	2	3	7	12
összesen	35	4	10	10	19

A gyermekek naponta 1-1,5, illetve 1,5-2 liter folyadékot fogyasztottak, fogyasztásuk néhány esetben a napi 2 litert is meghaladta. Ebben az életkorban egy átlagos testsúlyú gyermeknek legalább 1 liter

folyadékot kell naponta innia. Etnikai hovatartozás szerint nem volt tapasztalható eltérés. Szomjoltásra elsősorban csapvizet fogyasztottak, a roma gyermekek körében még gyakori volt az ásványvíz fogyasztása, míg a nem roma gyermekeknél második helyen a tea jelent meg (6. táblázat). A romák körében a tea fogyasztását szomjúság esetén megelőzte a rostos üdítő fogyasztása. A kóla és a tej szomjoltásra történő fogyasztása a nem roma gyermekek körében volt gyakoribb. A válaszadáskor több válaszkategória megjelölésére is volt lehetőség.

6. táblázat. A minta által leggyakrabban fogyasztott folyadékok típus szerinti megoszlása (fő)

	Csapvíz	Ásványvíz	Rostos üdítő	Szénsavas üdítő	Ice tea	Kóla	Tea	Tej	Kakaó vagy tejes kávé
roma (n=31)	18	17	9	8	2	2	8	3	3
nem roma (n=29)	14	10	3	2	3	6	13	6	3
összesen	32	27	12	10	5	8	21	9	6

Ebben az életkorban naponta legalább 10 órát kellene, hogy alvással töltsenek a gyermekek. A vizsgált mintában a gyermekek kicsivel több, mint felénél 10-12 órás alvás volt jellemző.

A gyermekek közel fele hetente öt vagy több nap is mozgott 1-1 órát. A roma és nem roma gyermekek között a mozgási szokásokban nem volt tapasztalható lényeges különbség.

Az iskola által felkínált szabadidős tevékenységeken a roma gyermekek közel háromnegyede, a nem roma gyermekek több mint háromnegyede részt vett, elsősorban a különféle sporttevékenységeken. A szakkörökön való részvétel száma csekély, oda inkább a nem roma gyermekek jártak.

A jelen vizsgálat a túlsúly jelenlétére, illetve az elhízás előfordulására is kiterjedt, közvetett módszerrel, a testtömeg-index (BMI) értéke segítségével. A BMI érték a kilogrammban megadott testtömeg elosztva a méterben kifejezett testmagasság négyzetével (Decsi, 2005). A továbbiakban a kapott BMI értékek elemzésének a túlsúlynak és elhízásnak megfelelő határértékek képezték az alapját (7. táblázat). Általában a BMI értékeket a hasonló korú fiúk és lányok adataival vetik össze, így BMI percentilis (pc) értékhez jutnak a kutatók. Túlsúlyosnak tekinthető a gyermek, ha az életkornak és a nemnek megfelelően a BMI értéke 95 percentil feletti. Az elhízás vizsgálata azért is lényeges, mert már óvodáskorban megfigyelhető, iskoláskorban csak tovább növekszik az előfordulása. Lényeges tehát az egészségi állapot bemutatásánál figyelembe venni, hiszen az elhízásból későbbiekben szív- és érrendszeri problémák, illetve glükóz- és zsíryanycsere megbetegedések következhetnek be (Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium, 2002).

7. táblázat. Gyermekkorban a testtömegindex (BMI) túlsúlynak és elhízásnak megfelelő határértékei (kg/m²)

életkor	Túlsúly		Elhízás	
	Fiú	Lány	Fiú	Lány
6	17,6	17,3	19,8	19,7
7	17,9	17,8	20,6	20,5
8	18,4	18,3	21,6	21,6
9	19,1	19,1	22,8	22,8
10	19,8	19,9	24,0	24,1

(Forrás: Decsi, 2005. 207. o)

A túlsúly és az elhízás a vizsgálati mintában roma és hasonló társadalmi helyzetű nem roma gyermekek esetében is megjelent. Pozitívum, hogy ebben az életkorban sem a roma, sem pedig a nem roma gyermekek körében nem volt jelen egyetlen divatos diéta vagy alternatív táplálkozási mód sem. Fogyókúrázás is csak két esetben fordult már elő.

Az életkorcsoportra jellemző testtartásprobléma azonos számban jelent meg roma és nem roma gyermekek körében.

A két részmintában lévő gyermekek legtöbbször a fejfájás, a hasfájás és a légúti megbetegedés előfordulását említették (8. táblázat). A gyomorfájás, a szédülés, a szorongás és az agresszív viselkedés is megjelent, de kevés esetben. Lényeges különbség nem volt a roma és nem roma gyermekek körében már előfordult megbetegedéseket illetően.

8. táblázat. A mintában már előfordult megbetegedések, mentális problémák megoszlása típusuk szerint

	fejfájás	hasfájás	gyomorfájás	szédülés	légúti megbetegedés	allergia	szorongás	agresszív viselkedés
roma (n=13)	8	4	2	1	2	0	2	1
nem roma (n=17)	11	8	2	2	6	1	1	2
összesen	19	12	4	3	8	1	3	3

A szülők minden esetben arról számoltak be, hogy gyermeküket betegség esetén elviszik gyermekorvoshoz, orvosi javaslat alapján elviszik szakrendelésre is, illetve kiváltják szükség esetén a javasolt gyógyszert, amelynek beadásánál az orvos utasításait követik. A szülők saját betegségük esetén, néhány esetben a betegség jellegétől tették függővé az orvoshoz való fordulást, a javasolt gyógyszert nem az orvos utasításainak megfelelően szedték, hanem a tünetek megszűnésével abbahagyták. Roma szülők körében leggyakrabban előforduló krónikus megbetegedések a szem-, a légúti és az allergiás betegségek voltak (9. táblázat), de megjelentek körükben a fül, a gyomor, az ízületi, a pajzsmirigy és a szívbetegségek is. Nem roma gyermekek szüleinél elsősorban légúti, ízületi, allergiás és fülmegbetegedések fordultak elő.

9. táblázat. A minta elemeivel egy háztartásban élő felnőttek körében már előfordult krónikus megbetegedések megoszlása (fő)

	szívbetegség	agyiérbetegség	szembetegség ⁷	fül megbeteged.	légtúti megbet.	gyomor megb	vese megbet.	izületi megbet.	májkárosodás	pajzsmirigy megbet.	allergiás megb	cukorbetegség
roma (n=31)	6	1	11	7	11	9	4	8	0	7	10	2
nem roma (n=30)	7	2	6	9	11	7	6	10	2	6	9	1
összesen	13	3	17	16	22	16	10	18	2	13	19	3

A roma gyermekek szüleinek több mint a fele jelezte, hogy részt venne egészségklub foglalkozáson, ahol az egészség témakörével foglalkoznának, feltehetnék felmerülő kérdéseiket a megfelelő szakembereknek. Hasonló társadalmi helyzetű nem roma gyermekek szüleinek is közel háromnegyede jelezte, hogy részt venne ilyen jellegű foglalkozáson. A szülők lényegesnek tartották, hogy gyermekeik az iskolában foglalkozzanak az egészség megőrzésének jelentőségével, ebben a kérdésben etnikai hovatartozás szerint egyáltalán nem volt különbség.

A roma gyermekek szülei a hasonló társadalmi helyzetű nem roma gyermekek szüleihez képest enyhén lényegesebbnek tartották az egészségmegőrzést családjukban (10. táblázat), bár mindkét csoport egy tízfokú skálán 9 feletti átlagértéket ért el. A családok többségénél volt is olyan személy, aki különösen odafigyelt a családtagok egészségének megőrzésére; elsősorban a szülők, közülük is az édesanyák látták el ezt a feladatot.

10. táblázat. Az egészségmegőrzés jelentősége a családban – 10-fokú skálán kifejezett átlagérték

	Minta Átlag (szórás)
Roma szülők véleménye	9,52 (0,95)
Nem roma szülők véleménye	9,43 (0,97)

A roma és nem roma gyermekek szülei is a gyermekükkel való kapcsolatukat ítélték a legjobbnak. Jónak ítélték az iskolával, valamint gyermekük pedagógusokkal és a kortárs csoporttal való kapcsolatát (11. táblázat). A roma szülők minden kapcsolatrendszerrel jobb átlaggal ítélték meg, mint a nem roma szülők, kivéve a gyermek kortárs csoporttal való kapcsolatát.

11. táblázat. Kapcsolatrendszerek megítélése – 5-fokú skála átlagai

Kapcsolatok		Minta Átlag (szórás)
szülő-gyerek	roma	4,65 (0,49)
	nem roma	4,48 (0,58)
gyerek-pedagógus	roma	4,15 (0,79)
	nem roma	4,10 (0,82)
szülő-iskola	roma	4,35 (0,69)
	nem roma	4,24 (0,74)
gyerek-kortársak	roma	3,96 (0,77)
	nem roma	4,21 (0,90)

A vizsgálati eredmények alapján elmondható, hogy nincs lényeges különbség a roma és a nem roma gyermekek egészségi állapotában más kutatási eredményekhez hasonlóan.

A táplálkozás egyes elemeinél kimutatható volt, hogy egészségesebben étkeznek a roma gyermekek, mint a nem roma gyermekek. Mozgásos tevékenységekben közel hasonló százalékban vettek részt a roma és a nem roma gyermekek. Körükben is jelen volt a túlsúly és az elhízás problémája, de nem jelentősebb mértékben, mint a nem roma gyermekeknél. Nem volt lényeges eltérés a gyermekek körében előforduló betegségek, a szülők körében előforduló krónikus betegségek terén, illetve az orvos-látogatási szokásaikban. A roma szülők is többségében érdeklődőek voltak az egészségklubok iránt, lényegesnek tartották családjukban az egészségmegőrzést, illetve volt olyan személy körükben, aki különösen odafigyelt a családtagok egészségére, ahogy mindez a nem roma gyermekek családjában is tapasztalható volt. Ugyanúgy fontosnak tartották, hogy gyermekeik iskolai közegben is foglalkozzanak az egészség témakörével.

Konklúzió

Posztmodern korunkban az iskola egyre több nevelési feladatot vállal át a családoktól. Ezek közé tartozik az egészségnevelés is, mely csak akkor lehet hatékony, ha azt megfelelően képzett szakemberek végzik. A Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézetében Benkő Zsuzsanna vezetésével működő országos hírű egészségfejlesztési műhely képzési programjai az egészségfejlesztő professzióra való felkészülés

legautentikusabb forrásai, ahol nem csak tanórai, hanem tanórán kívüli és iskolán kívüli keretekre is felkészülnek a jövőbeli egészségnevelők, valamint hangsúlyos a kisebbségek egészség-esélyeinek javítására irányuló felkészítés (lásd. Benkő és Erdei, 2003; Tarkó, 2004; Tarkó, 2005; Tarkó és Benkő, 2005; Benkő, 2010; 2011; 2012; Tarkó és Benkő, 2011).

Irodalom

- Aszmann Anna dr. (2006): A magyar gyermekpopuláció egészségi állapota és egészség-magatartása. In: Barabás Katalin (2006, szerk.): *Egészségfejlesztés*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 32-44.
- Benkő Zsuzsanna és Erdei Katalin (2003): *Egészségfejlesztés felsőfokon*. JGYF Kiadó, Szeged.
- Benkő Zsuzsanna (2010): Egészségfejlesztés a közoktatásban és tanárképzésben. *Népegészségügy*, 88. évf. 1. sz. 37-42.
- Benkő Zsuzsanna, Dr. habil. (2011): Az egészségfejlesztő szakemberek a magyar közoktatásban. A felsőoktatás válasza. *Egészségfejlesztés*, LII. évfolyam, 2011. 3. szám.
- Benkő Zsuzsanna (2012): Egészségfejlesztő kisebbségkoordinátorok, romológusok és más kisebbségtudományi szakemberek – felsőoktatási képzési paletta. *Népegészségügy*, 90. évf. 4. sz. 269. – 277.
- Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium (2002): Obesitas. *Gyermekgyógyászat*, **Különszám** 6. sz. 165-169. 2010. 03. 25-i megtekintés,

http://www.gyermekorvostarsasag.hu/dokumentumok.aspx?web_id=&archiv=1

- Decsi Tamás (2005): *Táplálkozási zavarok gyermekkorban*. Medicina könyvkiadó Rt, Budapest.
- Gyukits György és Ürmös Andor (1999): A roma nők véleménye egészségi állapotukról és egészségügyi ellátásukról. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 3-4. 54-60.
- Gyukits György, Ürmös Andor, Csoboth Csilla és Purebl György (2002): Fiatal roma nők véleménye egészségi állapotukról és egészségügyi ellátásukról. In: Ambrus Péter, Csépe Péter és Forrai Judit (2002, szerk.): *Egészségügy kommunikáció cigányság*. Új Aranyhíd Kft, Budapest. 31-48.
- László Lippai, Zsuzsanna Benkő and Klára Tarkó (2006): Multidisciplinary background of Gipsy Children's failure in Hungarian Schools. In: Tuula Merisuo Storm and Marjaana Soininen (2006, eds.): *Cultural diversity and its impact on education*. Painosalama Oy, Turku. 167 – 185.
- Liskó Ilona (2002): A hátrányos helyzetű tanulók oktatásának minősége. *Új Pedagógiai Szemle*, 52. 2. sz. 56-69.
- Neményi Mária (2005): Szegénység – etnicitás – egészség. In: Neményi Mária és Szalai Júlia (2005, szerk.): *Kisebbségek kisebbsége. A magyarországi cigányok ember. és politikai jogai*. Ú M K, Budapest. 152-192.
- Puporka Lajos és Zádori Zsolt (1999): *A magyarországi romák egészségi állapota*. Roma Sajtóközpont, Budapest.

- Szirtesi Zoltán (1998): *A cigányság egészségügyi helyzete*. Agroinform Kiadóház, Budapest.
- Tarkó, K. (2004., ed): Multicultural education. In. Benkő, Zs. (2004., Editor of Series): *Integrated programmes for lower-primary teacher training*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. Szeged.
- Tarkó, K. (2005, Editor of Volume.): Diversity and Multicultural Education. In. Benkő, Zs. (2005., Editor of Series): CANDOR - Changing the attitude of teachers through normal and distance learning for open human relationships. JGYF Kiadó, Szeged.
- Tarkó Klára, Dr. és Benkő Zsuzsanna, Dr. (2005): A magyar tanítóképzés megújítása – tananyagfejlesztés a Szegedi Tudományegyetemen. *Új Pedagógiai Szemle*. 07. 08. 33. – 44.
- Tarkó Klára, Dr. és Benkő Zsuzsanna, Dr. habil. (2011): Felsőoktatási kezdeményezések a kisebbségek egészség-esélyeinek növelése érdekében. *Egészségfejlesztés*, LII. évfolyam, 2011. 4. szám. 14-19.

A felsőoktatás expanziója

Pálmai Judit

*„Jöjj divatba. Menj
ki belőle. Ez után
derül ki: mit érsz.”
Fodor Ákos: Teszt*

I. Bevezetés

Világszerte megfigyelhető a beiskolázási arányszámok exponenciális növekedése. Kezdetben az oktatásban résztvevők számának emelkedése csak az alsó tagozatot érintette, később a tömegoktatás áterjedt a közép-, manapság pedig a felsőoktatásra. A fejlett országokban már a '90-es években elérte az általános iskolákba való beiskolázás a 100 százalékos szintet, a középfokú oktatás 87 százaléknál magasabb, míg a felsőoktatás 20 és 40, esetenként 50 százalékos beiskolázási arányszámot mutat (Andorka, 1994; 1997).

I. 1. Miért, ha mégsem...? Érvek vagy ellenérvek a „papír” mellett

A modernizáció, az iparosodás előtt az iskolázottság kis szerepet játszott a társadalom életében. A gyermekek a családon belül és a tágabb rokonság segítségével sajátították el azt a tudást, amely az életben való boldoguláshoz, a megélhetéshez volt szükséges. Az ipari robbanásnak köszönhetően a család egyre kevésbé volt képes felkészíteni, a megfelelő

tudást átadni az utódoknak. Megfelelő végzettség nélkül a fiatalok nem lehettek képesek sem az iparban, sem a mezőgazdaság területén, sőt a társadalmi életben sem, hatékony munkát végezni és boldogulni a mindennapokban. Így az oktatási intézmények a modern társadalmak fontos intézményeivé váltak (Andorka, 1997).

Több kutatás, elmélet szól amellett, hogy minél többen kerüljenek be az iskolákba és szerezzenek ott valamilyen végzettséget. Az egyik érv a fentebb felvázolt folyamat mellett, mely szerint a mindennapi életünk, a munkafolyamatok és eszközök, annyira bonyolulttá váltak, hogy azok között megfelelő képzettség, de legalábbis írni-olvasni tudás nélkül, senki nem képes eligazodni. Így az életben való boldogulás egyik kritériuma lett az alapfokú oktatás elvégzése, ha pedig jólkereső állást is szeretne az ember, a megfelelő végzettségről szóló papír felmutatása nélkül, ez manapság elképzelhetetlen.

A posztindusztriális társadalmakban egyre fontosabbá válik az iskolai oktatás, mert ebben a szakaszban a tudás, az ismeret válik a fő gazdasági és társadalmi terméké. Ennek kapcsán egyre elterjedtebbé válik az egész életen át tartó tanulás gondolata, mely irányelv szerint az oktatás legfőbb feladata a gazdaság és társadalom fejlődésének előmozdítása (Andorka, 1997; Kelemen, 2000).

A közgazdaságtan emberiberuházás-iskolájának elmélete szerint a gazdaság növekedésének legfontosabb tényezője az emberi beruházás nagysága, ezen belül is az oktatás kiszélesítése és meghosszabbodása. Fontos, hogy minél többen szerezzenek magas iskolai végzettséget és szakképzettséget, mert az a feltétele annak, hogy az emberek képesek legyenek használni az egyre bonyolultabb termelőeszközöket, gépeket stb.

Az oktatás kiterjesztését Japán példájával támasztják alá. Japán nagy erőfeszítéseket tesz az oktatás fejlesztésére, mely az ország gazdasági fejlődését eredményezi (Andorka, 1997).

A következő érv, mely alátámasztja az oktatásban való minél hosszabb idejű részvételt és minél magasabb végzettség megszerzését, a társadalmi mobilitással van kapcsolatban. Az 1960-as években vált elterjedtté az a nézet, miszerint az iskolának nagy szerepe van a különböző társadalmi csoportok közötti egyenlőtlenségek eltörlésében, vagy legalábbis, enyhítésében. Magasabb iskolai végzettséggel rendelkező emberek nagyobb eséllyel jutnak jobb munkához, mely magasabb bérezéssel, jobb életkörülményekkel és ezáltal, jobb egészségi állapottal jár együtt (Kolosi, 2000; Kopp et al., 1996; Tahin, Jeges és Lampek, 2000; Tarkó és Benkő, 2011).

Az oktatás esélyegyenlősítésben játszott szerepét hamar kritikával illették. Bourdieu felhívta a figyelmet arra, hogy az iskola nem törli el az egyenlőtlenségeket, hanem megszilárdítja azokat. Rejtetten, de az iskolák kijelölik a diákok helyét a társadalomban, és az objektívnek tűnő követelmények révén, el is fogadtatják a tanulókkal, hogy csak annyira képesek, amennyi az iskolai eredményeikből tükröződik. Így ahelyett, hogy az iskolák eltörölnék az egyenlőtlenségeket, inkább újratermelik azokat, ezért beszélhetünk társadalmi mobilitás helyett inkább társadalmi reprodukcióról (Bourdieu, 1978).

A kritikai megközelítés ellenére az oktatás expanziója nem torpant meg, sőt az '50-'60-as években először az Egyesült Államokban, majd a '70-'80-as években Nyugat-Európában szélesedett ki a felsőoktatás. Míg Magyarországon az 1980/1990-es tanévben a jelentkezőknek csupán 10-

14 százaléka került be a főiskolákba, egyetemekre, addig az 1999/2000-es tanévben ez a szám 31-36 százalékra emelkedett (Kozma, 2002).

II. Magyarországi helyzet

II. 1. A rendszerváltozás előtti magyar oktatáspolitiká

Az 1960-as években nálunk is elkezdődött a felsőoktatás expanziója. Az akkori oktatáspolitiká három pilléren állt. Először is konstatálták, hogy a munkaerő igények előre láthatók, és az oktatás legfőbb feladata a munkaerő-piac kiszolgálása. Másodsor az igényeknél magasabb hallgatói létszámot túlképzésnek nyilvánították, amely így népgazdasági veszélyforrásnak számított. Harmadsor pedig a túlképzésről megállapították, hogy a társadalom számára feszültségforrás lehet (Surányi, 2000).

A '60-as évek oktatáspolitikája a felsőoktatásban résztvevők szociális összetételének radikális megváltoztatására törekedett. A felvételinél elsősorban a munkás- és szegényparaszti származású fiatalok nyertek felvételt, a középosztálybeli családból származó tanulóknak szinte esélye sem volt a felsőoktatásba való bejutásra. A tervpolitika elérte, hogy a hallgatók létszámát 10 százalékban állandósítsák, jóval elmaradva az európai országok átlagos hallgatói arányszámaitól. A lakosság igényeit figyelmen kívül hagyó és a túlképzést tiltó politika csak lassítani tudta a világszerte meginduló folyamatot: a tömegoktatást (Ladányi, 1999; Surányi, 2000).

II. 2. A rendszerváltás utáni folyamatok a felsőoktatásban

Az oktatás tömegesedését sokan a globalizációval hozzák összefüggésbe. Az oktatás elsősorban azokon a területeken globalizálódik, amelyek mentén összekapcsolódik a gazdasággal. Ez a terület a szakképzés. A nemzetközi szabványosított technológiák ugyanúgy szabványosított termelést, ezáltal „szabványosított” szakképzést kell, hogy eredményezzenek. Tehát ahhoz, hogy az új szabványosított gépeket, műszereket stb. bárki használni tudja, az oktatást is világszerte egységesíteni kell (Kozma, 2000).

Más nézetek viszont az oktatás expanzióját nem a globalizációval kötik össze, hanem egy olyan folyamatnak tekintik, amely a globalizáció nélkül is megindult volna, egy „öntörvényű jelenségnek” titulálják. A nézet képviselői úgy gondolják, hogy az oktatás maga termeli ki „fogyasztóit”, akik azután tovább akarják „fogyasztani” az oktatás javait. Az oktatási rendszer, különösen a felsőoktatás, a fogyasztói igényekhez igazodik. A fogyasztók alatt természetesen a hallgatókat, ill. családjaikat kell érteni. A folyamat szinte visszafordíthatatlannak látszik (Kozma, 2000; Lukács, 2002).

Combs 1968-ban a felsőoktatás expanzióját világjelenséggént vizsgálta. Már akkor felhívta a figyelmet arra, hogy a II. világháború utáni hallgatólétszám növekedés nem igazodik a gazdasági elvárásokhoz, az állam pedig nem képes ellenállni a kereslet növekedésének (Lukács, 2002).

A felsőoktatás expanziója számos okra vezethető vissza, ezek közül a legegyszerűbb magyarázat, hogy a fejlett országokban egyre több polgárnak van elég anyagi forrása, hogy gyermekeiknek felnőtt korukig ne kelljen dolgozniuk. S mivel a társadalomban elterjedt nézet, hogy magas

iskolai végzettséggel jobb életkörülményeket lehet teremteni, a szülők mindent megtesznek, hogy gyermekeik sorsa könnyebb és jobb legyen, mint amilyen esetleg nekik jutott. Demokratikus országokban, ha a polgároknak megvan a megfelelő anyagi háttérük, nincs elég ok arra, hogy bárki is megtiltsa számukra, hogy gyermekeiket beírassák a felsőoktatásba (Lukács, 2002).

Meyer és munkatársai több mint egy évtizeddel korábban statisztikák elemzése során megállapították, hogy az expanzió nemcsak a fejlett országokban indult meg, hanem egyfajta világlélenséggé nőtte ki magát (Kozma, 2000).

Magyarországon 2001-ben az összes felvett hallgató 48 százaléka önerőből finanszírozta a tandíját. Az állam már nem volt képes korlátozni, befolyásolni a hallgatólétszámot. Hogyan is lehetne magánintézményeknek megtiltani, hogy felvegyenek annyi hallgatót, amennyi fizeti a tandíját? Vagy hogyan lehetne megtiltani a szülőknek, akik fizetni akarják gyermekeik drága tandíját, hogy ne tegyék? (Lukács, 2002)

II. 3. A hallgatólétszámok alakulása a 90-es években

A rendszerváltás utáni magyar kormány egyik legfontosabb feladatának a hallgatólétszám emelését tekintette a felsőoktatásban, melynek legfőbb okát a nemzetközi összehasonlítás alapján megvilágított elmaradottság adta. Az 1990/1991 és 1998/1999 között első évfolyamra felvett hallgatók száma nappali tagozaton 103 százalékkal, az összes tagozatot figyelembe véve pedig, 153 százalékkal nőtt. Ennek egyik oka az érettségit szerzők számának, demográfiai hullám átvonulásával összefüggő, emelkedése volt. Másik oka az egyszerűsített felvételi rendszer. (Ám azokban az

intézményekben, amelyekben felvételi vizsga nélkül is be lehetett jutni, sokkal magasabb arányú lemorzsolódást (40-50%) lehetett tapasztalni, mint más intézményekben, ahol komolyabb felvételi vizsga volt.) A hallgatólétszám rendszerváltás utáni emelkedésének harmadik oka a munkanélküliség volt, mely rákényszerítette a fiatalokat az egyetlen megoldásra: a továbbtanulásra (Ladányi, 1999; Polónyi és Tímár, 2001).

