

Tartalom

FELMÉRÉSEK

- Különböző fizikai aktivitású fiatalok egészségmagatartása és az egészségi állapot szubjektív megítélése 2
Dr. Paulik Edit–Prof. Dr. Nagymajtényi László–Bóka Ferenc

- A kábítószer-fogyasztás háttértényezői 8
– kiemelten a családi kapcsolatokra, a szabadidő eltöltésére és az értékrendszerre vonatkozóan
– állami és egyházi középiskolások körében
Kádár Magdolna Katalin–Balogh Mónika

- Serdülő fiatalok szexuális kultúrájának felmérése és szex-educációs programjai Budapest XVII. kerületében 19
Dr. Gritz Arnoldné

TOVÁBBKÉPZÉS

- Az egészség terén való esélyegyenlőség javítása az egészség társadalmi meghatározóin keresztül az EU-ban 26
A DETERMINE Konzorcium első évi tevékenységének összefoglalója
Tallár Ágnes

HÍREK, INFORMÁCIÓK

- A Nagyranövök Mozgalom 34
Köteles Gábor

- 190 éve született a világhírű orvos-tudós 35
Kitüntetések és elismerések a Győr-Szigeti Gyermeorvosi Rendelőben – Semmelweis Ignác Fülöp emlékezték születése évfordulóján
Dr. Schmidt Péter

FELMÉRÉSEK

- A wellness térnyerése Magyarországon 36
Laczkó Tamás–Zsigmond Edit–Dr. Lampek Kinga

BESZÁMOLÓ

- 50 éves az Országos Egészségfejlesztési Intézet 50
Konferencia a Magyar Tudományos Akadémián 2008. december 4.

Health
Development

EGÉSZSÉG- FEJLESZTÉS

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet folyóirata.

A lap alapítói: prof. dr. Métneki János,
prof. dr. Vilmon Gyula

A szerkesztőbizottság tagjai:
prof. dr. Balázs Péter, dr. Gyárfás Iván,
prof. dr. Hollán Zsuzsa, dr. Kovács Attila,
dr. Makara Péter (a szerkesztőbizottság elnöke),
prof. dr. Molnár Péter,
prof. dr. Simon Tamás

Főszerkesztő: Gábor Edina

Felelős szerkesztő:
prof. dr. Simon Tamás

Vezető szerkesztő:
Háromszéki Zsuzsanna

Szerkesztőség: OEFI,
1096 Budapest, Nagyvárad tér 2.
Levelezési cím: 1395 Budapest, Pf. 433.
Telefon: (1) 428-8272.
Fax: (1) 428-8273.
E-mail: titkarsag@oeffi.hu
Honlap: www.oeffi.hu

Kiadja:
az Országos Egészségfejlesztési Intézet.
Terjeszti:
előfizetésben a Magyar Posta Rt.
Hírlap Üzletága,
1080 Budapest, Orczy tér 1.
Előfizethető valamennyi postán,
a kézbesítőknél,
e-mailen: hirlapelofizetes@posta.hu,
faxon: 303-3440.
További információ: 06-80-444-444
Megjelenik kéthavonta.
Egy példány ára 2000 Ft.
Előfizetési díj egy évre 12 000 Ft,
fél évre 6000 Ft.
Index: 25 214, ISSN 1786-2434

Tipográfia és tördelés:
Reneszánsz Tipográfiai Műhely
Nyomdai munkálatok:
Porszinter Nyomda
1033 Budapest, Benedek Elek u. 1–3.



Országos
Egészségfejlesztési
Intézet

Különböző fizikai aktivitású fiatalok egészségmagatartása és az egészségi állapot szubjektív megítélése

Dr. Paulik Edit, Prof. Dr. Nagymajtényi László, Bóka Ferenc

Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészségtani Intézet, Szeged

Bevezetés

Az egészséges táplálkozás, a nem-dohányzás és a rendszeres fizikai aktivitás egészséget meghatározó szerepét számos hazai és nemzetközi vizsgálat igazolta [1, 2, 3]. Jól ismert a kiegyensúlyozott táplálkozás protektív, vagy a rendszeres dohányzás kockázatnövelő hatása a krónikus megbetegedésekben. A mozgásszegénység, mint rizikótényező ugyancsak fontos szerepet tölt be azon kórformák (szív- és érrendszeri betegségek, elhízás, krónikus mozgásszervi betegségek stb.) etiológiájában, amelyek – főként a fejlett országokban – a halálozási és a megbetegedési statisztikák élén állnak.

A különböző egészségi állapotot befolyásoló magatartási tényezők nemcsak izoláltan, hanem egymással kombinálva is előfordulhatnak [4, 5]. Így például a fizikai aktivitásnak azért is van nagy szerepe az elhízás megelőzésében és kezelésében, mert kevés mozgás mellett hatékony diéta sem alakítható ki [6]. A fizikai aktivitás és a táplálkozási tényezők protektív szerepe az osteoporosisal kapcsolatosan is érvényesül [7]. A mozgás a pszichoszomatikus betegségek kialakulása ellen is védelmet jelent, hiszen a rendszeres testedzés, illetve sportolás karbantartja az emberi testet, formálja, fejleszti a személyiséget, fokozza a teljesítőképességet a szellemi és fizikai munkavégzésben [8]. Az egészség tudatos magatartás nemcsak objektíve, hanem szubjektíve is jobb egészségi állapotot eredményez [9, 10, 11].

