

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 gyógyíthatni 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 fittek, 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 élvezetességében (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 a 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 egészségkockázatai

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, Lampek Kinga 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 Lampek Kinga (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, Kesztyüs 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.