A rendszerváltás után a hallgatólétszámon belül nőtt a női hallgatók száma is, részvételük a felsőoktatásban a 1980-as évek második felétől meghaladta az 50 százalékot. További tendencia, hogy a hallgatók többsége inkább a rövidebb idejű, főiskolai szintű képzést választotta, az egyetemi, 5 éves képzéshez képest. A legtöbben elsősorban a bölcsészszakokra jelentkeztek, a legkevesebben pedig az orvosi-egészségügyi képzésekre. Nagyarányú hallgatólétszámot lehetett regisztrálni az idegen nyelvi, az informatikai, a gazdálkodási és a menedzser szakokon. Továbbra is túlképzés mutatkozott a pedagógus, majd a műszaki és közgazdasági képzéseknél (Ladányi, 1999).

Jellemző volt még a magyar felsőoktatásra, hogy a hallgatók 30-40 százaléka levelező vagy esti tagozaton tanult. Az 1993/94-es tanévben gimnáziumból vagy szakközépiskolából az első évre beiratkozott hallgatók mintegy 35 százaléka nyert esti vagy levelező tagozatra felvételt. Számuk azóta is folyamatosan nő, és ezen képzési formák mellett megjelent a távoktatás is. Ezek a képzési formák elsősorban olyan tehetősebb diákok számára megfelelőek, akik képesek a viszonylag drága tandíjat megfizetni. Mivel ezek a tagozatok követik az inflációt, ellenben a nappali tagozatosokra jutó állami támogatásokkal, az egyetemek és főiskolák érdekeltek az ilyen képzések indításában. Ugyanez a mennyiségi bővülés

figyelhető meg a tudományos minősítés rendszerében, a PhD képzések esetében is (Halász és Lannert, 1996, Lannert és Mártonfi, 2003; Polónyi és Tímár, 2001).

1. táblázat. Felsőoktatási statisztikák 1990 és 1998 között.

Tanév	Intézmény	Oktatók	Hallgatók száma	Egyetemi szintű oktatás	Főiskolai szintű oktatás	Szakirányú továbbképzés	Doktori (PhD, DLA) képzés
1990/1991	77	17 302	108 376	47 498	54 889	5 989	..
1991/1992	77	17 477	114 690	51 308	55 771	7 611	..
1992/1993	91	17 743	125 874	53 995	63 465	8 414	..
1993/1994	91	18 687	144 560	58 347	75 609	9 077	1 527
1994/1995	91	19 103	169 940	66 306	88 354	12 803	2 477
1995/1996	90	18 098	195 586	70 153	109 412	12 565	3 456
1996/1997	89	19 329	215 115	81 662	117 370	12 353	3 730
1997/1998	90	19 716	254 693	90 842	142 815	17 031	4 005
1998/1999	89	21 323	279 397	103 193	155 122	15 999	4 264

Forrás: www.ksh.hu

Az 1. táblázat jól mutatja, hogy a '90-es években milyen változások mentek végbe a főiskolai és egyetemi hallgatólétszámok területén. Míg nem egészen tíz év alatt a hallgatók száma 2,6-szorosára nőtt, addig az oktatók száma 1,2-szeresére. Az egyetemi képzésben résztvevők száma 2,2-szeresére nőtt, a főiskolai képzést előnyben részesítőké 2,8-szorosára. Az 1992-ben bevezetett új tudományos minősítés megszerzésére irányuló képzés hallgatói létszáma hat év alatt 2,8-szorosára emelkedett. „Nemcsak megindult a felsőoktatás tömegessé válása Magyarországon (...), hanem a kilencvenes években gyorsuló szakaszába lépett” (Kozma, 2002).

2. táblázat. Egyetemi, főiskolai szinten oklevelet szerzettek száma 1990 és 1999 között

Év	Egyetemi, főiskolai szinten oklevelet szerzett	
	összesen	a nappali oktatásban
1990	24 103	15 963
1991	23 648	16 458
1992	22 384	16 201
1993	23 615	16 223
1994	24 542	18 041
1995	26 237	20 024
1996	31 310	22 147
1997	36 790	24 411
1998	38 609	25 338
1999	42 351	27 049

Forrás: www.ksh.hu

A következő táblázat a '90-es években főiskolán vagy egyetemen diplomát szerzett hallgatók számát mutatja. Kilenc év alatt a diplomát szerzettek száma 1,8-szeresére szorozásra emelkedett, ebből nappali tagozaton 27 ezer diák jutott diplomához, 1,7-szer többen, mint 1990-ben.

II. 4. Hallgató létszámok alakulása 2000-2006-ig

3. táblázat. Felsőoktatási statisztikák 1999 és 2005 között

Tanév	Intézmények	Oktatók	Hallgatók száma	Egyetemi szintű oktatás	Főiskolai szintű oktatás	Doktori (PhD, DLA) képzés
1999/2000	89	21 249	305 702	107 794	171 203	4 302
2000/2001	62	22 873	327 289	113 513	181 527	6 752
2001/2002	65	22 863	349 301	117 947	195 291	7 030
2002/2003	66	23 151	381 560	124 606	216 581	7 430
2003/2004	68	23 288	409 075	133 274	233 673	7 835
2004/2005	69	23 787	421 520	138 169	240 297	7 941
2005/2006	71	23 188	424 161	138 994	226 528	7 965

Forrás: www.ksh.hu

A 3. táblázatban jól látható, hogy a hallgatók számának növekedése 2000-től sem állt meg. A 2005/2006-os tanévben 1,4-szer annyian folytattak felsőfokú tanulmányokat, mint az 1999/2000-es tanévben. A főiskolai és egyetemi képzést előnyben részesítők közötti attitűd nem változott, többen (1,6-szorosa) jelentkeztek a főiskolai szintű oktatásra, mint az egyetemi szintűre. A doktori képzés esetében is tovább emelkedett a hallgatók létszáma, míg az 1999/2000-es tanévben 4302 fő, addig a 2005/2006-os tanévben ennek majdnem a duplája (7965 fő) jelentkezett a tudományos fokozat megszerzésére irányuló képzésekre.

Érdekes azt is megfigyelnünk, hogy míg hét év alatt a hallgatók létszáma majdnem minden képzési formában megduplázódott, a '90-es

évektől kezdve megnégyszereződött, addig az oktatók száma csupán 1939 fővel (1,3-szeresével) lett több. Ha a felsőoktatási intézmények számát is megnézzük, kiderül, hogy azok száma lecsökkent. Ez a látszólagos csökkenés azonban elsősorban az intézményi integrációnak köszönhető.

4. táblázat. Egyetemi, főiskolai szinten oklevelet szerzettek száma 2000 és 2005 között

Egyetemi, főiskolai szinten oklevelet szerzett		
Év	Összes	Ebből nappali tagozaton
2000	46 978	29 843
2001	47 436	29 746
2002	50 505	30 785
2003	52 794	31 911
2004	53 514	31 633
2005	57 162	32 732

Forrás: www.ksh.hu

A fenti táblázatot vizsgálva kiderül, hogy 2000-től 2005-ig az összes hallgatót tekintve 1,2-szer több diák szerzett diplomát, 1990-hez képest ez 2,4-szeres ugrást jelent. Az összes diplomát szerzett hallgatónak 1,7-szerese nappali tagozatos diák volt 2005-ben. 1990-hez képest a nappali tagozaton diplomát szerzettek száma megduplázódott, kétszer annyian kaptak oklevelet 2005-ben, mint 1990-ben.

A képzés tömegesedése magával hozza a kibocsátás tömegesedését is, bár valamekkora késéssel. A népszámlálási adatok alapján az elmúlt húsz év alatt a diplomások aránya a foglalkoztatottakon belül 50 százalékkal növekedett. Polónyi István szerint a diplomások foglalkoztatásában változások mentek végbe, melyeket ilyen módon lehetne összefoglalni: Növekedett a diplomások száma a szolgáltatásokban és a közszférában (oktatás, egészségügy stb.). Növekedett a szellemi foglalkozásúak körében is a diplomások száma, a csak középfokú végzettségűek kiszorultak erről a területről. A kisvállalkozásokban és az önfoglalkoztatóként dolgozó felsőfokú végzettséggel rendelkezők száma is nőtt; illetve nőtt a diplomások száma olyan munkakörökben, amelyek alacsony iskolai végzettséggel is elláthatók (Polónyi, 2004).

II. 5. Hallgatói létszámok alakulása 2006-2011-ig

Az elmúlt tíz év legfontosabb változása a hallgatói létszám növekedésén, majd lassú csökkenésén kívül az intézmények felduzzasztása, majd ezek egymásba integrálása, illetve nem utolsósorban, a lineáris képzés bevezetése volt.

A felsőoktatás átalakulásának alappillére a bolognai folyamat, melyben minden Európai Unió tagállam részt vesz. A bolognai rendszer három ciklusból tevődik össze: alap- (BA, BSc), mester- (MA, MSc) és doktori (PhD) képzésből. Az egyes szintek nem kikerülhetők, tehát egyik szintről a másikba csak az alacsonyabb képzési szint teljesítésével juthatnak a hallgatók. Megmaradtak azonban olyan képzések is, amelyek nem bonthatók alap- és mesterképzésre, ezeket nevezzük osztatlan képzéseknek (pl. orvos, fogorvos, gyógyszerész, teológia, jogász szakok).

Magyarországon a bolognai képzésre való átállás a 2006/2007-es tanévben történt meg.

Az 5. táblázatból kiderül, hogy a bolognai rendszer bevezetése után tovább nőtt a felsőoktatásba felvételt nyert hallgatók létszáma.

5. táblázat. Egyetemek, főiskolák nappali tagozatára jelentkezők és felvettek 2006 és 2011 között

Évek	Jelentkezettek	Felvettek	Felvettek a jelentkezők százalékában
2006	84 269	53 990	64,1
2007	74 849	50 941	68,1
2008	66 963	52 081	77,8
2009	90 878	61 262	67,4
2010	100 777	65 503	65,0
2011	101 835	66 810	65,6

Forrás: www.ksh.hu

2005-höz képest több mint 7000 fővel kevesebb hallgató jelentkezett a felsőoktatásba, azonban a felvettek száma 1033 fővel több lett. A felvettek és a jelentkezők aránya 6,1%-kal több 2006-ban, mint 2005-ben.

2006-2011-ig a jelentkezők száma változó. 2006-2008 között jelentős csökkenést vehetünk észre, 17306 fővel kevesebb hallgató jelentkezett a felsőoktatásba. 2009-től azonban ismét emelkedik a jelentkezők száma, a 2006-os adatokat 17566 fővel meghaladva.

A felvettek száma azonban nem mutat ilyen nagy ingadozást. A 2007-es megtorpanás után, a felvettek száma fokozatosan nőtt és 2011-ben 66810 főnél tetőzött.

Összességében elmondhatjuk, hogy 1990-hez képest a felsőoktatásba bekerülők száma megnégyszereződött, 16818-ról 66810-re nőtt.

6. táblázat. Felsőoktatásban tanulók és ott oklevelet szerzett hallgatók száma (ezer fő) 2007 és 2011 között.

Év	Felsőoktatásban hallgató		Felsőfokú oklevelet szerzett	
	összesen	ebből nappali tagozaton	összesen	ebből nappali tagozaton
2007	398	243	51	29
2008	381	243	49	29
2009	370	243	53	36
2010	361	241	53	38
2011	360	242	50	35

Forrás: www.ksh.hu

A felsőoktatásban tanulók összlétszáma 2007-hez képest fokozatosan csökken, 2011-re ez a szám 38 ezer hallgatóval kevesebb, mely változás kb. 1%-os csökkenést jelent. A nappali tagozatosok száma stabilnak mutatkozott 2007-2009-ig, majd 2010-re kétezer, 2011-re ezer fővel lett kevesebb.

Az oklevelet szerettek számában is jelentkezett némi ingadozás: 2008-ban kétezer diplomával kevesebbet osztottak ki a végzett hallgatók között, 2009 és 2010 között azonban, 2008-hoz képest, négyezerrel többet. 2011-re ismét egy kisebb visszaesést tapasztalható 2010-hez képest, kétezerrel kevesebb diploma került a volt hallgatók kezébe.*

Végül, ha összehasonlítjuk az 1990-es években kiosztott oklevelek számát a 2011-ben kiosztottakkal, megállapíthatjuk, hogy az elmúlt húsz évben a felsőoktatási intézmények által kiadott diplomák száma megduplázódott Magyarországon, ez fokozottan igaz a nappali képzésben oklevelet szerettekre, ahol 2,1-szeresére emelkedett a szétosztott diplomák száma.

III. Mennyit ér a papír?

Manapság közhellyé vált, és világszerte probléma tárgyává, hogy ha valaminek a ritkasága csökken, csökken az értéke (és haszna) is, így a diploma értéke is devalválódik. Ennek ellenére különböző, pozitív és negatív nézetek csapnak össze a felsőoktatás tömegesedését és ennek minőségét vizsgálva.

Azok, akik a diploma értékének romlását vázolják fel, a folyamatnak kettős magyarázatát adják: az egyik, a fentebb már említett piaci leértékelődés, a másik az oklevél mögött vélt, a korábbi

* Érdemes azonban azt is megjegyeznünk, hogy a diploma kézhezvételét igen gyakran a megkövetelt nyelvvizsga bizonyítvány hiánya késlelteti, így az oklevelet szerettek számához érdemes lenne hozzáadni mindazon „majdnem diplomások” számát is, akik gyakorlatilag a nyelvvizsgán kívül minden feltételt teljesítettek.

elitoktatásban megszokotthoz képest, kevesebb tartalom, melynek oka pedig a képzések felhígulása (Surányi, 2000; Polónyi és Tímár, 2001).

Mások viszont úgy gondolják, hogy a magyar felsőoktatás minősége nem romlott, sőt az európai átlaghoz közelít (Kelemen, 2000; Ladányi, 1999). A piaci leértékelődés sem indokolt, mivel azt alapvetően a kereslet alakulása határozza meg. Jelenleg pedig az a tendencia alakult ki, hogy bár akadnak nehézségek a munkaerő-piacon való elhelyezkedésben, a munkanélküliség igazi kárvallottjai még mindig a képzetlenek, a krónikus munkanélküliek, a depressziós térségek lakói és a középkorúak vagy annál idősebbek. Így mondhatjuk, hogy az expanzió nem jár a diploma leértékelődésével (Surányi, 2000).

Néhányan arra világítanak rá, hogy az oktatás minőségének romlása nézőpont kérdése. Be kell vallanunk, hogy az oktatási rendszerek, főként a felsőoktatás, mutatják a legkisebb változási hajlandóságot a társadalmi intézmények közül. Márpedig rohanó világunkban, a technikai fejlődés változásaival és a társadalom által elvárt tudással a tantervek aligha tartanak lépést. Lukács Péter szerint a fiatalok a tőlük várt tudást csak annyira sajátítják el, amennyire azt a gazdaság és a társadalom a valóságban megkívánja. Ha a társadalom a kommunikációt, a nyelvtudást, esetleg az autóvezetői jogosítványt magasabbra értékeli, mint a matematikatudást, akkor egy idő után úgy fogjuk találni, hogy romlik a fiatalok matematika ismereteinek színvonala. Szerinte a minőségről új módon kellene gondolkodnunk, mondhatni az oktatást a társadalmi igényekhez kellene alakítani (Lukács, 2002).

Kozma Tamás arra hívja fel a figyelmet, hogy a felsőoktatás bővülése nem feltétlenül jelenti, hogy ténylegesen többen kerülnek be a

felsőoktatásba. A növekedést előidézhetheti a népesség apadása is. Szerinte a probléma gyökerét abban találjuk, hogy a felsőoktatás iránt megnőtt kereslet kielégítésére egy elitképzésre szabott rendszer áll rendelkezésre. Két megoldási javaslatot vázol fel a probléma leküzdésére. Az egyik stratégia, hogy próbálják késleltetni a felsőoktatás bővülését. Ennek is két módja lehetséges, így a követelmények emelése, vagy a felsőfokú szakképzések bevezetése (Kozma, 2002).

A másik stratégia pedig ezek ellentéte, a gyorsítás lenne. Mégpedig úgy, hogy az oktatáspolitikát menjen bele egy általános felsőoktatás bevezetésébe. Ez az elképzelés még elég furcsán hat a számunkra, de jelenleg ezen az úton haladunk. Ebben az esetben viszont a szelekciót nem a felvételnél, hanem a képzés közben kellene gyakorolni. Mennél tovább tart megszerezni a diplomát, várhatóan annál többen fejezik be képzés közben a tanulmányaikat (Kozma, 2002).

Az utóbbi időben ráadásul számos csatorna közvetíti felénk, hogy a felsőoktatásban nagy átalakulások várhatók. Ez elsősorban az állami finanszírozás újragondolását, azok szakokhoz való kötését érinti, de felröppent az intézményi szabályozási keretek újragondolása, a képzési és kimeneti követelmények átdolgozása is, és nem utolsósorban, a csökkenő hallgatólétszámokból adódó helyzet kezelése. A bolognai rendszer bevezetése eltelt hat év kedvezőtlen tapasztalatai pedig arra sarkallták a döntéshozókat, hogy a tanárképzés területén visszahozzák az egységes osztatlan képzési formát.

Megállapítható, hogy már 2007-ben Magyarországon a teljes népesség 4%-a részt vett a felsőoktatásban, amely szám már akkor meghaladta az EU-27 átlagát (3,9%) (Statisztikai Tükör, 2009). Ezen szép

eredmény mellett azonban a magyar felsőoktatásnak számolnia kell a kedvezőtlen demográfiai trendek miatti hallgatói létszám csökkenéssel is. Ez érinteni fogja a képzőhelyek számának alakulását, illetve felveti az oktatói létszámok újragondolását is.

A csökkenő hallgatói létszámok bevétel kiesést is jelentenek a felsőoktatási intézmények számára, melynek pótlására egyfajta megoldás nagyobb arányban megnyitni a magyar felsőoktatást a külföldi hallgatók előtt, mely megoldás ideiglenes és nagyban függ az oktatók idegen nyelvű előadói képességének szintjétől.

A magyar felsőoktatás 2013-ban egy folyamatosan változó környezetben kell, hogy megfeleljen a vele szemben támasztott egyre nagyobb követelményeknek. Jövője attól függ, hogy milyen válaszokat ad a kor kihívásaira.

Irodalom

- Andorka Rudolf (1997): *Bevezetés a szociológiába*. Osiris Kiadó, Bp.
- Andorka Rudolf (1994): Magyarország a társadalmi jelzőszámok idősorainak tükrében. In: Andorka Rudolf, Kolosi Tamás és Vukovich György (1994, szerk.): *Társadalmi Riport*. TÁRKI, Bp.
- Bourdieu, P. (1996): Az oktatási rendszer ideológikus funkciója. In: Meleg Csilla (1996, szerk.): *Iskola és Társadalom*. JPTE-TIPT, Pécs.
- Halász Gábor és Lannert Judit (1996, szerk.): *Jelentés a magyar közoktatásról 1995*. Országos Közoktatási Intézet, Bp.
- Kelemen Elemér (2000): Oktatásügyi változások Kelet-Közép-Európában az 1990-es években. *Magyar Pedagógia*, 2000/3.
- Kolosi Tamás (2000): *A terhes babapiskóta*. Osiris Kiadó, Bp.

- Kopp Mária, Skrabski Árpád, Lőke János és Szedmák Sándor (1996):
Magyar lelkiállapot az átalakuló társadalomban. *Századvég*, 1996/2.
- Kozma Tamás (2002): A negyedik fokozat. *Élet és Irodalom*, 2002/4.
- Kozma Tamás (2007): Negyedik fokozat?
<http://dragon.unideb.hu/nevtud/Tanarkepzes/Tematikak/TK2100/ea6kieg.htm> (2007. 03. 29.)
- Ladányi Andor (1999): *A magyar felsőoktatás a 20. században*. Akadémia Kiadó, Bp.
- Lannert Judit és Mártonfi György (2003): Az oktatási rendszer és a tanulói továbbhaladás. In: Halász Gábor és Lannert Judit (2003, szerk.): *Jelentés a magyar közoktatásról 2003*. Országos Közoktatási Intézet, Bp.
- Lukács Péter (2002): Piaccá lett felsőoktatás. *Élet és Irodalom*, 2002/6.
- Polónyi István (2004): *A felsőoktatás és a diplomások tömegesedése. A szegedi társadalomtudományi szakkollégium.* "A felsőoktatás jelene és jövője" című konferencia, 2004. http://www.stud.u-szeged.hu/szttsz/konferenciak_elemei/polonyi.pdf (2007. 03. 29)
- Polónyi István és Tímár János (2001): *Tudásgyár vagy papírgyár*. Új Mandátum Kiadó, Bp.
- Statisztikai Tükör, 2009/15. 1-4.
- Surányi Bálint (2000): Az oktatás expanziója: problémák és perspektívák. *Iskolakultúra*, 2000/4.
- Tahin Tamás, Jeges Sára és Lampek Kinga (2000): Iskolai végzettség és egészségi állapot. *Demográfia*, 2000/1.

Tarkó Klára, Dr. és Benkő Zsuzsanna, Dr. habil. (2011): Felsőoktatási kezdeményezések a kisebbségek egészség-esélyeinek növelése érdekében. *Egészségfejlesztés*, LII. évfolyam, 2011. 4. szám. 14-19.
www.ksh.hu (2013. 02. 14.)

Egészségfejlesztés a felsőoktatásban *

Barabás Katalin

Kedves Zsuzsa!

Születésnapodra egy közös álmunkat küldöm, abban a reményben, hogy az elkövetkező évek sok energiát, jó egészséget hoznak Neked és így kívánom szívémből, hogy az álom, az "Egészségfejlesztő egyetem" magyarországi valóra váltásban örömmel tevékenykedhess.

Isten éltesen sokáig!

Szeretettel:

Barabás Kati

Összefoglalás

Az egészségfejlesztés megjelenése a felsőoktatásban különös jelentőséggel bír. A hallgatók és oktatók egészségi állapotának javítása mellett az itt elsajátított ismeretek, készségek, valamint az egészségfejlesztéssel kapcsolatos kutatások révén az egyetemek a szélesebb populáció egészségi állapotát is pozitívan befolyásolhatják. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 'Egészségfejlesztő Egyetemek' koncepciójának bemutatását követően a szerző a magyarországi törekvéseket párhuzamba állítja a WHO Egészségfejlesztő Egyetem szintér programjával. A magyar

* A tanulmány megjelent: *Népegészségügy*, 88. évfolyam 1. szám (2010). 43. – 49. o. Másodközlés a szerző engedélyével.

egyetemek, mint az egészségfejlesztés színterei az oktatás és kutatás területén nemzetközi viszonyításban is dicséretes eredményeket mutattak fel, és biztató eredményeik vannak a hallgatók támogatása terén is, de az oktatók egészségfejlesztése, az egészséget támogató fizikai és társas környezet tervezett kialakítása és hatásának vizsgálata még várat magára. Az egészség nincs súlyának megfelelően jelen a felsőoktatási intézmények stratégiai terveiben és döntéshozatali rendszerében. A hazai egyetemek várhatóan a hallgatókért folytatott verseny eredményeként fognak csatlakozni az Egészséges Egyetemek hálózatához. A csatlakozást jelentős szemléletváltásnak kell megelőznie, és következményeként az egész populáció egészségmagatartásának pozitív változása jósolható.

A felsőoktatás feladata a jövő értelmiség felnevelése, egy koherens világgéppel rendelkező, önmagáért és a közösségért felelősséget érző vezető réteg kibocsátása. Követendő életmód kialakítására is a felsőoktatás adhat lehetőséget, hiszen minden ország arra törekszik, hogy az egészséges, a felsőoktatásból kikerülő fiatalok magatartásukkal pozitív példaként szolgáljanak a társadalom többi rétege számára.

Az egyetemek tradicionálisan is sokat tettek azért, hogy az „ép testben ép lélek” ethosza megvalósuljon. Az angol és az amerikai egyetemek pezsgő sportélete, közösségi aktivitásokat támogató politikája azt célozza, hogy az új környezethez történő adaptációs nehézségek és a tanulási terhek ne járjanak egészségkárosodással, valamint kialakuljon egy olyan közösségi szellem, amelynek hatása, és az itt kialakult kapcsolati háló elkísérheti a végzeteket egész életükön keresztül.

Az egészséget fejlesztő egyetem (health promoting university) új lehetőség a színtér programok között

Ha azt szeretnénk feltárni, vajon milyen lehetőségei vannak az egészségfejlesztésnek a felsőoktatásban, akkor az egyetemet mindenképpen mint színteret kell tekintenünk, hiszen a hallgatók itt élik a mindennapi életüket, itt tanulnak, dolgoznak, játszanak és szeretnek, azaz az egyetem is olyan hely, ahol az egyén és a probléma egyaránt „otthon van”; tehát a beavatkozást is itt kell végrehajtani. A színtér megközelítések sokéves múltra nyúlnak vissza. Az Ottawai Karta (WHO, 1986) az egészséget támogató környezetre fókuszál, és a Dzsakartai Nyilatkozat (WHO, 1997) szintén a színterek értékét hangsúlyozza, hiszen csak megfelelő környezeti feltételek mellett tudnak megvalósulni az egészségfejlesztő stratégiák.