A vizsgálat célja különböző fizikai aktivitású – nem sportoló, rekreációs sportot folytató, illetve versenysportoló – szegedi fiúk/férfiak egészségmagatartásának és egészségi állapotának, valamint ezek összefüggéseinek a feltárása volt.

Vizsgált személyek és módszer

A 2006-ban végzett keresztmetszeti vizsgálatban 10–25 éves férfiak (n=330) vettek részt, közülük 98 (29,7%) 10–13 éves, 104 (31,5%) 14–17, 128 (38,8%) pedig 18–25 éves volt. Sportaktivitásukat illetően nem sportolók (64 fő, 19,4%), rekreációs sportot végzők (65 fő, 19,7%) és igazolt sportolók (201 fő, 60,9%) – labdarúgók, kézilabdások, vízilabdások és kajak-kenusok – voltak. A nem sportolók kiválasztása

véletlenszerűen történt négy általános és négy középiskola, illetve a Szegedi Tudományegyetem azon tanuló/hallgatói közül, akik a testnevelés órákon kívül más rendszeres testmozgást nem végeztek. A rekreációs csoportba olyan személyek kerültek be, akik a testnevelés órákon túlmenően legalább heti 2 alkalommal sportoltak iskolai keretek között vagy edzettek két szegedi fitnesssteremben. A sportolók kiválasztása a Szegeden működő egyesületek versenyzői közül célzottan történt az egyes korosztályokban igazoltak köréből; köztük több korosztályos válogatott, sőt a felnőttek között Európa-bajnoki, világbajnoki és olimpiai helyezettek is voltak.

A vizsgálat önkitöltéses kérdőíves felmérésből, valamint antropometriai és kondicionális mérésekből állt. A kérdőív a szociodemográfiai mutatókra, a sportolási szokásokra, a szülők, barátok sportolási szokásaira, az egészségmagatartásra és bizonyos egészségi állapot jellemzőkre (ismert krónikus betegségek, saját egészség megítélése) terjedt ki. Az antropometriai vizsgálatok során testtömeg, testmagasság és testzsír mérés történt, míg a kondicionális mérések (Cooper-futás, fekvőnyomás, stb.) – amelyek adataira jelen közleményben nem térünk ki – az állóképesség és edzettség meghatározására irányultak.

Az értékelés során a különböző fizikai aktivitású csoportok egészségmagatartását a dohányzási szokások, az alkohol- és drog-, valamint a zöldség- és gyümölcsfogyasztás gyakorisága alapján jellemeztük.

Az adatok feldolgozása SPSS 13.0 for Windows programmal történt. Az értékelés során százalékos megoszlásokat és átlagokat számítottunk; az összehasonlítások khi-négyzet próbával, illetve variancia-analízissel történtek. Az eredményt $p < 0,05$ esetén tekintettük szignifikánsnak.

A vizsgálatot a Szegedi Tudományegyetem Humán Orvosbiológiai Kutatásaitikai Bizottsága engedélyezte.

Eredmények

Rendszeres, illetve alkalmi dohányosnak vallotta magát a megkérdezettek 12,4%-a (41 fő), 4,5%-uk (15 fő) pedig korábban dohányzott. Fizikai aktivitás szerint szignifikánsan magasabb volt a dohányzás gyakorisága a nem sportoló csoportban (1. ábra).

I. táblázat

**Az egészségmagatartás és a krónikus betegségek összefüggései
az egészségi állapot önértékelésével**

Jellemzők	Az egészségi állapot önértékelése	
	Átlag±SD	P-érték*
Korcsoport		0,001
10–13 éves	4,32±0,65	–
14–17 éves	4,09±0,72	
18–25 éves	3,98±0,71	
Fizikai aktivitás		<0,001
Nem sportoló	3,25±1,09	
Rekreációs sportoló	3,92±0,76	
Versenysportoló	4,36±0,63	
Dohányzási szokások		0,095
Dohányos	3,90±0,62	
Ex-dohányos	4,07±0,46	
Nem dohányos	4,16±0,73	
Alkoholfogyasztás (életprevalencia)		0,001
Igen	4,02±0,72	
Nem	4,34±0,63	
Drogfogyasztás (életprevalencia)		0,063
Igen	3,91±0,62	
Nem	4,15±0,72	
Nyers zöldség fogyasztása naponta		0,732
Igen	4,10±0,68	
Nem	4,13±0,73	
Párolt zöldség fogyasztása naponta		0,227
Igen	4,04±0,68	
Nem	4,15±0,72	
Gyümölcs fogyasztása naponta		0,006
Igen	4,18±0,68	
Nem	3,94±0,77	
Krónikus betegség előfordulása		0,002
Igen	3,76±0,87	
Nem	4,16±0,68	