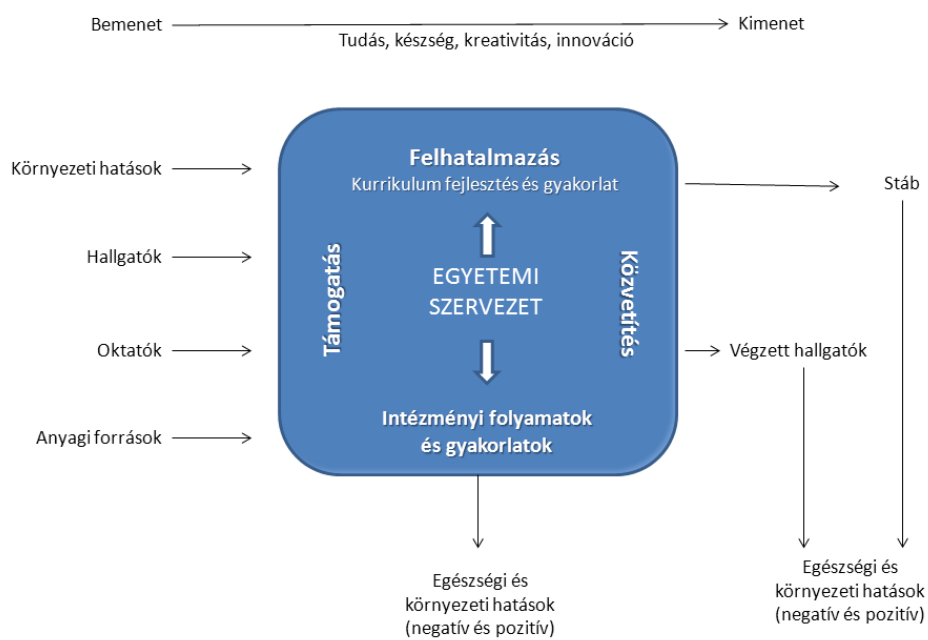
Az első és legjobban ismert színtér alapú program, az ún. „egészséges városok” gyorsan világszerte népszerű mozgalommá vált (Tsouros, 1991). Ezt követően vált népszerűvé az „egészségfejlesztő kórházak” és az „egészségfejlesztő iskolák” mozgalma is. A gondolat továbbvitele a felsőoktatásra az Egyesült Királyságban a University of Central Lancashire oktatója, Mark Dooris és munkatársai nevéhez fűződik (Dooris, 2005). A felsőoktatásban az oktatók és hallgatók közössége nyílt rendszert alkot, amelyet Dooris az 1. ábrán látható módon illusztrált.

Az egyetem az a színtér, amelyben az ismeret, tudás, és készségek kialakítása egy, az egészséget védő, támogató szociális és fizikai környezetben jön létre.

A WHO által kiadott Health Promoting Universities - Concept, experience and framework for action című dokumentum csatlakozik a

korábbi szintér programokhoz (HPU - Health Promoting Universities (Dooris, 1998)). A többi szintér programból ismert sarokpontokon túl (képessé tétel, partnerség, közösség, a teljes potenciál fejlesztése) az Egészségfejlesztő Egyetemek önképében még az etikai és érték audit, valamint a tágabb környezetre gyakorolt hatások ellenőrzésének kívánalma is jelen van.

1. ábra. Az egyetem mint társadalmi „öko-rendszer”



Az Egészségfejlesztő Egyetem olyan intézmény, amely struktúrájába, folyamataiba, kultúrájába integrálja az egészséget, mint szervező értéket, az egészségfejlesztő potenciált. Az intézmény az oktatók és hallgatók

egészségét, egyúttal a szélesebb közösség jólétét is védi. Az egészségnek fontos helye van az egyetemi tervek között, és az egyetem politikájában. Az ilyen egyetem olyan egészséges fizikai környezetet alakít ki és tart fenn, amelyben az egészséget támogató, és az ott dolgozókra jó hatással lévő munkahelyek teremődnek; ugyanakkor elősegítik a hallgatók egészséges személyes fejlődését és társas kapcsolatait.

Ezekben a felsőoktatási intézményekben érthető, és elfogadott, hogy az egészségfejlesztés a karokon, intézeteken átnyúló multidiszciplináris gyakorlat, messze nem medikális, így nem csak az egészségtudományi és/vagy orvosi fakultások feladata, illetve felelőssége. Ennek a szemléletnek és aktivitásnak a fenntartása tehát mind az egyetem szervezetén belül, mind annak falain túl is szolgálja az emberek egészségpotenciáljának fejlesztését, a szélesebb közösségre hatva. Az egészségfejlesztés oktatása és kutatása közvetetten szintén hatást gyakorolhat a társadalom egészségi állapotára (Tsouros et. al., 1998; Benkő és Tarkó, 2005; Tarkó és Benkő, 2011).

A magyar felsőoktatás és az egészségfejlesztés kapcsolata

Doorisnak (2005) az Egészségfejlesztő Egyetem prioritási területeit bemutató alábbi ábrája világossá teszi az akciók kapcsolati rendszerét. A hazai helyzet elemzését a 2. ábra alapján végezzük el.

2. ábra. Az egészségfejlesztő Egyetem akcióterve



Oktatás

Az egészségfejlesztés a felsőoktatás kurrikulumaiban különböző minőségben van jelen. A fejlődési tendencia sajátos: a posztgraduális szakirányú továbbképzésből került a graduális képzésbe, és végül a doktori iskolák is befogadták ezt a területet. Közel két évtizedes múltra tekint vissza az egészségfejlesztő mentálhigiénikus szakemberképzés (1994), mely már indulásakor mint önálló oktatási kimenet jelent meg. Az akkori Szegedi Juhász Gyula Tanárképző Főiskola indította útjára ezt a szakirányú továbbképzést, amelyet hamarosan további hat tanárképző hely adaptált (Benkő, 1997; 1998; 2003). A Debreceni Egyetem

Népegészségügyi Iskolája 2000-ben szintén posztgraduális formában indította egészségfejlesztés szakirányú továbbképzési szakát. Ezek a második diplomát adó képzések elsőként biztosítottak lehetőséget arra, hogy a végzettek visszatérve eredeti munkahelyükre (iskola, egészségügy, szociális ellátó rendszer, civil szervezetek stb.) a megszerzett tudást és készséget eredeti munkakörnyezetükben alkalmazzák.

A felsőoktatás bolognai rendszerhez illeszkedő átalakítása után az alapképzésben két formában jelent meg az egészségfejlesztés. Korábban a tanárképző karok egészségtan tanári diplomát adtak ki, ezek mára *rekreációs szervezés és egészségfejlesztés* vagy *egészségfejlesztő tanár* szakokká alakultak. 2008 óta a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Karán a népegészségügyi mesterszak egészségfejlesztés szakiránnyal is választható, mesterszintű képzést kínálva e területen. A különböző szakok oktatási tematikájában integrált kurzusként, az egészségtudományi szakok esetében leginkább mint készségfejlesztő tárgy található meg az egészségfejlesztés. Szegeden az orvosképzésben két féléves kötelezően választható tantárgyként szerepel.

A diszciplína a doktori iskolákban is megjelent; a Szegedi Tudományegyetem (SZTE) Neveléstudományi Doktori Iskolájában egészségnevelés néven, a Debreceni Egyetem (DE) Egészségtudományi Doktori Iskolájában, a Semmelweis Egyetem (SE) Főiskolai Karán, és a Pécsi Tudományegyetem (PTE) Egészségügyi Főiskolai Karának doktori iskolájában egészségfejlesztés néven. Összefoglalóan elmondhatjuk, hogy a magyar felsőoktatásban megszilárdult az egészségfejlesztő szakemberképzés. Az Egészségfejlesztő Egyetemmel szemben támasztott, a kurrikulummal kapcsolatos kívánalmat azonban akkor teljesítenék a

magyar egyetemek, ha valamennyi hallgató számára kötelező lenne az egészséggel kapcsolatos általánosan művelő kurzus elvégzése. Az ehhez szükséges háttéranyag - legalábbis a pedagógus-képzésben résztvevők számára - már rendelkezésre áll (Barabás, 2006).

Kutatások

A felsőoktatás szereplőire irányuló kutatások a kilencvenes évektől kezdve nagy lendületet kaptak. Számtalan cikk, doktori disszertáció, vagy akár hallgatói szakdolgozat foglalkozik főleg a hallgatók egészségmagatartásával, szomatikus és lelki egészségével. Különösen az orvostanhallgatók szerepelnek kitüntetett vizsgálati populációként, hiszen a hallgatói társadalom legsérülékenyebb rétegét jelentik. Hazai és nemzetközi felmérések sora foglalkozik az orvostanhallgatók lelki egészségével, alkalmazkodási nehézségeivel, stressz-forrásaival (Bíró et. al., 2008; Túry és Lajtai, 2005; Csabai és Barta, 2000). Az orvostanhallgatók 35-40%-a számára okoz nehézséget az egyetemi beilleszkedés, és több mint egyharmada gondolkodott már tanulmányai idő előtti befejezésén. Tanulmányok igazolják, hogy itthon is azok a tényezők jelentik valamennyi hallgató számára a legnagyobb kockázatot, mint amelyek a külföldi társaiknak is nehézséget jelentenek. Ide tartoznak a megnövekedett tanulmányi követelmények, az elsajátítandó nagy ismeretanyag, a számonkéréssel kapcsolatos nehézségek, önértékelési zavarok; szakmai inkompetencia érzése, melyhez bizonytalan szakmai jövőkép társul; beilleszkedési nehézségek; társas kapcsolati problémák: magánéleti problémák, párkapcsolati krízis; anyagi nehézségek, valamint drog és alkohol abúzus (Dent és Rennie, 2009).

Intervenciók lehetőségei

Dent és Rennie (2009) számos, a hallgatók nehézségeinek csökkentését, illetve egészségük javítását szolgáló lehetőséget vett számba, melyek közt szerepel a tanácsadói szervezet, a tutorális rendszer, a kortárs segítség, az egyetem által nyújtott egészségügyi szolgáltatások, valamint e-mailes és internetes kapcsolatteremtés (Rajnai, 2001). Ezek a lehetőségek számos hazai egyetemen is adóttak.

A tanácsadás országos hálózatát a Felsőoktatási Tanácsadás Egyesület (FETA) fogja össze, és biztosít fórumot az ország felsőoktatási intézményeiben mentális gondozással foglalkozó szakemberek számára (www.feta.hu). Az egyetemek, főiskolák keretein belül életvezetési és diáktanácsadó szolgáltatások működnek különféle szervezeti keretekben. A diáktanácsadó szolgálatok komplex programokat működtetnek, amelyek célja, hogy a hallgatók felsőfokú tanulmányaikat eredményesen folytassák. Segítséget nyújtanak tanulmányi, beilleszkedési, pályaadaptációs problémák esetén, ill. életvezetési vagy krízishelyzetben (Ritoókné és Szejmál, 2001).

A tutorális rendszer több hazai karon is működik. A tutori rendszer speciális formája az egyetemeken a tudományos diákkör, illetve az újabban indult tehetséggondozó programok, amelyek elsősorban a tehetséges és többletfeladatokat vállaló hallgatóknak nyújtanak lehetőséget az oktatókkal való kapcsolat elmélyítésére.

A Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán ún. osztályfőnöki rendszer keretében történik a hallgatók támogatása. Ennek lényege, hogy öt-tíz éves egyetemi gyakorlattal rendelkező oktatók dékáni kinevezéssel osztályfőnöki megbízást kapnak egyes évfolyamokhoz,

meghatározott feladatkörrel felruházva. Az osztályfőnökök mentorként, illetve mediátori feladatok ellátása révén segítenek a hallgatói közösségeknek vagy egyes hallgatóknak elsősorban tanulmányi, adminisztratív, lelki problémáik megoldásában. Az osztályfőnökök minden héten lehetőséget biztosítanak a hallgatóknak a személyes találkozásra. Fogadóóra keretében és e-mailen keresztül tartják a kapcsolatot a rájuk bízott évfolyam tagjaival; részt vesznek a hallgatók szabadidős tevékenységeiben. Munkájukról beszámolót készítenek, a Kar pedig anyagilag is honorálja ezt a támogató feladatkört.

A kortárs segítség szintén jól működik több magyar felsőoktatási intézményben is; részét képezve a magyar felsőoktatási tanácsadásnak. Hatékony láncszeme a hallgatókkal való folyamatos, élő kontaktusnak. Az életkor hasonlósága és az életút rokonsága hozzájárul a segítők és a laikusok közötti hiteles kapcsolathoz. A kortárs segítők védőhálóként működnek a lelki problémák megelőzésében és feldolgozásában, továbbá hozzájárulnak a hallgatók biztonságérzetének kialakulásához, és az intézménnyel való kapcsolat javításához (Szenes, Katona és Katona, 2001). A kortárs segítők mint paraprofesszionális támogatók vesznek részt az információs, tanulmányi és személyes tanácsadásban, amelyre megfelelő képzőprogramokkal készítik fel őket. Emellett számos tevékenységet és programot szervezhetnek megelőzési céllal a maladaptív tevékenységek (magány, alkohol, drog) alternatívájaként.

Az orvostanhallgatóknak kínált, illetve a részvételükkel működő programok közül régi hagyományokkal rendelkezik a Szegedi Tudományegyetemen a Mediwell hallgatói kortárs segítő csoport, a budapesti ELTE Bölcsészettudományi Karán a Humánfa Csoport, illetve a

Semmelweis Egyetem orvosi karának hallgatóiból alakult Budapesti Orvostanhallgatók Kortársoktató Alapítványa (BOKA). A tanácsadók lehetőséget adnak a képzés alatt felmerülő problémák, az érzelmi megterhelés felismerésére és kezelésére, hatékony megküzdési technikák elsajátítására, továbbá hozzájárulnak a tudatos karriertervezéshez (Sárközy és Barabás, 2009).

Egészségnevelő és -fejlesztő kortársak szervezik például az SZTE-n immár 20 éve az Egyetemi Egészségnapokat, az AIDS Világnapokat, a Tumor Prevenció Napokat, és a Sürgősségi Napokat, amelyek keretében a többi kar hallgatói számára nyújtanak adekvát információkat, igyekeznek képessé tenni hallgató társaikat bizonyos egészséggel kapcsolatos készségek elsajátítására, illetve kampányaik segítségével a többi hallgató figyelmét is ráirányítják az egészségi állapotukra. Ezek a kortársak megvalósítják az egészségfejlesztő egyetemmel szemben állított azon követelményt is, amely szerint a tágabb közösség irányában is hatnak, mivel rendszeresen részt vesznek általános és középiskolák egészségfejlesztő projektjeiben (pl. Teddy Maci Kórház, Városi Sürgősségi Nap, Szegedi Ifjúsági Napok).

Nagy lehetőséget jelentenek az internetes információs felületek, valamint a villámpostával, e-mail révén nyújtott tanácsadások. A digitális korban felnőtt új generáció ugyanis ezt az eszközt választja leginkább információszerezésre. Az egyetem felelőssége e téren abban áll, hogy megfelelő és rendszeresen frissített ismereteket nyújtson minden hallgató számára elérhető módon (DeRoos, 1977). Jó példa erre a University of Lancashire által működtetett, hallgatókat támogató szolgáltatás (Student

Support Service), igen széles körű, naprakész információkat nyújtó honlappal

([http:// www.uclan.ac.uk/information/services/sss/the_i/index.php](http://www.uclan.ac.uk/information/services/sss/the_i/index.php)).

Sajnálattal kell megállapítani, hogy a magyar felsőoktatásban az oktatók egészségi állapota nem szerepel a prioritások közt: annak fejlesztésére nem található intervenciós program. Bár valamennyi felsőoktatási intézményben lehetőség van az oktatók testmozgására, és működik foglalkozás-egészségügyi ellátó szolgálat is, de az egyetemek intézményi politikájában nem szerepel, hogy egészséget támogató munkahelyek kívánnának lenni. Nincs az oktatók egészségét megtartó vagy fejlesztő intervenciós stratégia, és nincs hazánkban hagyománya az oktatói munka mentális segítésének, a szupervíziónak sem. Ez a hiányosság az ún. „rejtett kurrikulum”; vagyis a hallgató által megtapasztalt klíma és munkahelyi szokásrendszer révén visszahat a fiatal generációra, és alakítja a hallgatók szemléletét, akik végzettként így sajnálatos módon ezt a kultúrát viszik tovább, melynek folyományaként a következő generációnak sem lesz igénye az egészséget támogató munkahely megteremtésére.

Egészséges környezet

Az egészséget támogató környezet kialakítására szolgáló törekvéseknek hazánkban nem kedvez az a tény, hogy a növekvő hallgatói létszámot nem mindenhol követi a kubatúra és az infrastruktúra bővítése. A hallgató/oktató arány változása nemcsak a fizikai környezetet befolyásolja, hanem az oktatási klímát is negatívan érintheti. Az oktatási környezet és egészség kapcsolatát vizsgáló kutatásoknak nincsenek

magyarországi hagyományai, az egészségi megfontolásokat középpontba állító átalakítások ezért is váratnak még magukra. Márpedig az esztétikus emberi környezet az egészség mellett hozzájárul az etikusabb viselkedés kialakításához is, ezért az új épület-beruházásokat, fejlesztéseket ennek figyelembevételével kellene tervezni. Számos követendő nemzetközi példa található, amelyet - a hazai sajátosságokat szem előtt tartva - érdemes lenne figyelembe venni az egyetemek új beruházásainak tervezésekor, illetve átalakítások előtt is (Xiangyang et. al., 2003; Lee és Graham, 2001).

Egyetemek küldetése

Az a tény, hogy ez a bekezdés a tanulmány végére került, kifejezi, hogy a magyar felsőoktatási intézmények oktatáspolitikájában az egészségfejlesztés egyelőre nincs a prioritások között. Vagyis a *Health in all policies* alapelve az egészségfejlesztést egyébként diplomát adó formában oktató egyetemeken belül sem érvényesül. Az egyetemi elköteleződés abban is megnyilvánul(na), hogy hatást gyakorol(na) az allokációs prioritásokra; az egészségfejlesztés participatív és demokratikus alapelvei szerint figyelembe véve és támogatva a *lentől jövő* ötleteket, a segítő folyamatokat, aktívan elősegítve a partneri viszony kiépítését mind az oktatók és hallgatók, mind a karok közt, mind pedig az egyetem és tágabb környezete között.

Abban reménykedhetünk, hogy az a versenyhelyzet, amelyet az oktatáspolitikai az elmúlt években a magyar felsőoktatásban kialakított, s amelynek eredményeként a képzőhelyek versenyben vannak a hallgatókért, várhatóan kitermeli az egészséget támogató egyetemeket,

hiszen a környezetileg, mentálisan és szervezetileg is barátságosabb klímájú intézmények vonzóbbá válhatnak. Így hazánkban is ki fog alakulni az Egészséges vagy Egészségfejlesztő Egyetemek Hálózata, amelynek környezetében és szellemiségében szocializálódó fiatal szakemberek kreatív és innovatív erőforrásai lesznek szűkebb és tágabb környezetüknek, hosszú távon kedvezőbb irányba elmozdítva a magyar populáció egészségi állapotát.

Irodalom

- Barabás Katalin (2006, szerk.): *Egészségfejlesztés - alapismeretek pedagógusok számára*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Benkő Zsuzsanna (1997, 2003): *"Mert életem millió gyökerű"*. Egészségfejlesztés-Mentálhigiéné sorozat, JGYTF, Szeged.
- Benkő, Zs. (1998): Hungarian models of training programs in health promotion. Society of Health Promotion, *World Conference on Health Promotion and Health Education*, Puerto Rico, 1998.
- Benkő Zsuzsanna és Tarkó Klára (2005, Szerk.): *Iskolai egészségfejlesztés. Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez*. JGYF Kiadó, Szeged.
- Bíró, Éva, Balajti, Ilona, Ádány Róza és Kósa Karolina (2008): Az egészségi állapot és az egészségmagatartás vizsgálata orvostanhallgatók körében. *Orvosi Hetilap*, 149(46): 2165.-2171.
- Csabai Márta és Barta Krisztina (2000): Az orvosi identitás alakulása. Orvostanhallgatók nézetei az orvosi pályáról, az orvos szerepről. *Lege Artis Medicinae*. 8: 638.-644.

- Dent, J. A. and Rennie, S. (2009): Student support In: Dent, J. A. and Harden, R. M. (2009, Eds): *Practical Guide for Medical Teachers*. Churchill Livingstone Elsevier, Edinburgh. 378.-384.
- DeRoos, R. L. (1977): Environmental health and safety in the academic setting. *American Journal of Public Health*, 67: 851.-854.
- Dooris, M. (1998): Working for Sustainable Health: University of Central Lancashire Health Promoting University Phase 1 Progress and Evaluation Report, University of Central Lancashire, Preston.
- Dooris, M. (2005): Healthy settings: Challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promotion International* 21:155.-62.
- Felsőoktatási Tanácsadás Egyesület www.feta.hu
- Lee, J. and Graham, A. N. (2001): Students' perception of medical school stress and their evaluation of a wellness elective. *Medical Education*, 35: 652.-659.
- Rajnai Nadinka (2001): A felsőoktatási tanácsadás a Kodolányi Főiskola Diáktanácsadó és Információs Irodájában. In: Rajnai Nadinka (2001, szerk.): *Diáktanácsadók a felsőoktatásban*. Soros Oktatási Füzetek. Budapest. 93.-104.
- Ritoókné Ádám Magda és Szmejkál Szabolcs (2001): Az ELTE BTK Diáktanácsadó Központja. In: Rajnai Nadinka (2001, szerk.): *Diáktanácsadók a felsőoktatásban*. Soros Oktatási Füzetek, Budapest. 87.-92.
- Sárközy Virág és Barabás Katalin (2009): Kortárs segítségen alapuló egészségfejlesztési projekt a Szegedi Tudományegyetem

- Általános Orvostudományi Karán. *Egészségfejlesztés*, 5-6: 41.-48.
- Szenes Márta, Katona Edit és Katona Miklós. (2001): A Diákcentrum Universitas, Szeged működésének bemutatása. In: Rajnai Nadinka (2001, szerk.): *Diáktanácsadók a felsőoktatásban*. Soros Oktatási Füzetek, Budapest. 118.-126.
- Tarkó Klára, Dr. és Benkő Zsuzsanna, Dr. habil. (2011): Felsőoktatási kezdeményezések a kisebbségek egészség-esélyeinek növelése érdekében. *Egészségfejlesztés*, LII. évfolyam, 2011. 4. szám. 14-19.
- Tsouros, A. D. (1991): *WHO Healthy Cities project: a project becomes a movement. Review of progress 1987 to 1990.*, FADL publishers and Milan SOGESS, Copenhagen.
- Tsouros, A. D., Dowding, G., Thompson, J. et al. (1998): *Health Promoting Universities: Concept, Experience and Framework for Action*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, p.3.
- Túry Ferenc és Lajtai László. (2005): Hivatás és személyiség. Az orvostanhallgatók és orvosok pszichológiai problémái: In: Kopp Mária és Berghammer Rita (2005, szerk.): *Orvosi pszichológia*. Medicina Kiadó, Budapest. 237.-249.,
- World Health Organization (WHO, 1986): *Ottawa Charter for Health Promotion*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- World Health Organization (WHO, 1997): *Jakarta Declaration on Health Promotion into the 21st Century*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Xiangyang, T., Lan, Z., Xueping, M., Tao, Z., Yuzhen, S. and Jaguszy, M. (2003): Beijing health promoting universities: practice and evaluation. *Health Promotion International*, 18: 107.-113.

A probléma-alapú tanulásban rejlő lehetőségek a felsőoktatásban

Kis Bernadett

Felsőoktatásban dolgozó szakemberekként valószínűleg mindannyian szembesültünk már azzal a problémával, hogy hallgatóink még csak-csak elsajátítják valahogy a tananyagot, de az ismeretek alkalmazása már nehézséget okoz számukra. A felsőoktatás változásai/reformjai folyamatos feladatok elé állítanak bennünket: szakindítási vagy akkreditációs anyagok előkészítése, tantervfejlesztési munkák stb. Ezek során újra-meg újra előkerülő kérdések, hogy mi legyen a törzsanyag, mik legyenek a differenciált szakmai ismeretek, és végül, hogy a tőlünk kikerülő szakemberek milyen kompetenciákkal is rendelkezzenek. Ezen hosszas és fáradtságos előkészítő munkák során implicit vagy akár explicit módokon előkerülnek a pedagógia nagy kérdései: mi a tudás? Mi a tanulás? Mi az optimális tanulási környezet hallgatóink számára? Mely módszerekkel lenne leghatékonyabb a tudás átadása? Aztán ehhez még hozzájönnek saját multidiszciplináris területünk, az egészségfejlesztéssel (Benkő és Tarkó, 2005) összefüggő kérdések. Hogyan készítsük fel a hallgatóinkat egy ilyen gyorsan és intenzíven változó területen, hisz nem tudjuk megjósolni, hogy milyen helyzetekbe fognak belekerülni? Hogyan lehetne mégis az egész életszerűbb, életszagúbb? Hogyan tudjuk áthidalni a hagyományos értelemben vett iskolai tanulás és a természetes tanulás közti szakadékot? Kierlelünk magunkban bizonyos válaszokat és megegyezünk, hogy

valamilyen részvételen alapuló, kooperatív (Tarkó, 2004), tanulóközpontú, konstruktív pedagógiai módszerek felé szeretnénk elmozdulni (Tarkó és Benkő, 2005). Miért gondoljuk, hogy ez jó lehet nekünk?