* *egyszempontos variancia-analízis*

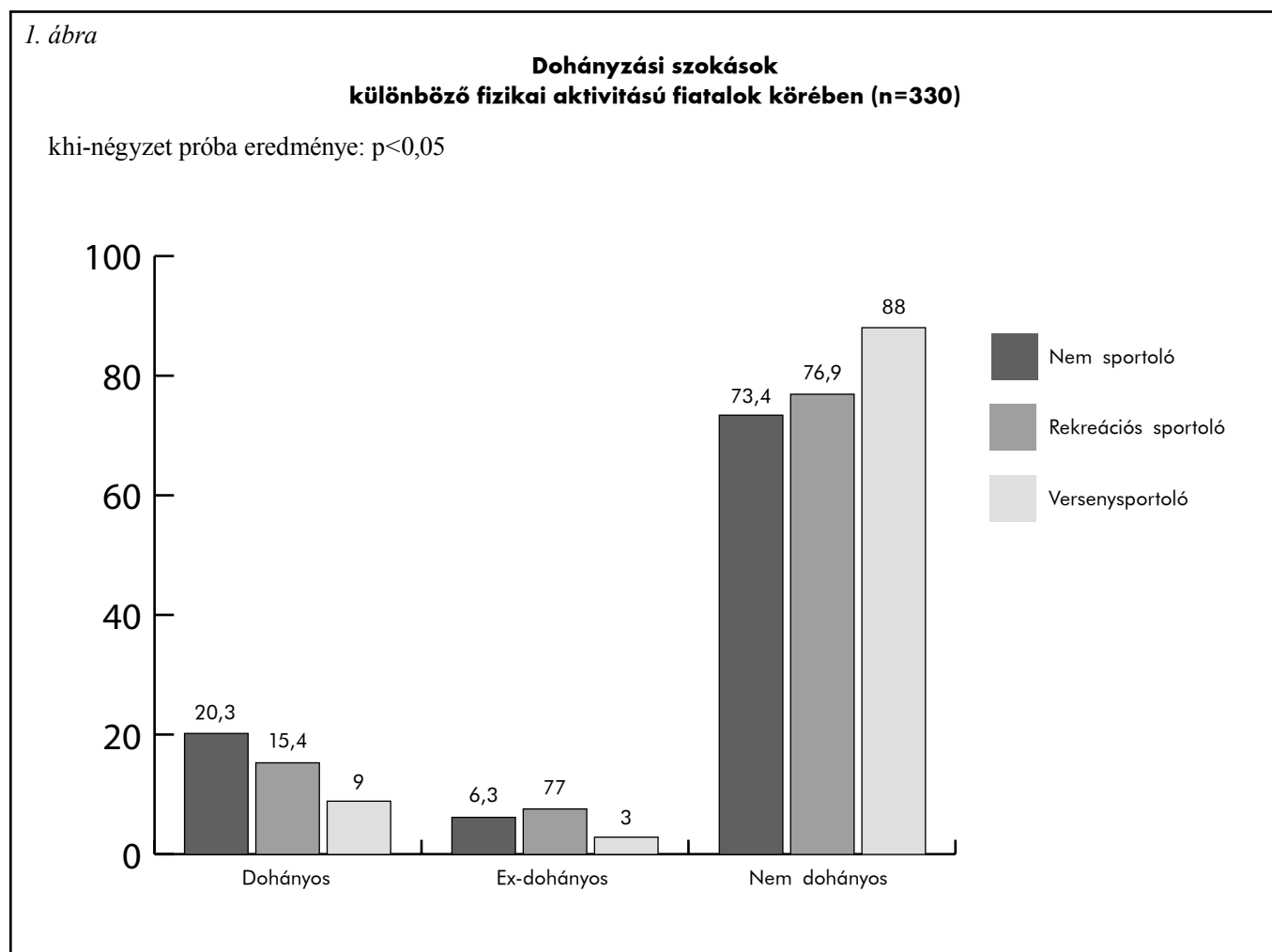
A fiatalok 67,0%-a (221 fő) fogyasztott már alkoholt, 10,5%-uk (34 fő) pedig kipróbált már valamilyen drogot életében. Mind az alkohol, mind a drogfogyasztás életprevalenciája szignifikánsan alacsonyabb volt a versenysportoló csoportban (2. ábra). A drogkipróbálók aránya a rekreációs sportot folytatók körében volt a legmagasabb.

A táplálkozási szokások egészséges, illetve egészségtelen voltát a gyümölcs- és zöldségfogyasztás gyakorisága alapján ítéltük meg. Napi rendszerességgel fogyasztott gyümölcsöt a megkérdezettek 74,8%-a (244 fő), nyers zöldséget 35,3% (115 fő), míg párolt zöldséget vagy főzeléket 23,3% (76 fő). A gyümölcs- és a zöldségfogyasztás egyaránt a versenysportolóknál volt a leggyakoribb, de fizikai aktivitás szerint szig-

nifikáns különbség csak a gyümölcs vonatkozásában volt megfigyelhető (3. ábra).

Az egészségi állapotot a krónikus betegségek gyakorisága és az egészség szubjektív értékelése alapján vizsgáltuk. Ismert krónikus betegsége a megkérdezettek 10,0%-ának volt, a gyakoriság a fizikai aktivitás szerint nem mutatott különbséget.

Az egészség öt fokozatú skálán (kiváló, jó, közepes, rossz, nagyon rossz) történő önértékelése alapján a „nagyon rossz”, illetve „rossz” minősítés aránya igen alacsony (4,6%) volt, a többség (77,7%) azt „jó”-nak, vagy „kiváló”-nak minősítette; fizikai aktivitás szerint a legjobb minősítést a versenysportolók adták (4. ábra).



Az egészségi állapot önminősítését befolyásoló tényezőkre vonatkozó egyszempontos variancia-analízis eredményét az 1. táblázat mutatja, amely szerint a fiatalabb életkor, a versenyszerű fizikai aktivitás, az alkohol mellőzése, a napi rendszerességgel történő gyümölcsfogyasztás, valamint a krónikus betegségek hiánya szignifikánsan jobb szubjektív megítéléssel járt együtt. A fenti szignifikánsnak bizonyult faktorok figyelembe vételével elvégzett többváltozós elemzés során a modell szignifikánsnak bizonyult. Az elemzésbe bevont öt tényező együttesen 28,8%-ban magyarázta az egészségi állapot önminősítését. A legerősebb meghatározó szerepe a fizikai aktivitásnak volt ($p=0,007$); mind a rekreációs, mind a versenysportolók szignifikánsan jobbnak ítélték az egészségi állapotukat, mint a nem sportolók.

Következtetések

Vizsgálatunkban különböző fizikai aktivitású fiatalok életmódját, egészségmagatartását és egészségi állapotát elemeztük az egészségmegőrzés 12 pontja [12] közül öt szempont – az egészséges táplálkozás, a több mozgás, a nem dohányzás, a mérsékelt alkoholfogyasztás és a drogtagadás – figyelembevételével. Az eredmények alapján megállapítható volt, hogy a fizikai aktivitás és a vizsgált életmódi

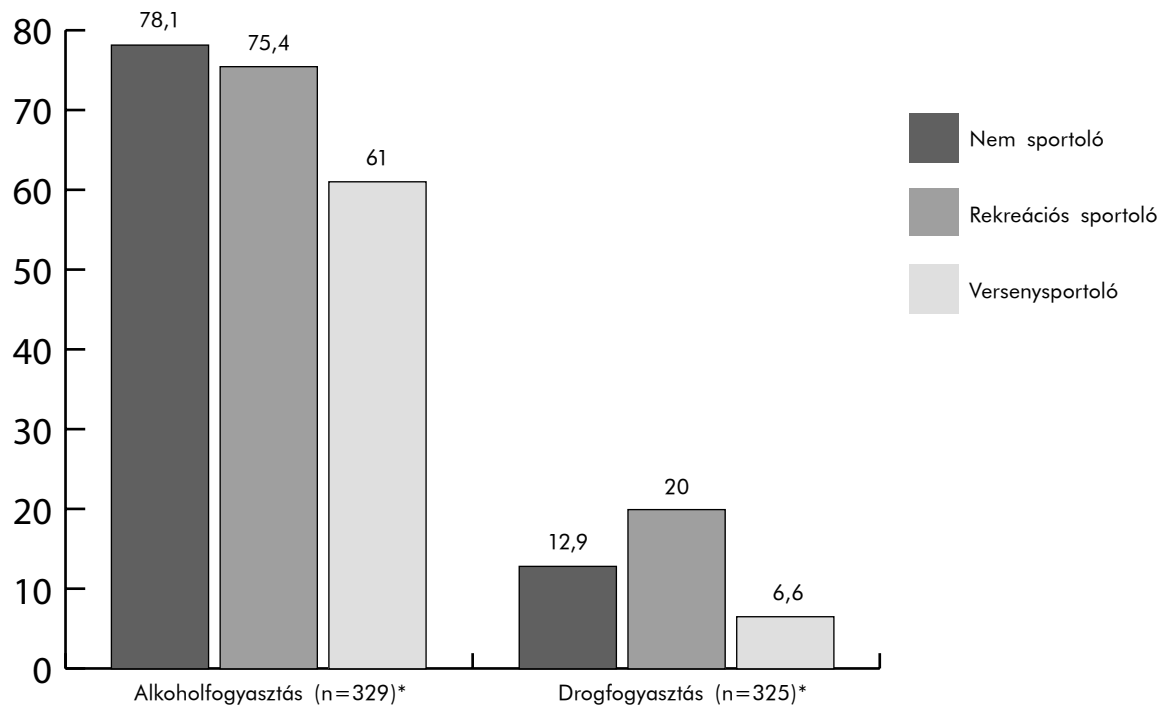
tényezők összefüggést mutattak egymással. A rekreációs és versenysportolók körében egyértelműen alacsonyabb volt az egészséget károsító magatartásformák közül a dohányzás és az alkoholfogyasztás prevalenciája, a drogkipróbálást illetően viszont a legmagasabb gyakoriságot a rekreációs sportolóknál találtuk. A gyümölcsöt napi rendszerességgel fogyasztók száma a fizikai aktivitással párhuzamosan emelkedett. Összességében megállapítható volt, hogy a leg-egészségesebben a versenyszerűen sportolók éltek. A fizikailag aktív életmód pozitívan hatott az egészségi állapot önértékelésére is; a sportolók szubjektíve jobbnak ítélték egészségüket, annak ellenére, hogy objektíve – a krónikus betegségek gyakorisága alapján – nem találtunk jelentős eltérést a különböző fizikai aktivitású csoportok között.