Lássuk először a konstruktivizmust! A konstruktív pedagógia alapelveit itt Nahalka (1997a, b) alapján összegzünk. Ahogy az az irányzat nevéből is következik, „az emberi tudás konstrukció eredménye”, vagyis „a megismerő ember felépít magában egy világot, amely tapasztalatainak szervezője, befogadója, értelmezője lesz” (Nahalka, 1997a. 24. o.). Ez a belső világ vagy világmodell dolgozza fel, értelmezi, rendszerezi a megismerő embert ért hatásokat, információkat. A konstruktivizmus nem foglalkozik azzal a kérdéssel, hogy ez a belső tudás igaz vagy hamis, helyette inkább azt tartja fontosnak, hogy az adott tudás vagy ismeret elősegíti-e a megismerő ember alkalmazkodását vagyis adaptív-e. A konstruktivizmus szerint a tanulás „állandó konstrukció, a belső világ folyamatos építése” (Nahalka, 1997a. 24. o.). Ez az építkezés egy értelmezési folyamat, mely mindig a korábbi ismeretekre alapoz, ezért a konstruktivista megközelítés kiemelt szerepet szán a megelőző tudásnak.

Nahalka a továbbiakban még két szempontot említ a konstruktivista pedagógiával kapcsolatban, mely számunkra éppúgy fontos: az egyik a tanulói aktivitás, a másik a kontextusfüggőség. Az első szemponthoz azt fűzi hozzá, hogy az a jó, ha minél több funkciót mozgatunk meg egy gyerekekben - legyen az akár lelki, akár testi – és az aktivitás ne csak tudományos, hanem ahogy ő nevezi társadalmi is legyen vagyis tartalmazzon például együttműködést, versenyt, vezetést, szervezést, érdekegyeztetést, stb. Minderre azért van szükség, mert „minél változatosabb formákban találkozunk a gyermek a tanulnivalóval, annál

biztosabb a rögzítés, annál használhatóbb lesz a későbbiekben a tudás alkalmazása” (Nahalka, 1997b. 14. o.). A másik kiemelt szempont a valós kontextusba ágyazottság. Ez azért különösen fontos, hisz elsősorban azt sajátítjuk el, ami összefügg a mindennapi életünkkel, amivel kapcsolatban rendelkezünk valamilyen tapasztalattal. Ebből következően az a legmegfelelőbb, ha a tanulás kontextusa életszerű, a valós környezetet veszi alapul és olyan autentikus problémákra épít, melyekkel az életben találkozhatunk és „nem pusztán valamelyik tudásterület belső folyamataként mint diszciplináris problémák jönnek létre” (Nahalka, 1997b. 14. o.).

Abban is egyetértünk, hogy mivel a hallgatóink későbbi munkájuk során számos problémával fognak találkozni, melyeket feltételezhetően nem egyedül fognak megoldani, így azt is szeretnénk, ha bizonyos tanulási helyzetekben együttműködnének egymással. Martontól (2000) kölcsönözzük e helyütt a tanulóközösség kifejezést, melynek alkalmazása, mint látni fogjuk, számos előfeltételezéssel jár. Maga a kifejezés egy olyan szemléletet tükröz, mely „a tanulást társas tevékenységekben való részvétel eredményének - vagy melléktermékének - tekinti” (Marton, 2000. 139. o.). Ez a megközelítés elsősorban olyan kutatásokra támaszkodik, melyek az iskolarendszeren kívüli, vagyis informális és természetes tanulást tekintik kiindulópontnak, mely „nagy mértékben értelmes, hatékony, identitásformáló, eszközhasználó és közösen végzett” (Marton, 2000. 139. o.) és amelyhez képest, ahogy Marton is állítja, az iskolai tanulás időnként „sivárnak”, unalmasnak tűnhet. Ezáltal az a pszichológiai és pedagógiai hagyomány kérdőjeleződik meg, amely a vizsgálata tárgyául az iskolai feladattal egyedül megküzdő tanulót állítja a középpontba. A

tanulóközösség koncepciójának alkalmazása tehát azt is jelenti, hogy feltételezzük, hogy a tudás és kompetencia magában a rendszerben oszlik el, a tanulók, tárgyak, eszközök stb. között. A tanulás ily módon a rendszer változásai révén történik: ahogyan együttműködnek, ahogyan a rendelkezésre álló eszközeiket használják a tanulók, vagyis nemcsak az egyén tanul, hanem a közösség is tanul.

Marton (2000) további gondolatmenete meglehetősen hasonlít a mi kezdeti kérdésfeltevésünkre. Még ha el is fogadjuk, hogy a diákokat úgy tudjuk leginkább a jövőre felkészíteni, ha engedjük, hogy részt vegyenek értelmes és fontos tevékenységekben valamint tanulóközösségekben akkor szembetaláljuk magunkat azzal a paradoxonnal, hogy hogyan lehet valakit felkészíteni olyan jövőbeli helyzetekre, mely a jelen helyzettől nagyrészt különbözik illetve számunkra is ismeretlen még. Marton válasza erre a variáció. Vagyis szerinte variáció nélkül nincs észlelés és nincs tanulás. Bizonyos variációs mintázatokat szükségszerűen meg kell élnünk, tapasztalnunk, ahhoz, hogy bizonyos szemlélet kialakuljon bennünk. Ezt ő igaznak véli a számtan elsajátítása kapcsán ugyanúgy, mint a társadalmi különbségek megtapasztalása során. Vagyis ha azt szeretnénk, hogy a diákok a jövőben számukra addig még ismeretlen problémákat oldjanak meg hatékonyan együttműködve, akkor hagynunk kell, hogy minél változatosabb és új problémákkal találkozzanak tanulmányaik során a tanulóközösségeikben, „mindezt azért, mert a változásra csakis a változás megtapasztalásával lehet felkészülni” (Marton, 2000. 139. o.).

És aztán jön egy külföldi workshop és azt mondjuk: talán a PBL...

A probléma alapú tanulás (PBL)

A kezdetek az 1960-as évekre nyúlnak vissza, amikor is a kanadai McMaster Egyetemen egy maroknyi újító szellemiségű tudós- köztük Barrows – ötletei és gondolatai alapján bevezettek egy új PBL alapú tantervet az orvosképzésben, melynek az újdonságát elsősorban a kis létszámú hallgatói csoportokban való tanulás és az életszerű problémákkal való találkozás adta. A programot nagy nemzetközi érdeklődés kísérte és hamarosan az ausztrál Newcastle Egyetem és az újonnan alakult hollandiai Maastricht-i Egyetem orvosi kara is követte a példát (Van Berkel és mtsai, 2010). Az azóta eltelt 50 évben az orvostudományon kívül számos más tudományterületen is megjelent és népszerűvé vált a PBL szemlélete, megközelítése.¹³

A PBL-nek számos meghatározása született az évtizedek során¹⁴, melyek többek között olyan oktatási módszerként vagy fejlesztő stratégiaként írják le, melyben központi jelentőségű az életszerű problémák megoldása. Bridges és Hallinger (1995, idézi Hallinger et. al., 2004) az alábbi 6 meghatározó tényezőt emeli ki a sokféle megközelítésből:

1. A tanulás kiindulópontja mindig egy probléma.

¹³ Lásd erről bővebben például Schmidt, H. (2012): A brief history of problem-based learning. In: O'Grady, G., Yew, E., Goh, K.P.L., and Schmidt, H. (2012. Eds): *One-Day, One-Problem. An Approach to Problem-based Learning*. Springer. Chapter 2.

¹⁴ Lásd erről bővebben például Molnár Gyöngyvér (2005): A probléma-alapú tanítás. Az ismeretek alkalmazásának és az együttműködő-készség fejlesztésének módszere *Iskolakultúra*. 10. sz. 31-43.

2. A probléma jellegzetesen olyan, mellyel későbbi munkahelyükön találkozhatnak a diákok.
3. A „tananyag” nem tudományterületek, hanem problémák köré szerveződik
4. A diákok felelőssége nagy a saját irányításuk, ellenőrzésük és tanulásuk felett.
5. A tanulás többnyire kiscsoportos formában történik és nem nagylétszámú előadásokon.
6. A központi probléma megoldása túlmutat a probléma felismerésén és elemzésén.

Amit a módszer többek szerint fejleszt: problémamegoldó készség, a megfelelő források megtalálása és használata, együttműködés, kommunikációs készség, információszerzés, kritikus gondolkodás, reflexió, prezentációs készség, autonómia, vezetés, csapatjáték, szociális készségek, folyamatorientáció (Barrows, 1985, 1986; Savery és Duffy, 2001 idézi Loureiro és mtsai, 2009).

Nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt a tényt, hogy széleskörű népszerűsége ellenére számos alapvető kérdés a PBL-el kapcsolatban ellentmondásos, hogy csak az egyik legszembevetőbbet említsük, nincs egyetemes egyetértés arra vonatkozóan, hogy mi is ténylegesen a PBL. De abban sincs konszenzus, hogy mik a specifikus kimenetei, és azokat hogyan lehetne mérni (Newman és mtsai, 2001). Úgy tűnik, hogy minden egyes tudományterület összegyűjtötte a PBL-el kapcsolatos tudásanyagot és valamilyen módon a saját tudományterületére adaptálta és sokszor

átalakította a megközelítést. Lássuk hogyan alakult és alakul a probléma alapú tanulás az egészségfejlesztésben!

PBL az egészségfejlesztésben

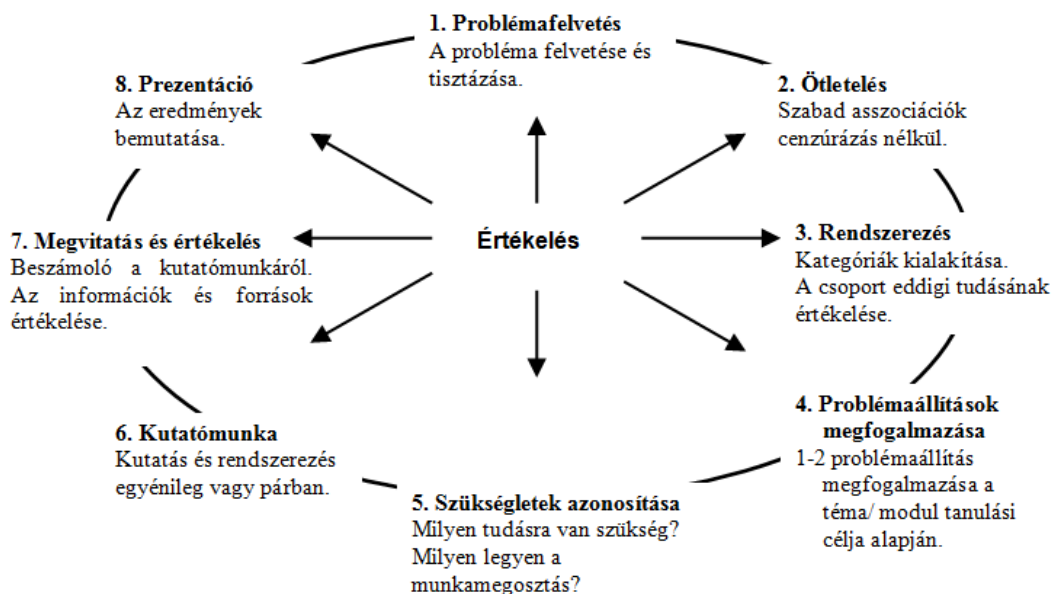
A cikk bevezetőjében említett kérdéseinkkel, aggályainkkal nem voltunk egyedül a tudományterületünkön. Néhány évvel ezelőtt már elkezdődött az a folyamat Európában, mely a népegészségügyi és egészségfejlesztési kompetenciák kialakításához modernebb, hatékonyabb oktatási módszereket javasolt. A PHETICE (Public Health Education and Training in the Context of an Enlarging Europe) és a EUMAHP (European Masters in Health Promotion) projektekben a tanulás általánosan elfogadott megközelítése a konstruktivista szemlélet, és ezen belül olyan tanulóközpontú módszereket ajánlanak mint például a probléma alapú tanulási projekt (PBLP). A PBLP egy olyan megközelítés, mely tartalmazza a PBL kulcskomponenseit és valós vagy szimulált problémahelyzeteket. Ebben a megközelítésben a probléma alkotja a projekt kiindulópontját (Loureiro és mtsai, 2009). A PBLP alkalmazását azért tartjuk megfelelőnek, mert mi magunk is megéljük, hogy egy nagy hagyományokkal rendelkező felsőoktatási intézményben nem könnyű a váltás a tanárközpontú módszerekről a tanulóközpontú módszerekre, nemhogy egy teljes PBL alapú tantervre. Nem vagyunk abban a szerencsés helyzetben, mint volt annak idején a Maastricht-i Egyetem egyetlen kara, az orvosi, hogy kezdetektől fogva egy PBL alapú tantervi megközelítésben oktatnak. Ezért is válhatott a PBL oktatás és kutatás fellegvárává Maastricht, ahol számos európai felsőoktatási szakember képződött ki a módszerre, köztük a Bergen-i Egyetem oktatói is.

Tekintsük át most a módszert úgy, ahogyan azt Bergenben alkalmazzák az egészségfejlesztés master képzésben Fosse (2007) alapján, hiszen ez az, ami a mi modellkísérletünk alapjául szolgált.

A csoportot 5-8 fő hallgató és 1-2 tutor alkotja. A csoport hetente kétszer találkozik és minden csoporttalálkozásnál van egy elnök és egy jegyző (ha rövid ideig tart a probléma megoldása, nem érdemes mindig új elnököt és jegyzőt választani). A találkozók időtartama másfél óra, ebből az utolsó 10-15 percet a tartalom és a folyamat értékelésére szánják.

Az alábbiakban magát a folyamatot, vagyis a probléma alapú tanulási kört mutatjuk be, mely eredetileg 7 lépéses, de a Bergeni szakemberek kiegészítették ezt egy nyolcadikkal.

1. ábra. A probléma alapú tanulási kör (Fosse, 2007 alapján)



1. lépés: problémafelvetés

A diákok megkapják a szituációt, tanulmányozzák, tisztázzák, ha valami nem világos.

2. lépés: ötletezés

Mindenki elmondja az ötleteit cenzúrázás nélkül. A jegyző feljegyzéseket készít.

3. lépés rendszerezés

Kategóriákba rendezik az ötleteket és értékelik a probléma megoldása szempontjából. Összegzik, hogy mi az, amit eddig tudnak a problémáról.

4. lépés: problémaállítások megfogalmazása

Egy vagy két problémaállítás megfogalmazása, amely releváns a kurzus tanulási célját tekintve és amellyel azután dolgozni fognak.

5. lépés: szükségletek azonosítása

Azonosítják, hogy mit kellene még tudni ahhoz, hogy megoldják a problémát. Kiosztják, hogy kinek mi lesz a feladata (egyéni vagy párban dolgoznak)

6. lépés: kutatómunka

Könyvek, folyóiratok, internetes források tanulmányozása, rendszerezése majd a csoport elé tárása.

7. lépés: megvitatás és értékelés

Az összegyűjtött anyagokat értékelik a forrás és hasznosság szempontjából majd rendszerezik azokat. Az állításokat értékelik az összegyűjtött anyag fényében. Ha szükséges további információt gyűjtenek.

8. lépés: prezentáció

Poszter, előadás vagy szemináriumi megbeszélés során bemutatják a csoport munkáját, majd értékelik a tanulási és a csoportfolyamatokat egyaránt.

Az, hogy a folyamat mennyire lesz hatékony részben a diákok, részben a tutorok és részben a két fél közti megosztott felelősségben rejlik. A diák felelőssége az, hogy megjelenjen és aktív legyen a csoportmegbeszéléseken. Az aktivitás vonatkozik a tartalomra és a társas életre egyaránt. Vagyis folyamatokat kell előrelátnia, előre jeleznie és mindezt másokkal való együttműködésben.

A tutornak minden szakaszban kicsit más a felelőssége. Az elején például az ötletelést bátoríthatja, a rendszerezést segítheti azzal, hogy az ellentmondásokra ráirányítja a figyelmet. Később figyelnie kell arra, hogy a problémaállítások realiztikusak legyenek, a források értékelésénél pedig felhívhatja a figyelmet az értékesebb forrásokra. A szintézisnél szintén segíthet abban, hogy vizualizálják az összegyűjtött információkat vagy felhívhatja a figyelmet a tudás alkalmazhatóságára. Tanácsot viszont minden szakaszban adhat, és segítheti a konfliktusok megoldását is. Legfontosabb részéről a kérdés képessége – főként a metakognitív

(Tarkó, 1998, 1999) kérdések alkalmazása: „Honnan tudod?”, „Mit kell még tudnotok?”, „Mit feltételezhetünk, ha...?”

És végül diák és tutor egyaránt felelős azért, hogy a csoport a tartalom és a társas élet szempontjából is jól és hatékonyan működjön. Az elején az elvárások és a szabályok tisztázása, közben pedig a folyamatos visszajelzések révén valósulhat ez meg.

Lássuk, hogyan valósul meg mindez a norvég képzésben! Bergenben 2002 óta használják a módszert a hazai és a nemzetközi egészségfejlesztés master képzéseik alapozó és gyakorlati fázisában. Az alapozó szakaszban 3 problémán dolgoznak a hallgatók, összesen 9 héten keresztül. Ezek powerpointos prezentációval záruló feladatok. A gyakorlati modulban a PBL és a projekt kombinálása kapcsán egészségfejlesztő gyakorlatok és beavatkozások értékelését végzik el a hallgatók, mely egy fél napos terepszemlével kezdődik az adott intézményben és írásbeli beszámolóval zárul. Bergenben már szinte a kezdetektől heti előadásokon igyekeznek azonos szintre hozni a sokfelől hozzájuk érkező külföldi hallgatókat, akik kezdetben pontosan az eltérő háttér és a minimális egészségfejlesztési ismeretek híján nehezen találtak rá egy-egy problémára.

Bergenben már két értékelő jelentés is készült a módszer bevezetése óta. Néhány általuk megfogalmazott következtetés, tanulság:

- a 3 hetet a diákok kevésnek találták a problémák megoldására; túlságosan megerőltetőnek érezték
- a „potyautasok” ellen szabályok kellene
- az introvertáltak számára nehéznek bizonyult a csoportban való munka

- az előadásokat nem lehet kihagyni az oktatásból, mert a különböző háttérű diákokat hasonló szintre kell hozni, közös tudásalapot kell biztosítani
- a tanárok között javult az együttműködés
- igazán jó tutor az, aki nagy tapasztalatokkal rendelkezik és a PBL-ben képzett (Fosse, 2007).

A Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Karán működő Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet a 2009-2010-es tanévben vezette be modellkísérlet jelleggel Rekreációs szervezés és egészségfejlesztés alapképzési szakja egészségfejlesztő szakirányában a probléma-alapú tanulás módszerének alkalmazását az egészség-esélyegyenlőtlenségek (Lippai, Benkő, Erdei és Tarkó, 2007; Tarkó, 2010; Tarkó és Benkő, 2011; Benkő, 2011) mérséklése szempontjából fontos területen, a Kisebbségek egészségfejlesztése című tárgy keretében. A fentiekben ismertetett bergeni modelltől eltérően, már maga a problémafelvetés, a probléma pontos megfogalmazása, azonosítása is a hallgatók konszenzusának eredménye. Ez a megoldás erősíti a hallgatói problémaérzékenységet, ami a társadalmi felelősségvállalás egyik fontos alappillére. A kettős csoportvezetéssel folyó modellkísérletben szerzett tapasztalatokat - a folyamatosan vezetett feljegyzések és dokumentációk, az elkészült hallgatói prezentációk, valamint a csoportok visszajelzései alapján - a kurzus tutorai elemzik és publikálásra előkészítik.

Irodalom

- Barrows, H. S. (1985): *How to design a problem-based curriculum for the preclinical years*. Springer Publishing Company, New York.
- Barrows, H. S. (1986): *A taxonomy of problem-based learning methods*. *Med Educ* 20:481.– 486.
- Benkő Zsuzsanna és Tarkó Klára (2005, Szerk.): *Iskolai egészségfejlesztés. Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez*. JGYF Kiadó, Szeged.
- Benkő Zsuzsanna, Dr. habil. (2011): Az egészségfejlesztő szakemberek a magyar közoktatásban. A felsőoktatás válasza. *Egészségfejlesztés*, LII. évfolyam, 2011. 3. szám.
- Marton Ference (2000): Variatio est mater studiorum. *Magyar Pedagógia*. 100. évf. 2. szám 127-140.
- Molnár Gyöngyvér (2005): A probléma-alapú tanítás Az ismeretek alkalmazásának és az együttműködő-készség fejlesztésének módszere *Iskolakultúra*. 10. sz. 31-43.
- Nahalka István (1997a): Konstruktív pedagógia – egy új paradigma a láthatáron I. *Iskolakultúra*, 7.2. sz. 21–33.
- Nahalka István (1997b): Konstruktív pedagógia – egy új paradigma a láthatáron III. *Iskolakultúra*, 7.4. sz. 3–20.
- Hallinger, P., Blackwood, A., and Tannathai, P. (2004). Implementing problem-based learning in Thai higher education: A case study of challenges and strategies. *Chulalongkorn Educational Review*, 6-20. http://philiphallinger.com/wp-content/uploads/2013/01/PBL_Thailand.pdf

- Hillen, H., Scherpbier, A., és Wijnen, W. (2010): History of problem-based learning in medical education. In: Van Berkel, H. J. M., Scherpbier, A., Hillen, H. Van Der Vleuten, C. (2010. Eds): *Lessons from problem-based learning*. Oxford University Press. Chapter 2. (<http://fds.oup.com/www.oup.com/pdf/13/9780199583447.pdf>)
- Lippai László, Benkő Zsuzsanna, Erdei Katalin és Tarkó Klára (2007): Társadalmi esélyegyenlőtlenség az iskolákban: a kisebbségtudományokban jártas pedagógus. In: Szretykó György (2007, szerk.): *A szegénység, az egészség és a társadalmi kirekesztettség. A roncs társadalom szociológiai és társadalomgazdaságtani dimenziói*. Comenius Kft., Pécs. 440- 480.
- Loureiro, I., Sherriff, N. és Davies, J. K. (2009): Developing public health competencies through building a problem-based learning project. *Journal of Public Health* 17:417–424. (http://peer.ccsd.cnrs.fr/docs/00/53/52/78/PDF/PEER_stage2_10.1007%252Fs10389-009-0256-7.pdf)
- Newman, M. és mtsai (2001): *The Project on the Effectiveness of Problem Based Learning (PEPBL). A field trial in Continuing Professional Education*. Third International, Inter-Disciplinary, Evidence based Policies and Indicator Systems Conference. July, 2001. <http://www.cem.org/attachments/ebe/P220-230%20Mark%20Newman.pdf>
- Savery, J.R., Duffy, T.M. (2001): *Problem based learning: an instructional model and its constructivist framework*. Technical Report No 16–01.Center for Research on Learning and Technology, Indiana University, Bloomington.

- Schmidt, H (2012): A brief history of problem-based learning. In: O'Grady, G., Yew, E., Goh, K.P.L., Schmidt, H. (2012. Eds.): *One-Day, One-Problem. An Approach to Problem-based Learning*. Springer. Chapter 2.
- Tarkó Klára (1998): A metakogníció fogalma a pedagógiában és a pszichológiában, *Iskolakultúra*, VIII. évf. 8. sz., 117-120.
- Tarkó Klára (1999): Az olvasás és a metakogníció kapcsolata iskoláskorban - szakirodalmi tanulmány, *Magyar Pedagógia*, 99. évf. 2. sz., 175-191.
- Tarkó, K. (2004): Educational methods for preventing prejudice. Cooperative education. In. Tarkó, K. (2004., ed): Multicultural education. In. Benkő, Zs. (2004., Editor of Series): *Integrated programmes for lower-primary teacher training*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. Szeged. 157-161.
- Tarkó Klára, Dr. és Benkő Zsuzsanna, Dr. (2005): A magyar tanítóképzés megújítása – tananyagfejlesztés a Szegedi Tudományegyetemen. *Új Pedagógiai Szemle*. 07. 08. 33. – 44.
- Tarkó, K. (2010): Prejudice and how minorities are viewed in the Hungarian society and in the Visegrad countries. In: Marjaana Soininen and Tuula Merisuo-Storm (2010, eds.): *Looking at diversity in different ways*. Uniprint, Turku. 63. – 73.
- Tarkó Klára, Dr. és Benkő Zsuzsanna, Dr. habil. (2011): Felsőoktatási kezdeményezések a kisebbségek egészség-esélyeinek növelése érdekében. *Egészségfejlesztés*, LII. évfolyam, 2011. 4. szám. 14-19.

**Az egészségfejlesztés erkölcsi – etikai
vonatkozásai**

Bevezető dilemmák etikatörténeti elemzésekhez¹⁵

Nagy Edit

Köszöntés

Jól-létünkhöz meghatározóan tartozik hozzá, hogy autonóm, tetteinkért felelősséggel bíró emberként is éljük életünket, s ne csupán determinált lényként. Lelki egészségünk önmagunk elfogadására, pozitív önértékelésünkre alapozódik, ezért csak a morálválasztás lehetőségével élő, a saját-morál megalkotásának nehéz feladatát magára vállaló ember teremtheti meg a világban való jól-létének előfeltételeit, és ezzel együtt, pszichés egészségének lehetőségét is. Eric Fromm (1998. 190-191. o.) így fogalmazott: „A pszichés egészség és a neurózis problematikája szorosan kapcsolódik az etika kérdésköréhez. Elmondható, hogy minden neurózis morális problémát jelenít meg.” Az Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézetet létesítő – a testi-lelki egészség megőrzésének lehetőségeit kutató/oktató - Benkő Zsuzsannát, a morálválasztás jelentőségét felvillantó írásommal köszöntöm.