A rendszeres testedzés távol tartja, illetve csökkenti az egészségkárosító ingereket, megerősíti a szervezet funkcionális egyensúlyát pszichésen és fizikailag is. A sportolás karbantartja a testet, formálja és fejleszti a személyiséget, fokozza a teljesítőképességet a szellemi és fizikai munkavégzésben, könnyíti a feszültségek feloldását, ezen kívül élménnyé teheti a szabadidőt [13]. A mozgásos életmód nagyobb valószínűséggel társul más egészségmegőrzési tevékenységekhez is, így elősegíti az egészségtudatos magatartás kialakulását [14]. A sporttevékenység fejleszti a gyer-

2. ábra

Az alkohol- és a drogfogyasztás életprevalenciája különböző fizikai aktivitású fiatalok körében

*khi-négyzet próba eredménye: $p < 0,05$



mekek önfegyelmét, kitartását, segíti az önértékelés kialakulását, hozzájárul az egészséges énkép, az egészséget támogató értékrend kialakulásához [11].

Az egészséges testi és lelki fejlődés megalapozására legfőképp gyermekkorban lenne szükség. A sportolás, a testedzés elterjedésében rendkívül fontosak a gyermek környezetéből származó életmódminták. Igen lényeges, hogy a gyermeket fiatal korától a testnevelés és a sport terén is rendszeres és egységes nevelő hatások érjék [15]. Ebben szerepet kell vállalnia a szülőknek, a pedagógusoknak, a versenyszerűen sportolók esetén pedig az edzőknek is, az utóbbiak ugyanis nemcsak az adott sportág „professzionális” elsajátításáért felelősek, hanem a fiatalok mentális képzéséért, az egészséges életmód, a szenvedélybetegségektől való mentesség, védelem kialakításáért is [16].

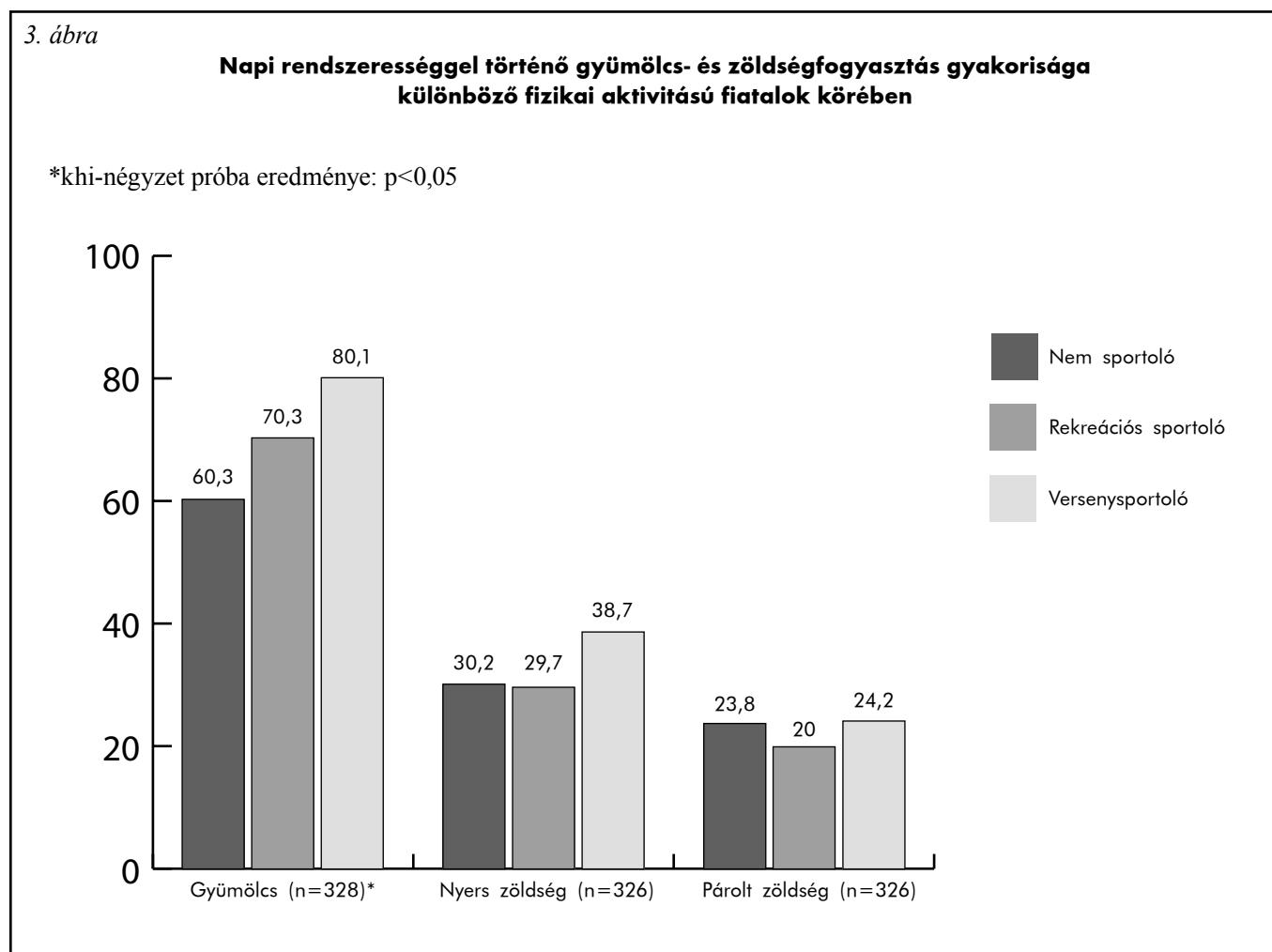
A magyar lakosság egészségi állapota számos tényező változtatásával javítható, melyhez elengedhetetlen a táplálkozási szokások megváltoztatása, a nem dohányzás, a rendszeres testmozgás növelése. Eredményeink is rámutattak arra, hogy a testmozgás egészségmegőrző és -fejlesztő funkcióval is rendelkezik, éppen ezért a fenti tényezők közül kiemelt jelentőségűnek tartjuk különösen a fiatalok körében a fizikai aktivitás fontosságának elfogadtatását, a rendszeres – még ha nem is versenyszintű – testedzés elterjesztését, amely vál-

tozások jelentős előrelépést hoznának a lakosság egészségi állapota javulásában.

Összefoglalás

Kulcsszavak: életmód, fizikai aktivitás, egészségmegőrzés

A szerzők különböző fizikai aktivitású fiatal fiúk/férfiak egészségmagatartását és egészségi állapotát mérték fel. A keresztmetszeti vizsgálatban 10–25 éves férfiak (n=330) vettek részt, akik sportaktivitásukat illetően nem sportolók, rekreációs sportot folytatók és különböző sportágakat (labdarúgás, kézilabda, vízilabda, kajak-kenu) képviselő versenysportolók voltak, akik egészségmagatartását és egészségi állapotát önkitöltéses kérdőíves módszerrel tárták fel. Az eredmények szerint a fizikai aktivitás és az egészségmagatartás egyes paraméterei (dohányzás, alkoholfogyasztás stb.) összefüggést mutattak egymással; a legegészségesebben a versenysportolók éltek. A fizikailag aktív életmód az egészségi állapotönértékelését is befolyásolta, a sportolók jobbnak minősítették az egészségüket, mint a nem sportolók. Mivel a fizikai aktivitás egészségmegőrző és -fejlesztő funkcióval is rendelkezik, s ezáltal elősegíti az egészségtudatos magatartás kialakulását is, a rendszeres



testedzésnek a jelenleginél nagyobb mértékű beépülése a lakosság életmódjába fontos szerepet játszana az egészségi állapot javításában.

Summary

Keywords: lifestyle, physical activity, health promotion

The authors examined the health behavior and health state of young boys/men having different physical activity. Men of 10–25 years of age ($n=330$) were involved in this cross-sectional study including non-sportmen, recreational sportmen and men who pursue some sport competitively (football, handball, water-polo, kayak-canoeing). The health state and health behavior was revealed by self-administered questionnaire. It was found that physical activity and some parameters of health behavior (smoking, alcohol consumption) were in correlation; competitive sportmen lived the healthiest life. The physically active lifestyle also influenced the self-rated health, sportmen considered their health better than non-sportmen. As physical activity also health-promoting and health-improving and therefore helps the evolvement of good health-behavior, incorporation of much more than present regular physical training into the

everyday life would play an important role in development of health state.