„Sapere aude! Merj a magad értelmére támaszkodni!”¹⁶

¹⁵ Tanulmányom a *Moralitás és időbeliség* című, etikatörténettel foglalkozó könyvem *Bevezetés* című fejezeteként már megjelent. Ld.: Nagy Edit: *Moralitás és időbeliség. Etikatörténet-szövevények*, Belvedere Meridionale, Szeged, 2012. 12-33.

¹⁶ Horatius híres ajánlását Kant (1997. 15. o.) a felvilágosodás jelmondatává tette.

Az ember – ahogy Arisztotelész írta – közösségi lény, *társas állat (zoón politikon)*. És nem csak az, hiszen közösségi lényként – arra alkalmas társadalmi közegben – individuummá is formálódó lény, aki szembe is fordulhat közege, közössége értékeivel. Olyan lény, aki reflektálni is tud erre a kétpólusú létmódra. Képes beilleszkedni – jól/rosszul – készen kapott közösségeibe, és a közösségben megismert *kelléseknek* megfelelően tud cselekedni, ám akár meg is tagadhatja ezek követését. A sikeres beilleszkedést segítheti a közösséggel való érzelmi-értelmi azonosulás, segítheti az elfogadó, befogadó közösség pozitív vonzása, húzóereje. Az egyén meg akar felelni az elvárásoknak, s ez a megfelelés-igény ösztönzi az adott értékek elfogadására, követésére. A közösségbe való beilleszkedés sikertelensége – vagy erős kritikai szemléletmód kialakítása – pedig a közösség elvárásaival való szembefordulást, az értékek, normák követésének megtagadását eredményezheti.

Közösségében/közösségeiben sokféle impulzus éri az embert, a sokféle erőhatás eredőjeként formálódhat individuummá. Mind a közösség – akár az emberiség egésze is –, mind az individuum méltó a csodálatra, és szörnyűséges csodafajzatként is leírható. Ahogy már Szophoklész megénekelte az *Antigoné* első kardalában¹⁷: „Számptalan csoda van, de az embernél jelesebb csoda nincs.”¹⁸ Szophoklész eredeti, görög nyelvű mondatának – másféle rálátással – másféle értelmezése és fordítása is lehetséges, és ekkor az emberi létnek másféle vonása mutatkozhat meg. Az ismertebb fordítások közé tartozik Trencsényi-Waldapfel Imréné, akinek

¹⁷ Ld. bővebben az *Antigoné* első kardalának fordításairól: *Legenda Ratkó Józsefről* <http://www.hitelfolyoirat.hu/dl/pdf/20060925-40199.pdf> [2012. 04. 09.]

¹⁸ Mészöly Dezső fordítása.

fordításában az előbbi mondat tartalma azonos a Mészöly Dezső fordításában közölttel: „Sok van, mi csodálatos, de az embernél nincs semmi csodálatosabb.”¹⁹ Ettől markánsan eltérő kisugárzása van Ratkó József átültetésének: „Sok szörnyű csodafajzat van, s köztük az ember a legszörnyebb.”²⁰ Érdekes felfigyelni az ugyanazon görög szöveget németre fordító filozófus, Heidegger (1995) írására, amelynek magyarra fordítását a filozófus Vajda Mihály végezte: „Sok van, mi hátborzongató, de az embernél nincs semmi hátborzongatóbban otthontalan.”²¹ A filozófus Heidegger mást emelt ki ugyanabból a szövegből, mint amit az irodalmár fordítók kiemeltek, és amit a legtöbb korábbi fordítás tükrözött. Heidegger olvasatában az ember úton-levő lény, otthontalanságában otthont kereső lény. A közösségről leváló, magánemberré formálódó ember egyre erőteljesebben keresi saját helyét, szerepét a világban. Az ókori felvilágosodástól a 17. századi európai felvilágosodás koráig érlelődött a modernitás eme alapgondolata. Míg a premodern társadalmakban az egyénnek születésétől fogva meghatározott helye, szerepe, mondhatjuk: sorsa, rendeltetése volt, a *minden ember szabadnak és egyenlőnek születik* eszme kimondása azt is jelentette: a születéssel nem határozódott/határozott meg az egyén társadalomban betöltendő helye, szerepe. A premodern ember *megcímzett borítékot kapott* születésekor, a modern ember számára azonban *nincs megcímezve a boríték* – ahogy Heller Ágnes (1997) találóan jellemezte a másság lényegét. Az ókori ember *morált* választhatott, ám társadalmi funkcióját készen kapta. A

¹⁹ <http://mek.oszk.hu/00500/00500/00500.htm> [2012.04.18.]

²⁰ Szophoklész: *Antigoné* (ford.: Ratkó József), Nagykállói Városi Könyvtár, é. n. 16.

²¹ Szophoklész: *Antigoné* (Első kardal).

modern ember morált is választhat, és társadalmi szerepét is megválaszthatja. Már nincs készen kapott helye, koronként változóan ugyan, de mégis: többé-kevésbé neki magának kell megválasztania, és megteremtenie helyét, szerepét, értékvilágát.

Lehet idomítani, fenyegetni, büntetni a cseperedő gyermeket, az ifjút és akár a felnőttet is – bevésődhetnek így is a legfőbb kellékek, elvárások, az alapvető *'Ezt nem szabad tenned!'*, vagy *'Ezt kell tenned!'* parancsok. Lehet oktatni, hirdetni, kinyilatkoztatni az elvárt kellékek katekizmusát. És el lehet érni ezek követését, szokássá alakulását a szép tettek érzelmi-értelmi elfogadásának és begyakorlásának eredményeként, az autonóm lény saját választásaként is. Ezen utóbbi a legnehezebb, leginkább idő- és energiaigényes, az emberhez méltó élet megalapozásának mégis ez a legfőbb lehetősége/eszköze. Platón *Kratülosz* című dialógusában Szókratész az embert mozgató legfőbb erőként nem a kényszert, hanem a valaki/valami felé való törekvést, vágyakozást, szeretetet jelölte meg:

„[H]adász vággyal bilincsel, ha már egyszer az a legerősebb kötelék, és nem a kényszer. [...] No és van-e annál nagyobb vágy, mintha az ember valakivel érintkezve látja, hogy általa kiválóbb ember lesz?” (Platón, 1984. 775. – 776. o.).

Az értékek pozitív érzelmi-értelmi elfogadása/elfogadtatása ad esélyt arra, hogy készen kapott világukban maguk teremtette otthonossággal jó életet élhessenek az emberek. A büntetés idomíthat, segítségével bevésődhetnek ugyan az alapvető *'Ezt nem szabad tenned!'*-ek,

ám a büntetés nem szükségszerűen, inkább nagyon is ritkán teszi jobbá az embert. Nietzsche *A morál genealógiája* című kötetének egyik tanulmányában így írt a büntetés következményéről:

„[A] büntetés eldurvítja és megkeményíti a szívet [...]. Ha néha előfordul is, hogy megtöri az energiát, és bekövetkezik a szánalmas megalázkodás és lealacsonyodás, az ilyen eredmény még mindig kevésbé épületes, mint a büntetés átlagos hatása, amelyet száraz és sötét komorság jellemez” (Nietzsche, 1996. 92. – 96. o.).

Csak a saját választással bíró egyének lehetnek felelősek tetteikért, azok, akik valami hasonlót mondhatnak el magukról, mint amit József Attila fogalmazott meg *Levegőt!* című versében: „Az én vezérem bensőmből vezérel!”

„Az én vezérem bensőmből vezérel!
Emberek, nem vadak -
elmék vagyunk! Szívünk, míg vágyat érlel,
nem kartoték-adat.
Jöjj el, szabadság! Te szülj nekem rendet,
jó szóval oktasd, játszani is engedd
szép, komoly fiadat!”

Nem a büntetés eredményezte vasfegyelem, hanem a szabadon választott, elfogadott, vagyis a szabadságból született, arra épített rend az emberhez

méltó rend – amelyben adottak a jó élet lehetőségei – mind az egyén, mind pedig közössége számára.

Hogyan is válhat az ember öntörvényű lényé? E kérdés megválaszolása előtt az etikával, morálfilozófiával foglalkozó filozófusnak a *Mi az ember? Milyen lény az ember?* kérdéseket is érintenie kell. Ennek előzetes megválaszolása is szükséges ahhoz, hogy végiggondolható, felépíthető legyen egy etika. A későbbi, részletesebb válaszok előtt megemlítek néhányat az e kérdésre adott válasz-gondolatokból.

Immanuel Kant (1996), amikor a gyakorlati filozófiát, vagyis az etikát kezdte végiggondolni, az embert kettősséget hordozó lényként – véges eszes lényként – vagyis: determinált természeti-, és öntörvényű, szabad, szellemi lényként jellemezte, aki képes csak azért tenni valamit, mert az illeszkedik az erkölcsi parancshoz, a *kategorikus imperatívuszhoz*.²²

Kierkegaard (1993) pedig azt emelte ki egyik, emberdefiníciónak is mondható megjegyzésében, hogy az ember reflektáló lény, viszonyul önmagához, a többi emberhez, a világhoz: Az ember *szellem, Én*, önmagához viszonyuló viszony. Aki – miközben önmagához viszonyul – viszonyul Másokhoz is. Az ember „*szintézis, kétségbeesetten önmaga akar lenni, vagy kétségbeesetten nem akar önmaga lenni.*”

Írásom címében – *Moralitás és időbeliség* – együtt szerepel az idő és az erkölcs, a fejezetekben pedig újra és újra felbukkannak az időmetaforák, időre vonatkozó gondolatok. Vajon miért? A kötet címválasztásával azt szándékoztam kiemelni, hogy a moralitás

²² A *kategorikus imperatívusz* feltétlen parancs.

megjelenésének, majd az etikának mint erkölccsel foglalkozó diszciplínának megszületése, majd a morál világán belüli nagyobb átrendeződéseknek lényeges idő-vonatkozásaik, idő-leképezéseik is vannak. A változásokhoz, társadalmi mozgásokhoz, az egyéni életen belüli átrendeződésekhez mindig kapcsolódik az időhöz, időbeliséghez való viszonyulás megváltozása is. Ezért az etikát író filozófusok többnyire az időnek az emberi életben betöltött szerepét is érintik, hiszen az emberi élet problémái egyben időproblémák is. Heidegger (1992) szerint *az idő az individuáció elve*. Szokatlan megközelítésével érdemes barátkozni:

„[Az] időről nyilván idői módon kell beszélünk. A kérdést, mi az idő, idői módon akarjuk hát megismételni. [...] Ne a választ nézzük hát, hanem ismételjük meg a kérdést. Mi is történt a kérdéssel? A kérdés megváltozott. A kérdés: »Mi az idő?« azzá a kérdéssé lett: »Ki az idő?« Közelebbről: mi magunk vagyunk az idő? Avagy még közelebbről: én vagyok a saját időm?» (Heidegger, 1992. 50. – 51. o.)

A gyakran használt időmetaforákat – így például a *kizökent idő*, *eltűnt idő*, *gyorsuló idő*, *lassuló idő* vagy *az idő pénz*, *az idő szfinx*, *az idő folyik*, *az idő rohan* – használva élethelyzeteket jellemezhetünk, közmegegyezéseket közvetíthetünk. A felsoroltak közül Heller Ágnes (2000) az etika születéséhez illesztett markáns metafora – az *idő kizökkenése* – segítségével a morális viszonyulás lehetőségének megjelenését jelzi. Ahogy Shakespeare *Hamlet* című drámájában a főszereplő – híres monológiájában – utal arra, hogy olyan változások történtek hazájában, Dániában, amelyek lehetetlenné teszik a régi értékek

szerinti életet. Heller Ágnes az *idő kizökkenésének* metaforáját az etika történetéhez illesztve azt jelzi, hogy a reflektáló magánembert, a saját álláspontját kialakító individuumot kiérlelte a kor, s ezt követően a társadalmi közeg immár nem csupán az engedelmeskedést, behódolást várja el és engedi meg; nem csak a megszokott világ átörökítését igényli, hanem gazdagítását, jobbá tevését, fejlesztését, vagyis megváltoztatását is. *A modernitás ingája* (Fehér és Heller, 1993) már az ókorban, az 5-4. században kilendült. Hogy miért, arról részletesebben majd a Platón etikájával foglalkozó részben lesz szó. Ám ezzel a *kilendüléssel* a reflektáló, kritikus ember, a másként gondolkodás lehetőségét választó, kételkedő ember is megszületett – markáns példaként említhető ilyen alakként Szókratész, akit az etika atyjaként címkéznek a filozófia történetében.

Szókratész arról híresült el, hogy *gondolkodtatott*, és maga is kritikusan gondolkodott. A gondolkodni merészülő autonóm ember létezése *kell* ahhoz, hogy a morál világról, morális lényről, morális viszonyulásról mint létező jelenségekről értekezni lehessen, hogy az etika megszülethessen. Miért is ne *merne* az ember gondolkodni? Azért, mert sokkal kényelmesebb, és rövid távon általában sokkal gyümölcsözőbb is azt tenni, amit az emberek tenni *szoktak*, mintsem vállalni a konfliktusokkal terhelt másként vélekedést.

Éppen a gondolkodásra való felszólítás volt a felvilágosodás jelmondata, s ezért lett ennek a kötetnek mottója is a Horatiustól való felszólítás, amely felszólítást Immanuel Kant a felvilágosodás jelmondatává tette: *Sapere aude!* Vagyis: *Merj gondolkodni!* Vagy

másként fordítva: *Merj a magad értelmére támaszkodni!* Nietzsche (1990. 9. o.) itt következő mondataival ugyancsak erre ösztönzött:

„[Mi] kényszerít egyeseket arra, hogy féljenek a szomszédtól, csordaszerűen gondolkodjanak, cselekedjenek és tulajdon létüknek ne örvendjenek? [...] Ha valaki nem akar tömegember lenni, nem kényelmeskedhet többé; engedelmessé kell lelkiismeretének, amely odakiáltja neki: »Légy önmagad!«”

Az etika születésének érzékeltetése mellett, a nagy fordulatokat – akár egy emberi közösségét, akár az egyes ember életében bekövetkezőket – jelezhetjük újra és újra az *idő kizökkenése* metaforával. *Az idő kizökkenése* – vagyis a morális reflexió lehetősége és ezzel együtt a közösségről levált magánembernek a megjelenése – már az ókori görög világban megtörtént, ám a modernitás korának kialakulása sok-sok véletlenül keresztül csak az európai felvilágosodás korára teljesedett ki, s ezen új korszak markáns határköve a Bastille lerombolása volt 1789. július 14-én (Heller, 2004). Korunk emberének idő-viszonyulását pedig új idő-kifejezések segítségével írhatjuk le. Így például szemléletes megoldás – a felgyorsult élettempó velejárójaként/végtermékeként – az azonnaliság kultúrájához illeszkedően – az *eltűnő idő*, *új egyvidejűség* vagy az *abszolút jelenidő* kifejezések használata. Ugyancsak korunk emberének megváltozott idő-viszonyát jelzi az is, hogy az egyenletesen múló, mindenki számára egyetemlegesen adott és mérhető idő megléte mellett – a kommunikáció új eszközeinek alkalmazásával –, egyre inkább rugalmasan alakíthatóvá, *személyessé* (Nyíri, é.n.) válik az idő. Hogyan vezet út a *közkerélcstől a saját morál*, és a *saját idő* megalkotásához?

A jó tudása egyenlő a jó megtételével is? Tanítható-e az etika?

Eleget lehet-e tenni a következő – csaknem minden korban megfogalmazódott, s napjainkban is gyakran hallható –, közhellyé vált gondolat elvárásának: „*Véget kell vetni az erkölcsök romlásának, etikát kell tanítani!*” Valóban jobbak lesznek-e az emberek, ha etikát is tanulnak az iskolában?

A jóról megszerezhető ismeretek, a jó tudása nem szükségszerűen vezet a jótevéshez. Elhibázhatjuk, véletlenek is akadályozhatnak benne. Arról is lehet tapasztalatunk, hogy a legtöbb ‘gazember’ is tudja, mi a *kellő*, mit lenne helyes tennie mások szerint. A Szókratésznek tulajdonított, ám erősen leegyszerűsített gondolatot – az etikai racionalizmus magvát: *a jó tudása egyenlő a jótevésével* – sokan vitatták és vitatják ma is. A dilemmák sora lezárhatatlannak látszik, hiszen ha valaki nem is tudja, hogy mi az elvárt cselekvésmód, s hogy mit helyes tennie egy adott szituációban, az csupán véletlenszerűen ‘hibázhat’ rá a jóra. A jótevéshez többnyire szükséges, de nem elégséges feltétel a jó tudása.

Kifürkészhető-e, hogy mi kell még hozzá? Erkölcsi problémákat feszegető filozófusok, etikát megalapozni törekvő gondolkodók tettek kísérletet a kérdés megválaszolására. Érdemes megismerni a válaszok sokféleségét, s akkor talán – az etikátörténet néhány teóriája, morálfilozófiai gondolata segítségével –, megfogalmazható lesz a *saját válaszun*k is, megalkothatjuk a saját erkölcsfelfogásunkat is.

Tudjuk, az erkölcsi romlás megállításának vágya nem új kívánság, hiszen végigkísérte az emberiség csaknem egész történetét. Ezen elvárásra adott válaszként születik, és gyakran nagyon erőteljesen fogalmazódik meg az *etika* tanításának igénye. Ám ez a szükséglet napjainkban nehezebben

elégíthető ki, mint korábban. Miért problematikusabb ez manapság? Választ keresve ki lehet indulnunk abból, hogy ma *etikák* vannak és nincs etika, pontosabban nincs kitüntetett, egyedül érvényes etika, és remélhetőleg, nem is lesz újra. Mivel a modernitás nyílt társadalmi pluralisztikusak, így a sokféle értékrendszer közötti választás lehetőségét kínálják fel a modern ember számára – az alapvetően megtartandó humanisztikus elvárások megléte mellett (Benkő, Lippai, Tarkó és Erdei, 2007; Tarkó, Benkő, Lippai és Erdei, 2007). Ma a sokféle *kötés* lehetőségességének világában – *a paradoxonok világában* (Heller, 1997. 9. o.) – élünk, ahol az emberek többféle válaszra lelhetnek életük fontos erkölcsi problémáit – mint például: *Mit kell tennem, ahhoz, hogy jó életet éljek? Van-e rendeltetése, célja az életemnek? Hogyan lesz értelmes az életem?* stb. – faggatva. Az ilyen és hasonló kérdések megválaszolása nehéz feladat, hiszen úgy tűnik, *üresek a kőtáblák*²³ - nekünk kell azokat teleírnünk. Vagy más rálátással mondhatjuk: sokféle kőtáblára lelhetünk, túl sok minden olvasható ki belőlük-róluk, sokféle olvasatuk létezik, s – éppen sokféleségük miatt –, azok már nem egyértelműen segítenek a jó élet fellelésében. Mivel nem állhatunk döntésképtelenül az eltérő értékrendszerek kínálata mellett, hogy élni tudjuk az életünket, választanunk kell az ajánlások közül. Miközben ezt tesszük, kialakítjuk saját értékeinket, saját erkölcsfelfogásunkat. Egy vagy néhány felszólítást megkísérelünk követni, magunkhoz mérjük, ‘magunkra próbáljuk’ ezeket, és a saját utunk keresése közben, az életünkhöz leginkább illeszkedő

²³ „Mindkét kőtábla *üres* vagy éppenséggel értékekkel-parancsokkal televésett, de nem *olvasható*” (Vajna, 2001. 134. o.).

értékeket szőjük össze. Milyen régi-új ajánlásokkal találkozunk napról napra?

Légy önmagad!

Légy hű magadhoz!

Légy olyan, mint a többiek!

Tedd azt, amit szokás!

Tedd azt, amit elvárnak!

Légy más, mint a többiek! Légy egyéniség!

Élj a mának! Használd ki a napot!

Légy hű vállalásodhoz!

Alkoss új rendet, akár törvényszegőként is!

Légy törvénytisztelő! Illeszkedj a rendbe!

A szabadság a legfőbb érték, légy szabad!

Légy ígéretet tenni képes lény!

Az említett felszólítások, ajánlások között tartalmilag egymással szembenállókat is találunk, ezek mindegyike nem követhető egyszerre. Melyek 'gyúrhatók' hát össze? Legtöbben az ellentétes mozzanatok közötti *kifeszítettségben* kísérelünk meg *jó életet* élni. Nehezíti dolgunkat, hogy a modernitás korában, a kételkedő, reflektáló morális lények számára többféle válasz is megfogalmazódhat az olyan kérdésekre, mint például: *Mit jelent jó életet élni? Mit jelent egyáltalán a jó ember kifejezés?* És nem kevésbé nehéz annak megválaszolása sem, hogy: *Miért is legyen az ember tisztességes?* Szókratésztől József Attiláig sokan – filozófusok és művészek is – ez utóbbi kérdésre azt a választ találták elfogadhatónak, hogy: *csak*. Vagyis: a tisztességes ember számára ez nem is kérdés, hiszen,

mint már tudjuk, Szókratész állítása szerint a tisztességes ember inkább elszenvedi az igazságtalanságot, mintsem ő lenne igazságtalan másokkal szemben (Heller, 1994. 216. – 223. o.). József Attila *Két hexameter* című verse így szól:

„Miért legyek én tisztességes? Kiterítenek úgyis.
Miért ne legyek tisztességes? Kiterítenek úgy is.”

Választhat az ember, s aki jó embernek választotta magát, annak számára igaz a szókratészi állítás, amelyet maga Szókratész sem tudott bizonyítani: „*Jobb igazságtalanságot elszenvedni, mint elkövetni.*” Csakhogy, akár érvényes tételként mondható ki ennek ellenkezője is: „*Jobb igazságtalanságot elkövetni, mint elszenvedni.*” Ki ezt, ki az utóbbit tartja a maga számára igazságnak, s építi be az életébe.

Beilleszkedni/kiválni?

A filozófiai diszciplínák egyikének, az etikának művelői kísérik meg a rendezett, rendszerezett válaszadást a fenti kérdésekre. Az ‘értelmes élet’ kifejezés egyik lehetséges tartalma: célja van, tart valami felé. Az élet eseményei történeté szöhetők, ismétlődések, állandóságok lelhetők fel benne. Honnan eredhet célja? Megint csak azt kell válaszolni, hogy koronként, egyénenként másra alapozódik a válasz, más *mintázatú* erkölcsfelfogások születnek. Életem értelmét kaphatom/felismerhetem akár isteni ajándékként, vagy elfogadhatom szűkebb-tágabb közösségemtől: szüleimtől, barátaimtól, társaimtól. S persze én magam is megfogalmazhatom, megalkothatom a magam számára. Mindezek mellé-,

vagy fölérendelten tudnom kell a véletlenek kiszámíthatatlan szerepéről is. A célra utaló fent említett magyarázatokkal, cél-eredeztetésekkel – akár egyikükkel, de kombinációikkal is – élhettek elődeink, és mi is élhetünk. Mégis: az ókori ember, illetve a premodern ember sors-magyarázata döntően a készen kapott szerep eljátszásához illeszkedett, míg a modern ember nagy lehetősége a saját választással való sorsformálás.

Az etika szó etimológiáját vizsgálva az ógörög *éthosz* kifejezésre lelünk. A szakirodalom a diszciplína elnevezését – vagyis az *etika* filozófiai kifejezés konstruálását – Arisztotelész *leleményeként*²⁴ tartja számon:

„Nyelvtanilag elemezve az *éthika* melléknév, mégpedig az *éthosz* szóból képzett *éthikosz* melléknév többes számú semleges nemű alakja. Az *éthosz* szó jelentésének (‘szokások összessége’, ‘emberi jellem’) eredetileg nincs morálfilozófiai jelentése.” (Steiger, 1995. 58. – 59. o.)

Már Hérakleitosz egyik töredékében szerepel az ógörög *éthosz* kifejezés – „Az *éthosza* kinek-kinek számára a *daimon*. [B. 119]”²⁵ (Steiger, 1984. 31. o.) –, az *étheó* kifejezés jelentéstartalmai is segíthetnek (Turay, 2000) az *etika* szó eredetének megfejtésében: isteni sorssal, végzetel rendelkezik az egyes ember, így élete nem más, mint ennek a kapott isteni tervnek beteljesítése, valóra váltása. E terv valóra váltásának feszül neki, erre törekszik hordozója (*étheó*: kifeszülök valami felé; feszítetten törekszem valamire; megvizsgálom valamit; átszűrök valamit). A terv megismerése tehát fontos előfeltétele a jó életnek. Éppen ezért

²⁴ Steiger Kornél (1995. 58. o.) használja ezt a találó kifejezést.