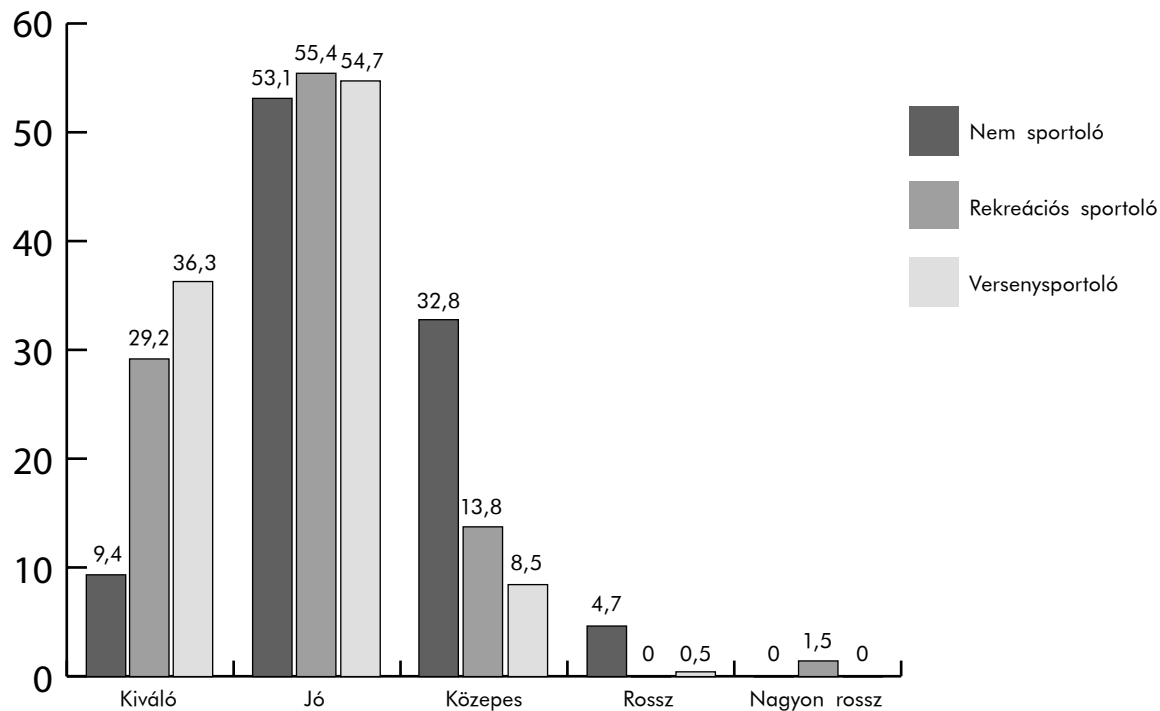
Irodalom

1. Antal M.–Rodler I.–Zajkás G.: „Táplálkozással összefüggő krónikus megbetegedéseket előidéző tényezők.” In: *Élelmész- és táplálkozás-egészségtan* (Szerk.: Rodler I.), Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2005.
2. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.
3. Melzer K.–Kayser B.–Pichard C.: „Physical activity: the health benefits outweigh the risks.” *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care*, 2004;7: 641–647.
4. Aarnio M.–Kujala U. M.–Kaprio J.: „Associations of health-related behaviors, school type and health status to physical activity patterns in 16 year old boys and girls.” *Scan. J. Soc. Med.*, 1997;25(3):156–167.
5. Reeves M. J.–Rafferty A. P.: „Healthy lifestyle characteristics among adults in the United States, 2000.” *Arch. Intern. Med.*, 2005;165:854–857.

4. ábra

**Az egészségi állapot önértékelése
különböző fizikai aktivitású fiatalok körében (n=330)**

khi-négyzet próba eredménye: $p < 0,05$



- Somhegyi A.–Varga P. P.: „Fizikai aktivitás: több jelentős népbetegség kockázatának hatékony csökkentése.” *Egészségnevelés*, 2001;42: 278–281.
- Bidoli E.–Schinella D.–Franceschi S.: „Physical activity and bone mineral density in Italian middle-aged women.” *Eur. J. Epidemiol.*, 1998;14(29):153–157.
- Fox K. R.: „The influence of physical activity on mental well-being.” *Public Health Nutr.*, 1999;2(3a):411–418.
- Okano G.–Miyake H.–Mori M.: „Leisure time physical activity as a determinant of self-perceived health and fitness in middle-aged male employees.” *J. Occup. Health*, 2003;45:286–292.
- Ellis E.–Grimsley E.–Goyder E.–Blank L.–Peters J.: „Physical activity and health: evidence from a study of deprived communities in England.” *J. Publ. Health*, 2007;29(1):27–34.
- Keresztes N.–Pikó B.: „Középiskolás fiatalok pszichoszociális egészsége és értékorientációja fizikai aktivitásuk tükrében.” *Egészségfejlesztés*, 2006;47(4): 19–23.
- Simon T.: „Nem könnyű a kamaszt egészségnevelni.” *Egészségnevelés*, 2002;43:208–211.
- Monspart S.: „A testedzés szerepe az életminőség javításában.” *Egészségnevelés*, 2001;42:156–158.
- Pál K.–Császár J.–Huszár A.–Bognár J.: „A testnevelés szerepe az egészségtudatos magatartás kialakításában.” *Új Pedagógiai Szemle*, 2005;6:25–32.
- Hamar P.: „A rendszeres testedzés helye és szerepe a serdülőkorú lányok életvitelében.” *Új Pedagógiai Szemle*, 2005;10:68–75.
- Bóka F.: „5–12 éves utánpótlás korú labdarúgók képzése.” *Magyar Sporttudományi Szemle*, 2007;8(4):36–38.