²⁵ A zárójelben álló betű és szám [B 119] – a későbbiekre vonatkozóan is – a szakirodalomban elfogadottan: a megfelelő töredéknek Diels-Kranz jelzete.

fontos az *Ismerd meg önmagad!* felszólítás az ókori görögöknél. Ez a törekvő, *úton-levő* magatartás a klasszikus filozófusmagatartáshoz illeszkedik. A filozófia eredetileg a bölcsesség szeretetét jelentette, a bölcsességre törekvő magatartás volt a filozófusmagatartás – *philia*: szeretet, törekvés, és a *sophia*: bölcsesség, tudás, bölcsélet ógörög szavak jelentése alapján. Filozófiai diszciplína lévén az etika is hordozója valamiféle törekvésnek: az ember *nekifeszül* sorsa – Istentől és/vagy szülőktől, barátoktól, meghatározó közösségektől kapott, és/vagy saját maga által kitalált, választott, megformált – sorsa beteljesedésének, beteljesítésének.

Írásom címének elfogadtatásához választ kell adnom a következő kérdésre: *Mi fűzi össze az időt és az etikát?* Többféle megközelítésben próbálok rámutatni kapcsolódásukra. Elsőként egy rövid válasz a feltett kérdésre: Shakespeare metaforája. Ez a válasz lehetne a legegyszerűbb, persze nem magyaráz meg semmit, inkább csak érzékeltet. Legalábbis, segítségével hatásosan lehet érzékeltetni az etika születésének mozzanatát, illetve e mozzanat szerepét az emberi közösség és az egyén viszonyának változásában. *Az idő kizökkenésekor* születhet meg az etika²⁶ – olvashatjuk Heller Ágnes könyvében. Miért olyan hatásos ez a metafora?

Az etika, vagyis az erkölcsstan, a tudományokat rendszerező Arisztotelész besorolása szerint: *gyakorlati* filozófia – születésének korát a filozófiatörténészek az ie. 5-4. századra teszik, és Athént jelölik meg e folyamat kitüntetett poliszaként. Athénban, Szókratész és a szofisták korában született az etika, ekkor, ott – szemléletváltozás, életvitel-változás,

²⁶ Heller Ágnes: *Kizökkenett idő. Shakespeare, a történelemfilozófus I.*, Osiris kiadó, Bp. 2000. 36-37.

az egyes embernek a közösségéhez, és az egyénnek saját életéhez való viszonyulásának megjelenésével – *kizökkent az idő*²⁷. Athén szabad polgárai között már voltak olyanok, akik rácsodálkoztak és rákérddeztek a szokások, hagyományok, elvárások, szabályok eredetére, a hozzájuk való viszonyulás pedig gondolkodásuk tárgyává vált. Csak a szabadsággal is rendelkező emberi lény alakíthatja ki ezt a viszonyulást, hiszen ennek – vagyis a *morális reflexió* megjelenésének – feltétele az alternatívák között választó ember, aki gondolkodhat másként, mint ahogy szokás, választhat különböző lehetőségek között, majd pedig – választását követve –, élhet is másként, mint ahogy szokás. Hegel szavaival: ekkor, ott, megjelent az idő elve, a fejlődés elve.²⁸ Ezt követően – több mint két évezred elteltével –, a francia forradalom korára Európa a modernitás folyamatait kiérlelte, a felgyorsult tudományos és technikai változások felgyorsult élettempót eredményeztek, s mára a kommunikáció új eszközei lehetővé teszik az azonnali kommunikációt. Erre alapozva mondható, hogy korunk az azonnaliság világa, a jelenidejűség világa, az új egyidejűség világa.

²⁷ „»Kizökken az idő« mondja Hamlet. Kizökken az idő Shakespeare minden tragédiájában, történelmi drámájában, sőt sok vígjátékában is.” (Heller, 2000. 7. o.). „Kizökken az idő: *kétfajta jog ütközik meg egymással*. Az ember vagy az egyikkel, vagy a másikkal igazolja törekvéseit, mindkettővel azonban nem teheti. Néhány Shakespeare-hős csupán az egyikkel igazolja tetteit, némelyek a másikkal, de sokan közülük mindkettővel. A törvényesség válsága a *kettős kötés* válsága” (Uo. 36-37. o.).

²⁸ Hegel szerint az idő elve, pontosabban a történetiség vagy a fejlődés elve a görögökkel lépett be az emberiség világába. Történetfilozófiai könyvében a keleti – elsősorban a kínai és indiai – despotikus társadalmi berendezkedéseket vizsgálva írta, hogy csak ciklikus mozgásként, körforgásként és semmi esetre sem fejlődésként lehet értelmezni azokat a változásokat, amelyek a keleti világban történtek. „[Itt] még hiányzik az objektív lét és a szubjektív hozzáigazodás ellentéte, ezért minden változékonyság ki van zárva, és az egy helyben való topogás, amely örökké ismét megjelenik, helyettesíti azt, amit mi történetinek neveznénk. Kína és India mintegy kívül esik a világtörténeten [...]” (Hegel, 1979. 214. o.).

Nemcsak a kommunikációnkra jellemző az azonnaliság: a szükségletek megjelenése és kielégítése közötti idő is lerövidült. 'Csak egy hitelkártya és máris megvan minden.' Éppen ezért, korunkra tekintve az *idő eltűnésének* értelmezése válik elgondolkodtató filozófiai-etikai feladattá. Ez a metafora – miként a *kizökent idő* metaforája is -, tartalmi változásokat érzékeltet: az embereknek önmagukhoz, életükhöz, a másik emberhez, lehetőségeikhez való viszonyulása megváltozott, átrendeződött.

Az *idő kizökkenésének* nagy áldása az individuummá válás lehetőségének megszületése. Seneca is, Horatius is - elhíresült ajánlásukban - erre ösztönöztek. Seneca (2001. 5. o.) erkölcsi leveleinek egyikében figyelmeztet arra, hogy az élet gyorsan elillan, éljük meg az életünket, ne csak készülődjünk rá:

„Cselekedj hát [...], markolj meg minden órát. Tedd rá kezed a mára, és kevésbé fogsz függeni a holnaptól. Míg késlekedünk, elfut az élet. Minden a másé, [...] csak az idő a miénk.”

Ugyanezt találjuk Horatius felszólításában: *Carpe diem!* (Ragadd meg a pillanatot! Élj a mána!) Mindkettejük ajánlása: Légy egyéniség! Mára az azonnaliság világa – számos pozitív hozadéka mellett – sok-sok torz jelenséget is megteremtett. Korunk reklámokkal manipulált tömegembere Seneca fenti ajánlását mintha végletes formában valósította volna meg: fogyasztásra koncentrált világban, *új egyidejűségben* él, mindent azonnal megkapó, múlt és jövő nélküli fogyasztóként éli az életét. Míg az etika születésekor – az *idő kizökkenésekor* – a közösségről részben levált, önállósult magánember született meg, aki *mert* gondolkodni, aki

kialakíthatta morális viszonyulását, addig korunkban, az *idő eltűnését* említve, ezzel ellentétes tendenciák megjelenését is látjuk. Az önállóan gondolkodó egyéniség helyett napjainkban ennek torz utánczata uralja a közmédia világát, és ezzel együtt éltetőjének, a fogyasztásra berendezkedett, csak arra koncentráló – Heidegger kifejezését használva – *akárkinek*²⁹ életvilágát is. Az egyéniség torz utánczata, csupán külsőségei miatt mása, a mindig *'átvedleni'* képes, mindig más bőrben megjelenő ál-egyéniesség, a celeb. A celebek életének nagyító alatti követését, felszínes életük utánczását, közhely-gondolataik frázisszerű ismétlését az információközlés mai eszközei lehetővé teszik. A kiválasztott-rajongott celeb életének követésében, éppen aktuálisan 'trendi' külsőségeinek utánczásában akár ki is merülhet az egyén igénye a saját életének magalkotására. Így egyéniségek helyett ál-egyéniességek tömegtermelése folyhat az azonnaliság kultúrájában.

Idő és etika összefonódására utalhatunk még az ókori görögök időre vonatkozó kifejezéseinek – *Kairosz*³⁰ és *Kronosz*³¹ – segítségével is (Brand, 2001. 15. o.). A jelen, a *most* megélésére ösztönző tartalmat hordoz a *Kairoszra* utaló idői kifejezés mögöttes tartalma: meg kell ragadni a pillanatot; üstökön kell ragadni a szerencsét; ki kell használni az éppen most adódó lehetőségeket, mint tette ezt *Kairosz*. Ezzel szemben a folytonosságot, az idő egyenletes múlását – ezzel együtt az időnek

²⁹ Heidegger alkotása a híres *das Man* kifejezés: Man – általános alany a németben, ezt Heidegger 'semlegesneműsítette', a semlegesnemben főnevesített alakja a *das Man*, az *akárki* (Heidegger, 1989. 258. – 264. o.).

³⁰ Az idő, mint *Kairosz*: a döntő pillanat, az alkalom.

³¹ *Kronosz* a legfiatalabb titán, *Uranosz* és *Gaia* egyik fia, *Uranosz* után ő a világ ura, az idő istene.

kiszolgáltatott emberi életet - jeleníti meg az emberi élettől független, örök folyású idő-képben, a másik időistennek, *Kronosznak* az alakjában. Megtörténhet persze, és meg is történik az idő birtokbavétele a két idő-mozzanat összekapcsolásával: amennyiben az embert *ígéretet tenni képes lényként* írjuk le – ahogyan Nietzsche (1996. 59. o.) tette –, akkor a jövőbeli eseményt *mostba* előrehozó, a múltbeli eseményekre emlékező lényként tekintjük, aki a múltat, jelent, jövőt egyaránt birtokolja.

Mi fűzi még össze az *időt* és az *etikát*? Számos morálfilozófus tartja lényeges feladatának, hogy az egyes ember felé fordulva neki ajánljon kapaszkodókat. Választ keresve a – *Hogyan élhetem a saját életemet?* – kérdésre, Michael Ende (2003. 54. o.) *Momó* című regénye szereplőjének, egy fodrásznak a töprengését idézem:

„Így telik el az életem [...], csattogtatom az ollót, fecsegek szappanozás közben. Egyáltalán mi marad nekem az életből? [...] Semmi értelme az életemnek. [...] Mert hát ki vagyok én? Egy kis fodrász, ennyi lett belőlem. Ha az igazi életet élhetném, egészen más ember volnék. [...] De hát [...] ilyesmire az én munkám mellett nincs idő. Mert az igazi élethez idő kell. Szabadnak kell lenni.”

Értelmes életet igényel az ember. Mintha terve lenne vele Istennek, a természetnek vagy az emberiségnek. Rendeltetéssel szeretne bírni, hiszi hát, hogy sorsa van, hiszi, hogy rendeltetése van életének. *Saját* életét akarja élni, a *saját* élethez pedig – Ende regényének fodrásza szerint – idő kell, és szabadság kell. A készen kapott életet – azzal azonosulva –

gondolattalanul, az éppen adott *mostban* élheti meg az ember, a *saját* életre azonban rá kell lelni, ki kell találni, meg kell tervezni azt. Ehhez valóban idő kell, és persze szabadság. Csak a szabad ember lehet felelős tetteiért, életéért. Csak a szabad lény lehet olyan szubjektum, aki hordozza magában azt a törekvést, hogy a *saját életét* megválassza és megalkossa.

Mit jelent egyáltalán az, hogy valaki a *saját életét* éli? Most csupán egy rövid választ adok erre a kérdésre – hiszen munkám egészének éppen ez az egyik sarkalatos kérdése, éppen e kérdésnek többféle megválaszolási lehetőségére szeretnék rámutatni a kötetben bemutatott erkölcsfilozófiák segítségével –: aki a *saját életét* éli, az nem csupán szereplője, hanem szerzője is saját drámájának. Ottlik Géza (1997. 297. o.) *ingyen mozi* metaforáját idézve pedig mondhatjuk: az ember saját élete *ingyen mozijának* nézője és szereplője is egyben. Élheti persze kívülről irányított lényként, bábuként is életét. S a véletlenek kiszámíthatatlansága is lehet olyan hatással életére, hogy olykor csak bábuként éli meg a vele történeteket, s *nemtudását*, bizonytalanságát tudatosítja. *Saját* életének mondhatja az *Istentől kapottnak* hitt, vagy őseitől, közösségeitől rá hagyományozottnak tartott, vagy a véletlenek eredőjeként elfogadott, és persze a maga választásával megteremtett életet is.

Miközben magához méri az elvárásokat, *'átszűri'* magán a törvényt, s közben magát is vizsgálja, s önmagát megismerve törekszik – neki szánt, vagy ráhagyományozott, vagy magáénak ítélt, magának megfogalmazott – sorsát beteljesíteni.

Az időre vonatkozó két görög kifejezés (*Kronosz*, *Kairosz*) tartalmában is megjelenő kettősség valójában nem más, mint: folytonosság és megszakítottság, állandóság és mássá levés egymást feltételező

kettőssége. Törvénykövető módon tedd az elvártat, a megszokottat folytatva élj! Törvényhozóként pedig: alkoss új rendet, cselekedj másként, mint ahogy előírják. Éppen e szélsőséges viszonyulások lehetőségességét, választhatóságát ismeri fel és alkalmazza a maga morális reflexióját kialakító ember.

Kronoszhoz vagy *Kairoszhoz* való illeszkedés, állandóság és mássá levés ellentétes elemeihez való viszonyulás rejlik abban is, ahogyan az egyén az életében megjelenő determináló tényezők és szabadságelemek szerepét értékeli: szabadságra, függetlenségre törekvés vagy biztonságra, stabilitásra törekvés orientálja-e inkább választásaiban? Itt is említhetők a végletek: a *lét elviselhetetlen könnyűségének* választásával semmiféle függőség, kötöttség nem vállalása, vagy ennek ellentétéként a végtelen teher cipelésének kényszeres elfogadása, a más által rárakott, a véletlenül rátelepedett vagy önként magára emelt teherrel mozdulatlaná, tehetetlenné válhat az ember.

A megszokottnak az egyénhez illesztésében megmutatkozik a közösség és az egyes ember viszonyában rejlő örök feszültség. Nekifeszül az ember a tervnek, amíg úgy gondolja, hogy az a terv – amelyet vagy Istentől kapott, vagy meghatározó közössége, közege adta neki, vagy maga fogalmazta meg magának - az élete értelme. Eközben beilleszkedésre, másokkal való azonosulásra és ugyanakkor a közösségből való *kiválásra*, egyediségének megmutatására, önmaga elismertetésére is törekszik, s az ellentétes elvárások teljesítéséhez keres kapaszkodókat. Közösségi lényként, *társas állatként* mindig egy adott közegben szocializálódik, adott közösség szokásait, értékeit sajátítja el, és ezzel együtt saját másságát is törekszik felismerni, kitalálni, megválasztani, majd megvalósítani. Vannak,

akiknél az első mozzanat lesz meghatározó szerepű, vannak, akiknél a második. Többnyire megszenvedjük az összeillesztést, mégis: kevesen vannak, akik nem hangolják össze e kettőt, s valamelyik póluson rekedve – akár betegesnek is mondható –, szélsőséges viszonyulást alakítanak ki.

A szélsőséges viszonyulás négy alaptípusáról, a *mániákról* már Platón dialógusaiban olvashatunk. Ilyen kapcsolat megteremtésének lehetőségét hordozza az az ember, akiben a közösségnek való megfelelés igénye eltúlzott mértékűvé válik, s például a magánytól, elhagyatottságtól, kirekesztettségől való félelmében lemond az *énné* válásról, depressziós lelki zavarokat alakít ki. A másik véglet felé sodródás is lelki zavarokhoz vezet: önmaga *elvesztésétől* való félelmében a skizofrénia tünetei jelenhetnek meg az egyén viselkedésében.

Az ember közösségi lényként válik emberré, közösség(ek)ben éli az életét: közösségében törekszik az *elvelyülésre/kiválásra*,³² önmaga sajátosságainak megformálására. Eközben meg kell őriznie a meglévő világot, és változtatnia, alakítania is kell rajta. Mind az *én* és a *másik*, a *többiek*, mind pedig az *én* és a *világ* vonatkozásában kialakítja a maga viszonyulását. Mindkét relációban problematikus a szintézisteremtés, így a pszichés problémák kialakulásának is fennáll a lehetősége. Fritz Riemann

³² Utalás József Attila: *Kész a leltár* című versének részletére:

„Magamban bíztam eleitől fogva
ha semmije sincs, nem is kerül sokba
ez az embernek. Semmiképp se többbe,
mint az állatnak, mely elhull örökre.
Ha féltem is, a helyemet megálltam
születtem, elvelyültem és kiváltam.”
(Kiemelés tőlem: N. E.)

(1998), német pszichológus, megjegyzésre érdemes párhuzamok segítségével írt e nehézségekről, az ember életében jelen lévő főbb orientációkról, s ezek végzetes, vagy legalábbis betegséghez vezető csapdaszituációiról:

„Olyan világba születtünk bele, amely négy hatalmas impulzusnak engedelmeskedik.”

Ezek a következők: revolúció és rotáció. Földünk a Nap körül kering (*revolúció*), ugyanakkor saját tengelye körül is forog (*rotáció*). További két impulzust jelent a nehézségi erő (*centripetálisan* befelé vonz) és a kiszakadásra mozdító *centrifugális* erő hatása (Riemann, 1998. 12. o.). Riemann (1998. 14. o.) ezen impulzusok mindegyikének megfeleltet egy-egy emberi viszonyulás-típust:

„A rotációnak, a saját tengely körüli forgásnak pszichológiailag értelemszerűen az individualizációra, az egyénné válásra való posztulátum felelhetne meg, tehát az, hogy egy egyedi lény, individuum jöjjön létre. A revolúciónak, a Nap, mint központi égitestünk mozgásának az a posztulátum felelne meg, hogy egy nagyobb egészbe illeszkedjünk, a saját-törvényűségünket, saját-akaratúságunkat határok közé szorítsuk a személyünk fölötti összefüggések javára. [...] A centripetális, a nehézségi erőnek a lelki síkon az állandóságra és állhatatosságra irányuló impulzusunk felelne meg; a centrifugális erőnek ezzel szemben az, amely minket újból meg újból előre, a változásra, az átalakulásra serkent.”

Miközben tehát elvegyülni és kiválni próbálunk, világunk megőrzésére, *állandóságra* törekszünk, és egyben világunk megváltoztatására, átalakítására is. A felsorolt alapimpulzusokhoz kapcsolódóan Riemann (1998. 18. o.) megkülönbözteti a szorongás négy alapformáját:

1. *szorongás az ön-odaadástól, én-elvesztésként megélve*; a szkizoid személyek jellemzője.
2. *szorongás az önmagává-válástól, védtelenségként és elszigeteltségként megélve*; a depressziós egyénekre jellemző.
3. *szorongás a változástól, bizonytalanságként megélve*; a kényszeres személyekre jellemző.
4. *szorongás a kötöttségektől, szükségességtől, véglegességgént és szabadsághiányként megélve*; a hisztérikus személyekre jellemző.

A Fritz Riemann leírta *határ-érintések* elkerülése folyamatos tanulást, gondolkodást, alkalmazkodást és megújulást igénylő feladata az embernek.

Mi következik abból, hogy az etika, az erkölcstan filozófiai diszciplína, melynek vizsgálódási területe az emberi gyakorlatban feltáruló viszonyrendszer egy aspektusa? A válaszadáshoz célszerű kiindulni az etikának a filozófiához való viszonyából.

Amennyiben Arisztotelész gondolatából indulunk ki, s az etikát *gyakorlati filozófiának* tekintjük, akkor a filozófia sajátosságait, problematikusságát az erkölcstan terén is fel kell tárunk. Milyen sajátosságokról van szó?

A filozófiai kérdések sokféleképpen megválaszolhatók, nincs egyedül üdvözítő válasz a kérdésekre. A tapasztalat határain túli területet érintő kérdésekre adott válaszrendszerek másként működnek, mint az egzakt tudományoké. Etika is sokféle lehetséges, az etika alapvető kérdéseire – leginkább a *Mit kell tennem, hogy tisztességes legyek? Mit jelent tisztességesnek lenni?* – ugyanis többféle válasz adható, ám ezekre a kérdésekre sincs egyedül üdvözítő válasz. Ugyancsak sokszínűséget tapasztalunk, ha a *Mire alapozható az etika?* kérdésre megfogalmazott válaszokat összevetjük. Márpedig az etikusok ennek megválaszolását is megkísérlik, szeretnék ugyanis megválaszolni racionálisan a – megválaszolhatatlan, pontosabban fogalmazva: jobbára csak szubjektív, egyéni választással megválaszolható – *Miért legyen az ember tisztességes?* kérdést.

A *Mit kell tennem, hogy tisztességes legyek? Mit jelent tisztességesnek lenni?* kérdésekre a más-más közösségben született válaszok más érvekre alapozottan lesznek koherens etikák. Az örök elvárás - *Légy tisztességes ember!* – megmarad ugyan, ám bizonyos mértékben változik a tartalma, különböző korokban/közösségekben más-más jelentéssel bír ugyanez a felszólítás, és még inkább elmondható, hogy más alapozású, más érvekre támaszkodó lesz a felszólítás. Eltérő érvrendszerre hivatkozó ajánlások születtek a premodern és a modern tisztességes emberek számára, illetve a vallásos és az ateista emberek számára. Megint másféle érvrendszert alkalmaznak azok, akik az erkölcsi értékelés során a tett következményeit, hasznosságát, a végeredményt tekintik elsődlegesnek, mint akik a szándék, az akarat meghatározó jelentőségét emelik ki, vagy akik a cselekvő személy habitusát, jellemét tekintik

meghatározó jelentőségűnek. Mégis kikristályosodik néhány – módosuló alakban megjelenő – általános elvárás, elemi erkölcsi szabály, s ezek minden emberi közösség erkölcsi világának arculatához szükségszerűen hozzátartoznak. Ilyen például a – különböző megfogalmazásokban ismert – arany szabály: *Ne árts másnak!* Másként megfogalmazva: *Amit magadnak nem kívánsz, ne tedd azt másnak!* Minden kor közösségeiben ismétlődő, újra megjelenő elvárás, a másként és másként mutakozó erkölcsi arculatok, mintázatok mindegyikének azonosság-eleme az említett felszólítás.

A filozófiai/etikai gondolkodás gyökerei

Milyen problémák felvetődésével kezdődhetett az erkölcsi gyakorlatot tematizáló filozófiai diszciplína, az etika? Érdeemes párhuzamot vonnunk a filozófiai gondolkodás formálódása és az etika kialakulása között. Erre Karl Jaspers írására támaszkodva teszek kísérletet, amikor megvizsgálom, mennyiben érvényesek a filozófiai vizsgálódásról tett megjegyzései az etika területén. Jaspers – *Bevezetés a filozófiába* című művében –, három markáns problémahelyzetet emelt ki, azokat, amelyek a legfontosabbak voltak a filozófiai gondolkodás formálódásában/születésében. Ezek: rácsodálkozás az evidensre, kételkedés az ismeretek megbízhatóságában, és a határszituációba került, kétségbeesett ember értelem-keresése.

Rácsodálkozásból születik az ontológiai, lételméleti kérdés. Az ember rácsodálkozik arra, ami körülveszi, a világra, a mozgásra, és mindezek eredetét firtatja: *Mi által vannak létezők? Mi az arkhé? Mi az eredendő? Mi a szubsztancia? Mi a közös mindenkben?* A filozófia művelése sokak szerint luxus, nincs gyakorlati hasznossága, mégis: az

emberek *metafizikai hajlamuknál* fogva megfogalmazzák ezeket a kérdéseket, és válaszukat is megpróbálják megalkotni. Híres *rácsodálkozó* kérdés Leibniz (1986, 298. o.) kérdése: *Miért van egyáltalán valami, miért nincs inkább semmi?* Ugyanígy feltehető az etikán belül valamely erkölcsi jelenség létezésére való *rácsodálkozás* is: *Jó személyek léteznek – hogyan lehetségesek?* (Heller, 1994. 14. o.). Kant (1996. 213. o.) összekapcsolja a két ‘*rácsodálkozást*’, s így fogalmaz:

„Kedélyemet két dolog tölti el egyre újabb és fokozódó csodálattal, s tisztelettel, minél gyakrabban és kitartóbban gondolok rájuk: *a csillagos ég fölöttem és az erkölcsi törvény bennem.*”

Ahogy a filozófiai gondolkodás (Jaspers, 1989. 17. – 24. o.) – ezen belül a lételméleti, *ontológiai* alapkérdés megválaszolása –, úgy az etikai kérdések megfogalmazása is kezdődhet *rácsodálkozással*: *Mi az emberi élet értelme?* Vagy még inkább így kérdezünk: *Mi az értelme életemnek?* Többnyire ez a legfőbb kérdés, és nem arra kérdezünk rá, hogy: *Van-e értelme az emberi életnek? Van-e értelme az életemnek?* Ezen utóbbiakat hallgatólagosan csaknem mindenki igennel válaszolja meg – kivéve talán a nihilistákat. Természeti lény mivoltunkból következően az *Élj!* parancsot követjük. Spinoza (1979. 161. o.) *Etika* című könyvében ezt a kérdést érintve így írt:

6. tétel: „Minden dolog, amennyiben rajta áll, arra törekszik, hogy megmaradjon létében.”

7. tétel: „Az a törekvés, amellyel minden dolog a maga létében megmaradni törekszik, semmi más, mint magának a dolognak valóságos lényege.”

„[...] az erény alapja saját létünk fenntartására irányuló törekvés, a boldogság pedig abban van, hogy az ember fenn tudja tartani a maga létét” (Spinoza, 1979. 276. – 277. o.)

Persze, magában a kérdésben – *Mi az életem értelme?* – már benne van az állítás: van értelme az életnek.

A rácsodálkozás mellett kételkedéssel is kezdődhet a filozófiai gondolkodás³³: elsősorban az ismeretelméleti, gnoszeológiai kérdés megválaszolásának közelítése során. A jó tudása, a jóról való ismeretek és a jó megtétele közötti kapcsolat az etika születése óta nagyon jelentős problémája az etikai kérdésekkel foglalkozóknak. Ahogy mindenféle ismerethez lehet kétellyel fordulni, úgy természetesen a jó és a rossz tudása is lehet kétely tárgya. Miként az igaz ismeret kimondásához, bizonyításához igazságkritériumot kell megfogalmazni, úgy – bár az erkölcsi értékek nem igaz-hamis jellegűek – a *jó-rossz* kategóriapár használata is igényli a jó és a rossz tudását, az értékekről való tudást. Az erkölcsi tartalmú ajánlásokhoz is lehet szkepszissel, kételkedéssel viszonyulni, s igényelni lehet nem csupán az értékek meghatározását, de megalapozását, igazolását is. Egy-egy etikán belül az erkölcsi értékeket a filozófus levezetheti valamilyen magasabb rendű létezőtől, transzcendens

³³ Mint például Szent Ágoston, illetve Descartes filozófiájában.

világból, így születnek az approbációs etikák.³⁴ Mások az emberi világban, az egyes emberben, emberi közösségekben fellelhetőnek találják és írják le, vagy a természettörvényekre hivatkozva kísérik meg etikájuk megalapozását.

Az erkölcsi értékekhez kritikusan viszonyuló ember kételkedhet a normák érvényességében, követendő voltában, s kialakíthatja életének új normáit. Mint tudjuk, éppen ez a morális reflexió előfeltétele, ami pedig az etika születésének alapja. Mindezek után egyértelmű, hogy kritikus gondolkodással, kételkedéssel is kezdődhet az etikai problémák felvetése, sőt: az etika születésének korát akár úgy is feltüntethetjük, mint a szokások, elvárások – valójában: az érvényesnek tartott értékek – érvényességének megkérdőjelezését.

Jaspers említi még – mint a filozófiai gondolkodás kezdetének harmadik leggyakoribb lehetőségét – a határszituációba került ember újszerű rálátását az életre, a világra, értékeire. Valójában ekkor is *rácsodálkozásról* van szó, hiszen más megvilágításban látja az egész világot, helyzetét a korábban birtokolt szabadságától megfosztott ember, az elkövetett bűne miatt gyötrődő, vagy éppen szerelmessé lett ember, vagy aki a halálhoz került valamilyen módon közel. Az ilyen és ezekhez hasonló *határszituációk* kizökkentik az embert megszokott életritmusából, átértékeltetik vele egész életét, s ilyenkor teszi fel magának az emberlét *súlyos* kérdéseit: *Mi az élet értelme? Hogyan lehetek boldog? Hogyan viszonyuljak a halálhoz? Bűnösként hogyan nyerhetek feloldozást?* Ezek a

³⁴ *Approbáció* (latin): megerősítés, jóváhagyás, helyeslés.

filozófiai kérdések pedig már egyértelműen az erkölcsfilozófia vizsgálódási területéhez tartozó kérdések.

Az etika története – Szókratész és a szofisták korától akár korunkig – tanulmányozható, az értékek születése és átértékelése nyomon követhető az emberiség történelmében. Szókratész és a szofisták előtt az erkölcsi gyakorlat szférájához tartozó cselekvésmódokat elemezhetjük, a szokások, hagyományok követésétől indulva, vagy még korábbi emberi időkre tekintve, akár a tabuk ősi tilalmaitól – mint az erkölcsi normákat megelőző távoli előzményektől is – eredeztethetjük az erkölcsi parancsokat. Szókratész után pedig a *modern Szókratész*: Kierkegaard, vagy – a magát immoralistának is nevező – Nietzsche, már csaknem *határsértők* lettek a morális kérdések megválaszolásában, sőt: az etika kérdéseinek újragondolásában. Kierkegaard – az erkölcsi értékek érvényességén már túljutó – *Amaz Egyest* helyezte a közösségi elvárások *általánossága* fölé. Nietzsche is *minden érték átértékelését* hirdette, s - ugyancsak az erkölcsi értékek megalapozásának problémáját kutatva, Isten híján - az egyes embert tekintette az értékek teremtésének lehetőségével bíró lénynek. Szókratésszal és a szofistákkal jelent meg a morális reflexió lehetősége, korunkban pedig – amennyiben *Isten halott*, s ennek következményeként *üresek a kőtáblák*, vagy teleírtak ugyan, ám *nem olvashatók* (Vajda, 2001. 134. o.) – megnőtt az egyénre háruló felelősség a *saját morál* megteremtésének dolgában.

Idő nélkül / időben

Intuitív látásmód – kelet; racionális látásmód – nyugat

Egy japán filozófus – Daisetz Teitaro Suzuki (1989) – tanulmányából idézett néhány gondolat segítségével próbálok érzékeltetni azt a másságot, amelyet a keleti és a nyugati kultúra legfőbb eltéréseként emelek ki. Ennek leírása segít tudatosítani, hogy mi történt az *idő kizökkenésekor*. Suzuki két verset állít párhuzamba. A verseket alkotó két költő lényegében ugyanazt az élményt élte át, ám az élmény hatására született alkotások egyike a keleti embert, és annak a természethez való viszonyát, míg a másik a nyugati embert és annak természetlátását tükrözi. Az esemény, amely az élmény alapja mindkettejüknél: egy erdei sétán rácsodálkoznak egy növényre, egy virágra.

A 17. századi japán költő, Basó egy *haikut*³⁵, jellegzetes japán verset írt, amely így fordítható:

Jobban megnézem –
Nazuna virágzik ott
A sövény alján!

Az eredeti vers pedig így olvasható:

Joku mireba
Nazuna hana szaku
Kakine kana.

³⁵ Basó (1644-1694) *haikut* írt, ami jellegzetes, tizenhét szótagú japán versforma.

Nazuna egy jelentéktelen vadvirág, amelynek megpillantása kivált valamiféle – *egy vagyok a természettel* átéléséből származó – boldogság, öröm, csodálat *érzetet*. Rövid verselemzésében Suzuki kiemelte az utolsó szó *kana* jelentését:

„Ez a japán végződés, amely gyakran járul főnevekhez, melléknevekhez, határozószókhöz, rendszerint a csodálat, dicséret, bánat vagy az öröm érzését közvetíti, és néha mindössze egy felkiáltójel a legmegfelelőbb fordítása. A mi *haikunk* esetében az egész vers ezzel a felkiáltójellel végződik. [A költő a] lelkében érez valamit, de nem fejezi ki. Egy felkiáltójelre bízva mindannak kimondását, amit ki akar mondani. Neki tudniillik nincsenek rá szavai; az érzés, amely elfogta, túlságosan mély, túlságosan teljes ahhoz, hogy fogalmi formába akarná önteni (Suzuki, 1989. 12. – 14.).”

Az *érzés* nem adható vissza szavakkal. A japán költő megéli a természettel való egységet, rácsodálkozik a természet jelentéktelen-csodálatos jelenségére, nem nyúl hozzá, csupán *jobban megnézi*.

A másik vers egy 19. századi angol költő, Tennyson írása:

„Virág a falrepedésben,
Gyökerestül kiteplek én –
Kis virág, a kezemben tartalak,
De ha meg tudnám érteni, hogy mi vagy,
Gyökerestül-mindenestül, egészen:
Istent meg az embert is érteném” (Suzuki, 1989. 13. – 14. o.).

Suzuki szerint a nyugati költő racionális szellemű, aktív és analitikus. Kitépi a növényt, elemezni, szétszedni, leírni akarja, mindent tudni szeretne róla, *érteni* vágyik azt. Ezzel a közelítésmóddal persze elpusztítja, hiszen ki kellett tépnie ahhoz, hogy megvizsgálhassa.

Fent említett tanulmányában Suzuki (1989. 16. o.) a következő sajátosságok kiemelésével írta le a nyugati látásmód emberét: énközpontúság, vagyis individualizáció; intellektualitás, objektivitásra törekvés, távolságtartás, elkülönültség a természettől és Istentől is; racionalitás, általánosítási igény, fogalmi gondolkodás. A nyugati ember egyre többet akar tudni, és tudását felhasználva egyre újabb, és újabb eszközök, gépek, technológiák használatával egyre sikeresebben akarja kielégíteni – ésszerűtlenül is egyre csak burjánzó – szükségleteit. Többet akar tudni, többet birtokolni, ennek érdekében sok esetben megengedi magának a természet pusztítását is.

A keletiét pedig: csoportközpontúság (társadalmilag), szellemi individualizáció, szubjektivitás, szintetizálás, teljességre törekvés, érzés-, vagy inkább: ráérezés-központúság, intuitivitás (Suzuki, 1989). A nyugati létmódhoz a természet átalakításának, birtoklásának igénye tartozik, a keletihez pedig a természettel való egységre, a természettel való azonosságára alapozott életvitel, és a természet változatlan átörökítésének igénye. Az ókori keleti ember nem akarta megváltoztatni a természetet, az emberi kapcsolatokat, a világot, hanem meg akarta őrizni azt, lényegi változatlanságában, öntörvényű, ciklikus változásaiban. A keleti létmódú ember nem vágyott újabb és újabb gépekre, tárgyakra, hanem a változatlan kapcsolatvilág megőrzését tekintette értéknek. Említett tanulmányában

Suzuki egy nagyon érzékletes példa segítségével – Csuang-ce ³⁶ munkafilozófiájának bemutatásával – írta le a keleti ember változatlanságra, a természettel való egység megtartására törekvését:

„Egy paraszt kutató ásott és ennek vizével öntözte a földjét. Egyszerű csőbörrel húzta fel a vizet a kútból, mint a legprimitívebb emberek. Egy arra járó, ezt látva, megkérdezte a parasztot, miért nem használ gémet, hiszen azzal főlegesen munkát takarítana meg, és többet is végezhetne, mint ezzel a kezdetleges eljárással. A paraszt így felelt: »Tudom, emberi munkát takarítanék meg vele, azért is nem használom. Attól félek, egy ilyen szerkezet géplelkűvé tenne. A gépközpontúság pedig semmittevéshez, lustasághoz vezetne.«” (Suzuki, 1989. 19. o.).

A fentiekből – az időhöz, időbeliséghez való viszonyulás vonatkozásában is lényeges - másság következik: a nyugati ember siet, drága az ideje, az idő pénz, az idő kincs számára. Akár úgy is fogalmazhatunk, hogy azért kell neki az egyre gazdagodó tudásával megalkotott egyre jobban funkcionáló technika, az új eszközök, gépek, hogy azok használata mellett jól tudjon gazdálkodni legnagyobb kincsével, az idővel. S mivel a nyugati ember számára nagyon fontos az idő, ezért legfőbb törekvéseinek egyike éppen az idő jó kihasználása. Reflektálásával, kritikus-rationális világhoz-viszonyulásával és persze kritikus-rationális önmagához-viszonyulásával távolságot teremt a jelen és a múltbeli-jövőbeli események, továbbá önmaga és a világ, saját megélt

³⁶ Csuang-ce ókori kínai bölcs (ie. kb. 369-286).

élete és annak magyarázata, értékelése között. Az individuummá válás egyben morális lényé válást, és időben való létet is feltételez. A viszonyuló, reflektáló ember távolságtéremtő tevékenységének egyik eredménye a megteremtett viszonylagos autonómia lehet, a másik pedig az életét kísérő örökös szorongás (Kirkegaard, 1993. 19. – 20. o.).

Irodalom

- Benkő, Zs., Lippai, L., Tarkó, K. and Erdei, K. (2007): Tradition and Modernity: Summary Description of Relevant Indicators in the Hungarian Sample. In: Zsuzsanna Benkő (2007, Ed.): *Tradition and Modernity in the life-style of the families of the Visegrád countries*. JGYF Kiadó, Szeged. 151. – 185.
- Brand, S. (2001): *Amíg világ a világ. Idő és felelősség – A hosszú most órája* (ford.: Kertész Balázs). Vince Kiadó, Budapest.
- Ende, M. (2003): *Momo. Avagy furcsa történet az időtolvajokról s a gyermekről, aki visszahozta az embereknek az elloptott időt* (ford.: Kalász Márton). Móra Ferenc Könyvkiadó, Budapest.
- Fehér Ferenc és Heller Ágnes (1993): *A modernitás ingája*. T-Twins Kiadó, Budapest.
- Fromm, E. (1998): *Az Önmagáért való Ember. Az etika pszichológiai alapjainak vizsgálata* (ford.: Gellériné Lázár Márta), Napvilág Kiadó, Budapest. 190-191.
- Hegel, G. W. F. (1979): *Előadások a világtörténet filozófiájáról*, Akadémiai Kiadó, Bp.
- Heidegger, M. (1989): *Lét és idő* (ford.: Vajda Mihály). Gondolat Kiadó, Bp.

- Heidegger, M. (1992): *Az idő fogalma* (ford.: Fehér M. István). Kossuth, Budapest.
- Heidegger, M. (1995): *Bevezetés a metafizikába* (ford.: Vajda Mihály). Ikon Kiadó, Budapest.
- Heller Ágnes (1994): *Általános etika*. Cserépfalvi Könyvkiadó, Budapest.
- Heller Ágnes (1997): *Életképes-e a modernitás?* Latin Betűk, Debrecen.
- Heller Ágnes (1997): Személyiségetika dióhéjban. *Kellék*. 7. szám, 1997.
<http://epa.oszk.hu/01100/01148/00007/08heller.htm> [2012.04.09.]
- Heller Ágnes (2000): *Kizökkent idő I-II*. Osiris – Gond Kiadó, Bp.
- Heller Ágnes (2004): *Mi a modernitás?* <http://mindentudas.hu/elodasok-cikkek/item/28-mi-a-modernit%C3%A1s?.html> [2012.04.09.]
- Jaspers, K. (1989): *Bevezetés a filozófiába* (ford.: Szathmáry Lajos). Európa Könyvkiadó, Bp.
- József Attila Összes Versei*. Szépirodalmi Könyvkiadó, Bp.
- Kant, I. (1996): *A gyakorlati ész kritikája* (ford.: Berényi Gábor). Cserépfalvi Könyvkiadó, Bp.
- Kant, I. (1997): *Válasz a kérdésre: Mi a felvilágosodás?* In: *Történetfilozófiai írások*. Ictus.
- Kierkegaard, S. (1993): *Halálos betegség* (ford. Rácz Péter). Göncöl Kiadó, Budapest.
- Leibniz válogatott filozófiai írásai* (1986): Európa Könyvkiadó, Bp.
- Nietzsche, F. (1990): *A vándor és árnyéka* (ford. Török Gábor). Göncöl Kiadó, Bp.
- Nietzsche, F. (1996): *A bűn, a rossz lelkiismeret és társaik*, in: *A morál genealógiája* (ford.: Romhányi Török Gábor). Holnap Kiadó, Budapest.

- Nyíri Kristóf (é.n.): *Idő és mobilrend*. http://www.socialscience.t-mobile.hu/dok/11_nyiri.pdf [2012.04.09.]
- Ottlik Géza (1997): *Buda*. Európa Könyvkiadó, Bp.
- Platón (1984): *Kratülosz*. [403 c, d] In: PÖM I. Európa Könyvkiadó, Bp.
- Riemann, F. (1998): *A szorongás alapformái* (ford.: Jólesz László). Háttér Kiadó. Bp.
- Seneca, L. A. (2001): *Erkölcsei levelek* (ford.: Kurcz Ágnes). Kossuth Kiadó, Budapest.
- Spinoza, B. (1979): *Etika* (ford.: Szemere Samu). Gondolat Kiadó, Bp.
- Steiger Kornél (1984, szerk.): *Hérakleitosz Múzsái vagy a Természetről*. Helikon Kiadó, Budapest.
- Steiger Kornél (1995): *33 híres bölcséleti mű*. Móra Könyvkiadó, Budapest.
- Suzuki, D. T. (1989): *Előadások a zen-buddhizmusról* (ford.: Gy. Horváth László). in: Fromm, E. és Suzuki, D. T. (1989): *Zen-buddhizmus és pszichoanalízis*. Helikon Kiadó, Budapest.
- Tarkó, K., Benkő, Zs., Lippai, L. and Erdei, K. (2007): Tradition and modernity: a comparative trans-national analysis. In: Zsuzsanna Benkő (2007, Ed.): *Tradition and Modernity in the life-style of the families of the Visegrád countries*. JGYF Kiadó, Szeged. 381. – 401.
- Turay Alfréd (2000): *Az ember és az erkölcs. Alapvető etika Aquinói Tamás nyomán*. (Katolikus teológiai kézikönyvek). Agapé, Szeged.
- Vajda Mihály (2001): *Tükörben*. Csokonai Kiadó, Debrecen.

A szolidaritás – elvű egészségügy és ennek erkölcsi - etikai vonatkozásai*

Kapocsi Erzsébet

Benkő Zsuzsának „Pannóniából” eredő hosszú barátságunk és közös munkánk jegyében szívből ajánlom az alábbi tanulmányt.

Bevezetés:

A szolidaritás fogalmának több, egymástól eltérő jelentése és alkalmazása van. Értelmezhető egyrészt szociológiai, politikai, etikai, pszichológiai, teológiai dimenzióban; másrészt megjelenik és érvényesül a társadalmi élet különböző területein s ezen a síkon az értékek és érdekek kifejezésének és védelmének lehetősége; harmadrészt értelmezhető olyan jelenségként, amelyek érzelmektől vezérelt gyakorlati cselekvésekben nyilvánulnak meg. Ugyanakkor a szolidaritás lehet társadalmi alapelv, kollektív magatartás és individuális erkölcsi norma is; érintheti a privátszférát éppúgy, mint az ipari viszonyokat vagy nemzetközi kooperációkat (Bode és Zenker, 2001. 484.). Bayertz meglátása szerint éppen a fogalom tisztázatlan elméleti státusza következtében használják nagy előszeretettel és bizonyos

* Jelen tanulmány a Népegészségügyi Kutatóhelyek VI. Országos Konferenciáján (Budapest, 2012. szeptember 5-7.) elhangzott, azonos című, előadás bővített és átdolgozott változata. Egyes részleteiben megegyezik az ETHOSZ Egyesület Konferenciájának (Pécs, 2011. szeptember 4.) *Szolidaritás – Lojalitás – Oktatás* c. tanulmánykötetében szereplő dolgozattal. /A kötet megjelenés alatt./

szabadsággal. „A szolidaritás jelensége mint egy vándorkő hever a modernitás morális vidékén. Jól ismert a mindennapokból, mégis idegen test maradt. Terjedelme és súlya miatt szembetűnő, ugyanakkor ormóttan. Ennek a vidéknek a geológusai – a modernitás morálfilozófusai – olykor mint magától értetődőt előfeltételezték, legtöbbször azonban egyszerűen kitértek az útjából: megmozdítani ezt a tömböt meg sem kísérelték” (Bayertz, 1998. 9. o.).

A szolidaritás eszméjének - úgy tűnik - nincs szüksége elméleti megalapozásra, maga a gyakorlati *szolidáris cselekvés* spontánul és intuitív módon történik (vagy éppen nem történik), és anélkül is realizálódik, hogy további reflexiókat vonna maga után (Sieferding, 2007. 7. o.). Mégis, mindig felmerül a kérdés: mi teszi lehetővé és mi teszi szükségessé a szolidáris cselekvéseket, mi motivál embereket és közösségeket, hogy szolidárisak legyenek? A választ, illetve válaszokat, alapvetően meghatározza a vizsgálódás iránya.

A modern, plurális társadalmakban a szolidaritás eszméje a politikai modernitás egyik központi kategóriája lett, de ezzel párhuzamosan az etika számára is újraértelmezhetővé és újraértelmezendővé vált, mind a kollektív társadalmi erkölcs, mind az egyéni morál szempontjából (Habermas, 1986; Baum, 1996; Sieferding, 2007).

Szolidaritás: definíció és értelmezés

A szolidaritás fogalma – a szakirodalomban fellelhető, nagyon különböző, definíciók alapján – értelmezhető deskriptív és normatív módon is. A deskriptív értelmezés szerint egy csoport, közösség, társadalom belső

összetartozásának kifejeződése, melyben különösen fontos a csoporttagok kölcsönös elkötelezettség-érzése. Normatív értelemben olyan cselekvési formákat implikál, melyek összetartják, erősítik a csoportot; mindenekelőtt segítségnyújtást, melyet az egyének a csoport, közösség, társadalom azon tagjainak nyújtanak, akikkel szemben kötelezettséget éreznek.

Ha történelmi távlatba helyezzük a fogalmat, Émile Durkheim definíciója tűnik jó kiindulópontnak, egyrészt, mert megkerülhetetlen a szolidaritásról szóló diskurzusban, másrészt, mert egyesíti a szociológiai és az erkölcsi nézőpontot, azt a két területet, amely a mai értelmezésekben is dominál. Durkheim a szolidaritást a társadalmat integráló erőként definiálja és azt is kiemeli, hogy milyen szerepet játszanak a morális elemek a társadalmi kohézióban. A szolidaritás „... a társadalmi élet alapfeltétele. Valóban, egy olyan társadalom, amelynek a tagjait nem kapcsolná egymáshoz valamilyen tartós és szilárd kötelék, egy halom laza porhoz hasonlítana, amelyet a legkisebb szél is szétszórna a négy égtáj felé” (idézi: Némedi, 1996. 35. o.).

Durkheim „*A társadalmi munkamegosztásról*” című művében megkülönböztet „mechanikus” és „organikus” szolidaritást. A mechanikus szolidaritást három fontos tényező együttes megléte biztosítja. Ezek: a közös tudat, közös érzelmek és a feltétlen tekintély. Jellemzői: - az egyének hasonló kulturális értékein alapul; - erős kapcsolati háló megléte jellemzi, ezen kapcsolati háló alapja lehet a család, a rokonság, egy faluközösség, stb.; - értékvezérelt; - a szolidaritás egyenesen arányos a közös eszmék erősségével és fordítottan arányos az egyéniség fejlettségével. Az organikus szolidaritás jellemzői: - az eltérő életfeltételek és eltérő tevékenységek során szükségszerűen kialakuló

munkamegosztáson alapul; - egyenlőtlenségek és érdekkülönbségek kényszerítik ki; - ez a kapcsolatrendszer nagy mértékben formális, személytelen, közvetett és lényegében alapvetően érdekvezérelt; - a szolidaritás egyenesen arányos a közös eszmék és az egyéniség fejlettségével. A modern társadalmakban (idézi: Némedi, 1996. 40. o.) Durkheim szerint a mechanikus szolidaritást felváltja az organikus szolidaritás, bár az első sem tűnik el teljesen.

Alfred Vierkandt német szociológus értelmezésében a szolidaritás „egy közösség érzülete, melyet erős belső kötelékek jellemeznek”. A továbbiakban a szolidaritás gyakorlati jellegét hangsúlyozza: „a szolidaritás az összetartozás érzése, mely gyakorlativá tud válni és gyakorlativá is kell lennie” (Vierkandt, 1969. 944-946. o.). Vierkandt értelmezése már a pszichológia területét érinti. Bár mind a klasszikus iskolák, mind a modern pozitív pszichológia rendszeresen használják a fogalmat és fontos pozitív érzületként tartják nyilván, pontos definícióval nem szolgálnak.

A szolidaritás pszichológiai értelemben egyfajta érzület: a szolidáris személy kész segíteni a bajbajutottakon, elesetteken és rászorulókon, mégpedig elsősorban azért, mert bajukat, balszerencséjüket közvetlenül átérzi. A szolidaritás érzülete jellemzően személyes kapcsolatokra épülő közösségekben jelenhet meg; elsődleges terepe a család, a baráti és munkatársi kör.

A szolidaritás ugyanakkor egy személyes, morális érzület megvalósulási formája is. A mindennapi tapasztalat azt mutatja, hogy az emberek nem azért szolidárisak, hogy egy elvont erkölcsi eszmének megfeleljenek, hanem mert késztetést éreznek erre olyan emberekkel vagy

csoporthoz kapcsolatban, akiket segítségre szorulókként azonosítanak magukban. Ez annál könnyebben valósul meg, minél közelebb állnak hozzánk az illetők. A szolidaritás így specifikus érzelmi és szenzitív (érzékelési) képességekkel van összekötve, amelyeket a szolidáris cselekvés emocionális előfeltételeiként határozhatunk meg (Sieferting, 2007. 7. o.).

A szolidaritás szintjei és intézményei

A szolidaritás napjainkban is rendkívül fontos tényező a társadalmi élet legkülönbözőbb szinterein, ugyanakkor a definiálása sokszor továbbra is körülírások formájában történik. Egy kerekasztal-beszélgetés során magyar társadalomtudósok a következő jellemzőket emelték ki: a szolidaritás nem más, mint a közösségnek az önmagáért és a tagjaiért viselt gyakorlatias felelőssége. Olyan tartalmakat hordoz, mint: összetartozás, felelősség, támogatás, bizalom. Más megfogalmazásban a szolidaritás „a társadalmi működés kovásza, maltere”; azaz összetartó erő. Nélküle nincs működő társadalom. Fontos gondolatként fogalmazódott meg, hogy „a szolidaritás nem elvárható” és nem kikényszeríthető, csakis önkéntességen alapul. A mai magyar társadalom egyik jellemzője, hogy „a szolidaritásérzet erodálódott a társadalomban” ugyanakkor a szolidaritás hiánya gyengíti a társadalmi bizalmat. Mindennek következménye, hogy napjainkban *szolidaritást pótló intézményeket hozunk létre*; „hiszen ha az emberek hétköznapi, egymáshoz való viszonyulásában nem jelenik meg az egymás segítése, akkor a társadalom kénytelen erre intézményeket állítani” (Kerekasztal, 2010. 7. o.).

A szolidaritás a társadalmi életben különböző szinteken nyilvánul meg: beszélhetünk mikro (-társadalmi) szolidaritásról, ami a család, a rokonság, barátok, közvetlen munkatársak között érezhető. A mezo (-társadalmi) szolidaritás nagyobb közösségeket fog át; ilyen lehet pl. a munkahely, a lakókörnyezet, különböző önszervező csoportok. A makro (-társadalmi) szolidaritás a társadalom egészét felöleli és képes nagy tömegeket összefogni és megmozgatni. Ilyen alkalmak lehetnek az egyébként sajnálatos természeti katasztrófák, pl. árvíz, földrengés (vagy a magyarországi vörösiszap áradás 2010-ben), amelyek után nagyon széleskörű és önzetlen támogatásnak és összefogásnak lehetünk tanúi. Az utóbbi évtizedekben arra is láthattunk nagyon pozitív példákat, hogy ilyen természeti katasztrófák esetén a média támogatásával – és sokszor szervezésében – országokon átívelő, nemzetközi szolidaritás és segítségnyújtás valósult meg (indiai-óceáni szökőár 2004-ben, japán földrengés és cunami 2011-ben).

Mint már láttuk, a szolidaritás alanyai és tárgyai is lehetnek mind intézmények, csoportok mind egyes emberek. Általában a szolidaritás olyan intézmények vagy emberek irányában nyilvánul meg, akik gyenge pozícióban vannak. Szolidaritásra csak ott van szükség, ahol a segítséget és támogatást kell nyújtani egy olyan problematikus helyzet miatt, amelyben a szolidaritás tárgya nem képes a helyzetet egyedül kezelni, megoldani (Klindworth és Schröder, 2010. 8. – 9. o.).

A szolidaritás tekintetében különleges helyet foglalnak el a jóléti államok közszolgáltatásai és a hozzájuk kapcsolódó intézmények, mint pl. az egészségügy, az oktatás, a szociális ellátások. A modern jóléti államok a maguk adóztató, újraelosztó, jövedelmet kiegyenlítő

társadalompolitikájával a társadalmi szolidaritás újfajta értelmezését is bevezették a köztudatba (Berend T, 2003. 1273. o.).

A durkheimi értelemben azt mondhatjuk, hogy a mechanikus szolidaritást intézményesített organikus szolidaritás váltotta fel – noha természetesen a mechanikus szolidaritás formái sem tűntek el teljesen. Másrészt megjelentek és egyre fontosabb feladatokat töltenek be a *szolidaritáson alapuló* illetve – a fentebb idézett kerekasztal beszélgetés során már említett *-szolidaritást pótló intézmények*. Mindkét forma a szolidaritásra mint társadalmi alapelvre épít.

Spieß nyomán azt mondhatjuk, hogy a szolidaritás mint társadalmi elv követelményeket támaszt a közösséggel és annak tagjaival szemben:

- a) a privát érdekeknek a közösségi érdekek alá rendelését követeli meg, az egyéni szabadságjogok tiszteletben tartása mellett.
- b) megköveteli minden egyéni és közösségi erő összefogását - természetesen a lehetséges teljesítmények figyelembe vételével - a közös célok megvalósítása érdekében.
- c) megköveteli egyes hivatásrendek és hivatáscsoportok összefogását, amelyek bár képviselhetik egyéni érdekeiket, de csak az ossztársadalmi jóllét figyelembe vétele mellett (SPIEß, 2007. 143-144. o.).

A szolidaritás-elvű egészségügyi rendszer

A jóléti állam egyik legkiterjedtebb alrendszereként szokás emlegetni az egészségügyi rendszert, amelyben különösen jól megmutatkoznak a társadalmi szolidaritás mai lehetőségei és korlátai. A fejlett országok – egyébként nagyon eltérő - egészségügyi rendszereinek mindegyikében drámai kiadás-növekedés jelentkezett az elmúlt évtizedekben. Ennek

legfőbb okai: egyrészt a lakosság elöregedése (az idősök egészségügyi ellátása többbe kerül); másrészt a gyógyító (orvosi) technológia robbanásszerű fejlődése és ezzel párhuzamos drágulása; harmadrészt az egészségügyi szolgáltatások iránti növekvő kereslet, mind mennyiségileg, mind minőségileg.

A mai európai egészségügyi rendszerek legtöbbször a szolidaritás elve jellemzi. Ennek lényegi eleme: törekvés az egészségi állapottól függő egyenlőtlenségek csökkentésére. A fontosságát az is jelzi, hogy az „Orvosi Jog Európai Társasága” ezt az elvet az európai identitás egyik összetevőjének tekinti. Tanácskozásukon a határokon átívelő együttműködés főbb területeiként jelölték meg az Eurotransplant keretében végzett szervátültetéseket; a sürgősségi és várólistás külföldi gyógykezeléseket; a betegjogok és a páciensbiztonság elveinek összehangolt érvényesítését; a páciensek és az orvosok mobilitásának kérdéseit („Europäische Identitätsfindung durch Solidarität im Gesundheitswesen”, 2012).

Ugyanakkor minden szakember elismeri, hogy a szolidaritás elve maradéktalanul egyetlen rendszerben sem érvényesül. Mit jelent pontosan a szolidaritás elve az adott rendszerben? A finanszírozási oldalon azt, hogy az egyén anyagi hozzájárulása nem az adott személy egészségi állapotától, hanem a fizetési képességétől függ. Az ellátási oldalon pedig azt, hogy az ellátást nem az illető fizetőképessége, hanem az állapotából fakadó szükségletei határozzák meg. Ebből a szükséglet alapúságból következik az a nagyon fontos tény, hogy a szolidaritás érvényesüléséhez a rendszerben működtetni kell egy újraelosztó (redisztribúciós) mechanizmust. Az ilyen típusú rendszerekben többszörös szolidaritás

érvényesül: a.) mindenkori fiatalok és öregek között; b.) a gazdagabbak és szegényebbek között; c.) az alacsony kockázatúak és nagy kockázatúak között (Oberfrank, 2004. 19-20. o.).

A fenti modell érvényesül hazánkban is: „így Magyarországon deklaráltan szolidaritás-elvű, szükséglet-alapú, a lakosság egészére kiterjedő kockázat-közösségre épülő, állami felelősségvállalás mellett működő társadalombiztosítás fenntartására törekszünk” (Oberfrank, 2004. 21. o.)

Az egészségügyi rendszer egyik nagy kérdése azonban napjainkban, a fejlett országokban, éppen az, hogy meddig tartható fenn egy ilyen szolidaritás-elvű egészségügy? A németországi betegebiztosítók jelentésében például azt találjuk, hogy egyetlen kisfiú életben tartására és gyógykezelésére 2008-ban (ekkor 3 éves volt) 1,551 millió Eurót (cca: 400 millió Ft), 2009-ben (4 éves) 1,815 millió Eurót (cca: 500 millió Ft) költöttek (Baumann, 2009) – és az összeg az évek számával nyilván emelkedni fog.

Magyarországon is találunk „drága betegeket”, akiknek a gyógykezelése több millió forint évente (a legmagasabb költség 170 millió Ft/év) (Weborvos, 2012-05-16; Weborvos, 2012-06-01). A gyógyszerkassza megoszlása szintén a szolidaritás elv megvalósulásának példája: 140 milliárd forintba kerül mintegy 100.000 beteg éves kezelése, míg 130 milliárd Ft jut további 5 millió betegre (MOK, 2012.08.24.).

Nálunk, Magyarországon, a legnagyobb probléma, hogy a járulékfizetők száma sokkal alacsonyabb, mint a szolgáltatásokat igénybe vevőké. A lakosságnak csak mintegy 40%-a fizet járulékot, s tulajdonképpen ők fedezik a sajátjukon kívül a másik 60% egészségügyi

ellátását is. Ugyancsak súlyos probléma, hogy a hazai járulékfizetők túlnyomó része minimálbéren keres, illetve így van bejelentve, tehát a jövedelemarányos járulékfizetés irreálisan alacsony (Forgács, 2005. 709-711. o.).

Az egészségügy finanszírozási problémái és a társadalom szolidáris készsége együttesen olyan helyzeteket teremtenek, amelyek minden pozitívumukkal együtt is kérdések sokaságát vetik fel. A betegek, főleg beteg kisgyerekek, külföldi gyógykezelésének finanszírozására indított társadalmi gyűjtések a közösségi és egyéni szolidaritás szép és megható példái. Ezekben az esetekben a szülők illetve hozzátartozók azért fordulnak a nyilvánossághoz, mert a kezelést a Társadalombiztosítás nem finanszírozza – különböző okok miatt. Nem mindig csak a pénzhiány miatt, hanem sokszor azért, mert a szülők által kért kezelés vagy ellátás még csak kísérleti stádiumban van, nem tekinthető bizonyítékokkal alátámasztott, sikeres, standard terápiának (pl. összejt terápia). Ilyenkor a család külföldi gyógykezelésben reménykedik, de mivel az adott országban legtöbbször súlyos milliókba kerül az áhított terápia, s a családnak nincs rá pénze, a nyilvánossághoz fordulnak segítségért. Nagyon gyakran kapnak is anyagi és erkölcsi támogatást magánszemélyektől, alapítványoktól, non-profit szervezetektől. Miközben ezek az akciók a jótékonyág, a szolidaritás kifejezésének szép példái, egy sor kérdést is felvetnek: Hiteles-e a gyűjtés? Ki részesül a támogatásban? Ki ellenőrzi a pénz felhasználását? Van-e orvosi haszna a kezeléseknak? A tét pedig nemcsak a gyermekek egészsége, hanem az anyagi és erkölcsi hitelesség is, hiszen becslések szerint az ilyen célokra a civil szférából származó összeg mintegy 10 – 15 milliárd Ft évente. „Egyre gyakrabban jelennek meg a sajtóban azok a

híradások, amelyek civil szervezetek (alapítványok és egyesületek), adománygyűjtésével, vagy az adományok felhasználásával kapcsolatos visszaéléseiről tudósítanak. A sajtóban kiemelt rossz példák, a negatív híradások hatása erősebb a valóságnál, és bizonytalanságot, bizalmatlanságot ébreszthetnek a szektorra egyébként nyitott adományozók, támogatók körében” (NIOK Alapítvány, 2010).

Az egészségügyben a szolidaritás a modell szintjén akadálytalanul érvényesül, konkrét, gyakorlati megvalósítása azonban sokszor erkölcsileg is megkérdőjelezhető szituációkhoz vezet. Mindig akadnak csoportok vagy egyének, akik tudatosan kihasználják a közösségi szolidaritás nyújtotta előnyöket illetve visszaélnék a helyzet adta lehetőségekkel. A társadalom számára is visszatetsző jelenségek összefüggenek azzal, hogy a *jóléti intézmények hatékonysága nem függetleníthető a társadalomban uralkodó morális értékektől*. Sajnos, minden nagyvárosban ismerős lehet az a jelenet, amikor egészséges, életerős fiatal emberek illetve hölgyek helyezik (általában drága és márkás) autójuk szélvédő üvege mögé a rokkantságot igazoló kártyát és ezzel kerülnek el a parkolási díj fizetését. Napokig vezető hír volt napilapokban az is, amikor egy falu teljes futbalcsapatát rokkantnyugdíjasnak nyilvánították. Ezek a negatív példák óhatatlanul a szolidaritás eszméjének erkölcsi erodálódásához vezetnek.

A szolidaritás mint erkölcsi alapelv

Mint láttuk, a szolidaritás-fogalom erkölcsi töltetét és morális vonatkozásait szinte minden meghatározás kiemeli, de nem mindig definiálja pontosan. Durkheim például ezt írja: „A társadalmi szolidaritás teljes egészében erkölcsi jelenség, mely önmagában nem figyelhető meg

pontosan, főleg pedig nem mérhető” (idézi: Némedi, 1996. 39. o.). A német szakirodalomban megfigyelhetők a szolidaritás erkölcsi dimenziójának pontosabb meghatározására irányuló törekvések. Az etikai értelmezés alapja nagyon különböző: Sieferding Feuerbach antropológiájára és Rorty filozófiájára alapoz, Baum Kant univerzális morálfilozófiáját teszi meg fundamentumnak, amelyből levezethető a szolidaritás erkölcsi parancsa; míg például Spieß Heinrich Pesch újszolasztikus szolidarizmus koncepciójára épít (Sieferding, 2007; Baum, 1996; SPIEß, 2007).

A különböző kiindulópontok különböző legitimációs értelmezésekhez és eltérő norma megalapozásokhoz vezetnek, de közös pontjuk a szolidaritás mint erkölcsi alapelv elismerése illetve definiálása. A lényegi közös vonások: morálisan / erkölcsileg megalapozott igény kooperatív viselkedésre és kollektív felelősségre; készség olyan célok támogatására, amelyek veszélyeztetettek, ugyanakkor értékesek és legitimek. Röviden: a szolidaritás individuumok illetve csoportok közötti kapcsolat, amelynek erkölcsi - etikai legitimációja és morális vonzata van (Sieverding, 2007. 11. o.; Baum, 1996. 110-111. o.).

A szolidaritás a fentiek alapján meghatározható erkölcsi alapelvként és ugyanakkor funkcionálhat erkölcsi normaként is, továbbá helye van mind a szociáletikában, mind az individuális etikában. Anzenbacher értelmezésében a szolidaritás mind a szociáletika, mind az individuális erkölcs alapvető elve; ugyanakkor a két sík összekötő eleme is. Individuáletikai szempontból a szolidaritás morális érzületként jelenik meg, mely konkrét szolidáris cselekvésekre, valamint „önkéntes – karitatív szeretet-cselekedetekre” is kötelez bennünket. A szociáletika

dimenziójában a közjó (Gemeinwohl) elvével és a szubszidiaritás elvével kapcsolódik szorosan össze. A közjó elve a társadalom minden tagjának együttműködését, „szociális kooperációját” igényli. A szolidaritás elve tehát az egyént „szociális kooperációra” kötelezi és mind a közösségtől (társadalomtól), mind az egyéntől elvárja, hogy felelősséget tanúsítson önmaga és mások irányában is. Anzenbacher külön is figyelmeztet, hogy a szociális jóllét megvalósítása magas fokú egyéni felelősségtudatot követel meg. „Az a mód, ahogyan egy személy azokkal az eszközökkel és lehetőségekkel bánik, amelyeket a szociális kooperáció felkínál számára, rendkívül fontos szerepet játszik” (Anzenbacher, 1998. 197-201. o.).

Az egészségügyben az egyéni felelősségvállalás kérdése az utóbbi évtizedekben került előtérbe és egyre gyakrabban vetődik fel egészen konkrét formában és adott esetben számszerűsíthető pénzösszegben is. A kérdés – némileg egyszerűsítve – úgy tehető fel, hogy azok az emberek, akik a káros következmények tudatában, hosszú időn keresztül, szisztematikusan rombolják egészségüket (alkohol, dohányzás, drogok, elhízás, mozgásszegény életmód, stb.), joggal számíthatnak-e megbetegedésük esetén a közösség szolidaritására? Hiszen gyógykezelésük illetve rehabilitációjuk – mind a tapasztalatok, mind a pénzügyi kalkulációk szerint – sokszorosát teszi ki az általuk befizetett járulékoknak. Megfordítva: azok az emberek, akik mindent megtesznek egészségük megőrzése érdekében, a szolidaritás jegyében kötelesek-e finanszírozni polgártársaik felelőtlen életmódját? További gondolatként vetődik fel, hogy a veszélyes sportot űzők - nagyobb valószínűséggel és nagyobb gyakorisággal bekövetkező - súlyos baleseteit szintén finanszírozniuk kell-e a szolidaritás alapú egészségbiztosításnak? Ezek a kérdések korántsem

költőiek, hiszen az egészségügy – mint már erről szó volt – a fejlett országokban mindenütt a finanszírozhatóság határára érkezett (vö: Ahrens, 2007).

Összegzés:

A szolidaritás különböző értelmezéseiben közös, hogy egymásra utalt és együttműködésre kész, illetve együttműködésre hajlandó, emberek és embercsoportok közötti kölcsönös kötelékként, „szociális kooperációként” definiálják. Értelmezhető mind a szociáletika, mind az individuális erkölcs síkján. Olyan közösségi illetve egyéni érzület, továbbá erkölcsi elv és norma, amely konkrét tevékenységben, gyakorlati cselekvésekben nyilvánul meg. Napjainkban jellemző a szolidaritás-elvű társadalmi intézmények professzionális működése, s mellettük megjelentek a szolidaritást pótló intézmények is, melyek önkéntes – karitatív tevékenységükkel kiegészítik ezek munkáját.

A modern társadalmak egyik fontos kérdése: hogyan lehet a szolidaritás-elvű egészségügyi rendszereket, pozitívumaikat megőrizve, fenntartható finanszírozási pályán tartani? Ennek egyik lehetséges útja a szolidaritás és szubszidiaritás mellett az egyéni felelősségvállalás erősítése és nagyobb szerepe.

Irodalom

Ahrens, H. J. (2007): *The mature patient: between solidarity and personal responsibility*. 3rd annual World Health Care Congress Europe, 26-28 March 2007. Barcelona.
<http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=1066>

- Anzenbacher, A. (2007): Das Solidaritätsprinzip als Rechtsprinzip. In: Große Kracht, H.-J., Karcher, T. SJ, Spieß, C. (1997, Hg.): *Das System des Solidarismus: zur Auseinandersetzung mit dem Werk von Heinrich Pesch SJ*. 159-179. (LIT Verlag, Berlin)
- Baum, H. (1996): Ethik sozialer Berufe. (Schöningh, Paderborn, München, Wien, Zürich)
- Baumann, D. (2009): *Rekordausgaben für Arzneimittel*. Berliner Zeitung, 18. 09. <http://www.berliner-zeitung.de/newsticker/die-kassen-muessen-immer-mehr-geld-fuer-medikamente-zahlen--aerzte-sind-inzwischen-guenstiger-rekordausgaben-fuer-arzneimittel,10917074,10667164.html>
- Bayertz, K. (1998, Hg.): *Solidarität: Begriff und Problem*. (Suhrkamp, Frankfurt am Main)
- Berend T. Iván (2003): A jóléti állam: válság és kiutak. *Magyar Tudomány*, 2003/10.
- Bode, I., Zenker, C. (2001): Solidarität im Angebot – Über moralisierte Märkte. *Leviathan* 2001/4; 484-506.
- „Europäische Identitätsfindung durch Solidarität im Gesundheitswesen“
<http://www.medizinrecht-europa.eu/veranstaltungen/>
- Forgács Iván (2005): Egészségügy és politika: ki kinek a foglya? *LAM* 2005;15(10)
- Habermas, J. (1986): Gerechtigkeit und Solidarität, in: W. Edelstein / G. Nunner-Winkler (1986, Hg.): *Zur Bestimmung der Moral* (Suhrkamp, Frankfurt am Main)

Kerekasztal beszélgetés a szolidaritás esélyeiről és realitásairól.

Részvevők: Gyuris Tamás - Lakner Zoltán - Márton Izabella - Vercseg Ilona . *Parola*, 2010/3.

Klindworth, H., Schröder, W. (2010): *Der Begriff der Solidarität in der wissenschaftlichen Literatur von 1990 bis 2009* – Bedeutung, Wandel und Schlussfolgerungen hinsichtlich der sozialen Sicherungssysteme in der BRD. Januar 2010. Studie im Auftrag der Rosa-Luxemburg-Stiftung.

http://ifg.rosalux.de/files/2010/04/Solidarit%C3%A4tsstudie_Endversion_HW.pdf

Némedi Dénes (1996): *Durkheim. Tudás és társadalom*. Kempelen Farkas Digitális Tankönyvtár.

<http://www.tankonyvtar.hu/filozofia/durkheim-080904>

NIOK Alapítvány: „Átláthatóság és Bizalomépítés”.

http://nonprofit.hu/sites/default/files/study/2010/12/%C3%A1tl%C3%A1that%C3%B3s%C3%A1g-%C3%A9s-bizalom%C3%A9p%C3%ADt%C3%A9s-2009/AB_2009_0.pdf

<http://lexikon.freenet.de/Loyalit%C3%A4t>

Oberfrank Ferenc (2004): A szolidaritás elvének érvényesülése jelenlegi egészségügyünkben. In: Lindeisz Ferenc (2004, szerk.): *A szolidaritás az egészségbiztosítás reformjában*. Faludi Ferenc Akadémia, Bp.

Sieverding, J. (2007): *Sensibilität und Solidarität*. Skizze einer dialogischen Ethik im Anschluß an Ludwig Feuerbach und Richard Rorty. (Waxmann Verlag, München)

- Spieß, C. (2007): Solidarismus und Sozialethik. In: Große Kracht, H.-J., Karcher, T. SJ, Spieß, C. (1997, Hg.): *Das System des Solidarismus: zur Auseinandersetzung mit dem Werk von Heinrich Pesch SJ*. 137-159. (LIT Verlag, Berlin).
- Vierkandt, A. (1969): Solidarität. In Wilhelm Bernsdorff (1969, Hrsg.): *Wörterbuch der Soziologie*. (Enke, Stuttgart) 944-946.
- Szeptemberre elfogyhat a gyógyszerek támogatására szánt keret <http://www.mok.hu/hirek.aspx?&nid=25506&cid=208>
- Mérlegelni kell, megér-e egy beteg százmilliót? http://www.weborvos.hu/gyogyszerpiac/merlegelni_kell_meger_e_egy/191896/
- Drága beteg: 174 milliós a gyógyszerköltsége http://weborvos.netrix.hu/lapszemle/draga_beteg_174_millios/192482/

A kötet szerzői

DR. HABIL. BARABÁS KATALIN PHD. Intézetvezető egyetemi docens, az orvostudomány kandidátusa. Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet. Egészségfejlesztésért Emlékérem díjas (2005).

PROFESSZOR DR. CSEPELI GYÖRGY, Magyar Erdei-díjas szociálpszichológus, szociológus, a Magyar Tudományos Akadémia doktora, az Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kar Interdiszciplináris Társadalmi Kutatások Doktori Programjának alapítója, vezetője, a Magyar Szociológiai Társaság elnöke.

DR. ERDEI KATALIN, klinikai szakpszichológus, Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet. Egészségfejlesztésért Emlékérem díjas (2012).

DR. FÜZESI ZSUZSANNA PHD. M.D., szociológus, intézetigazgató-helyettes, egyetemi docens, kandidátus, Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Orvosi Szociológia Csoport.

GYEBNÁR BRIGITTA, Népegészségügyi Főosztály mb. vezetője, Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Egészségügyért Felelős Államtitkárság.

DR GAYE HEATHCOTE, Emeritus Professor of Health and Social Care. Manchester Metropolitan University, Egészségfejlesztésért Emlékérem díjas (2005).

- DR. KAPOCSI ERZSÉBET PHD., Egyetemi mestertanár, Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet.
- KIS BERNADETT, Főiskolai tanársegéd, pszichológus, angol és történelem szakos tanár. Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet.
- DR. LAMPEK KINGA PHD., Főiskolai tanár, tanszékvezető, Pályázati és Innovációs Igazgatóság igazgatója, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségbiztosítási Intézet, Egészségfejlesztési és Népegészségtani Tanszék.
- DR. LIPPAI LÁSZLÓ PHD., Főiskolai docens, az Egészségpszichológia szakcsoport vezetője, tanácsadó szakpszichológus, Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet.
- MÁTÓ VERONIKA, Főiskolai tanársegéd, biológia-egészségtan tanár, pedagógia előadó. Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet.
- DR. NAGY EDIT, PHD., egyetemi docens, filozófiatörténész, Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet.
- PÁLMAI JUDIT, főiskolai tanársegéd, szociológus, Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet.

- DR. PANKUCSI MÁRTA, jogász-szociológus, főiskolai docens, a Miskolci Egyetem Bölcsészettudományi Kar Szociológiai Intézetének oktatója.
- PROF. DR. PETER PAULUS, phil, habil., Institut für Psychologie, Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG), Leuphana Universität Lüneburg.
- DR. TARKÓ KLÁRA, PHD. Intézetvezető-helyettes főiskolai docens, Egészségzociológia szakcsoport vezetője, szociológus, fizika-angol szakos középiskolai tanár, Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet.
- DR. ALF TROJAN Dr. med., Dr. phil., MSc (Lond.), Mediziner und Soziologe, ehemaliger Direktor des Instituts für Medizin-Soziologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Forschungsschwerpunkte: Selbsthilfegruppen und Netzwerke, gemeindebezogene Gesundheitsförderung, intersektorale Gesundheitsförderungspolitik, Patientenbefragungen und Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Egészségfejlesztésért Emlékérem díjas (2007).
- DR. VOKÓ ZOLTÁN, M.D., Főigazgató, Országos Egészségfejlesztési Intézet. Egyetemi docens - Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar, Közgazdaságtudományi Intézet, Egészségpolitikai és Egészség-gazdaságtan Tanszék, Egészség-gazdaságtani Kutatóközpont.