A kábítószer-fogyasztás háttértényezői

– kiemelten a családi kapcsolatokra, a szabadidő eltöltésére és az értékrendszerre vonatkozóan – állami és egyházi középiskolások körében

Kádár Magdolna Katalin¹–Balogh Mónika²

¹Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, IV. éves védőnő-hallgató

²Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Egészségfejlesztés- és magatartás Szakcsoport, tanársegéd

Adoleszcencia: A serdülőkor nehézségei

Személyiségfejlődésünk egyik fő állomása a serdülőkor, amely átmeneti időszakot képez a gyermek- és a fiatal felnőttkor között. Serdülőkorban a biológiai és pszichoszociális változások jelentős mértékben megterhelik a fiatalok alkalmazkodóképességét. A gyors biológiai változások hatására a serdülőt instabilitás jellemzi, a pszichológiai és szociológiai változások érzelmi konfliktusokba hajtják a fiatalt. Ez az átmeneti időszak „normál krízisállapot”, amely során a fiataloknak számos új feladattal, nehézséggel és kihívással kell szembenéznük. Erikson szerint a személyiség fejlődése kríziseken keresztül valósul meg. A minden életkorhoz kapcsolódó krízisek helyes megoldása biztonságos identitásérzést nyújt, de sikertelenég esetén egy sor pszichológiai problémával kell az egyénnek szembenéznie.

(1) Erikson szerint egy fiatalnak ahhoz, hogy egészséges személyiségként tudjon beilleszkedni egy adott társadalomba, felnőtté válása során meg kell birkóznia azzal, hogy biológiai érettsége alkalmassá tegye a szexuális életre és hogy eleget tudjon tenni a társadalom által támasztott követelményeknek. E folyamat végeredménye az érett identitás. (2) Az identitás „az egyén vélekedéseinek, attitűdjeinek és viselkedésének olyan megváltoztatása, hogy azok az egyén által csodált referenciacsoporthoz hasonlítsanak”. (3) Serdülőkorban a kortársakhoz való tartozás válik fontossá. Az azonos neműekkel kötött barátság és közös tevékenykedés a jellemző. Ebben a korban a klikkek és a bandák mint csoportformák válnak uralkodóvá. A fiatalok az osztálytársak és a barátok támogatását fontosabbnak értékelik az identitás elérésének elősegítésében, mint a szülőkéét. (2) Serdülőkorban megindul az önállósodásnak az a folyamata, amellyel együtt a baráti kapcsolatok felértékelődése is megfigyelhető. A kortársak értékei és viselkedése fontos szerepet töltenek be a fiatal identitástudatának kialakulásában. Ha egy fiatal bekerül egy csoportba, akkor az adott csoport elvárásainak kell megfelelnie. Ez azt is jelentheti, hogy a társadalmi normáktól eltérő viselkedést értékeli és helyezi előtérbe. (4) Ez a kor kiemelt figyelmet érdemel, mert ezek az évek a rizikómagatartási formák időszakát jelentik. A dohányzás és az alkohol

– nyugtató hatása mellett – ellazít és oldja a feszültséget, a drog pedig olyan élményt nyújt a fiatalnak, amely elszakítja a mindennapok problémáitól, kötöttségeitől. A káros szenvedélyek kelepcéje miatt különösen fontos, hogy milyen tényezők segítik a serdülőt. Az egészségkárosító magatartások gyengítik az önkontrollt és a tudatos döntéshozás képességét. A pozitív átalakulás akkor valósulhat meg, ha protektív tényezők erősítik a személyiség fejlődését, az egyén irányadó viselkedésének kialakulását. (5)

Célkitűzések

Vizsgálatunk célja az volt, hogy feltárjuk az állami és egyházi középiskolában tanuló fiatalok kábítószer-fogyasztásának hátterében álló okokat, kiemelten a családi kapcsolatok minőségét, a tanulók szabadidő-struktúráját és értékattitűdjüket. Jelen tanulmány legfontosabb célja a tiltott szerek kipróbálása és a vallásosság közötti összefüggés elemzése. További célunk az volt, hogy feltárjuk a családban előforduló devianciákat és azokat a szabadidő-eltöltési módokat, amelyek összefüggést mutathatnak a kábítószeres kipróbálásával, valamint megvizsgáljuk, hogy a vallásosság összefüggésbe hozható-e a serdülőkori kockázati magatartásformák alacsonyabb előfordulásával.

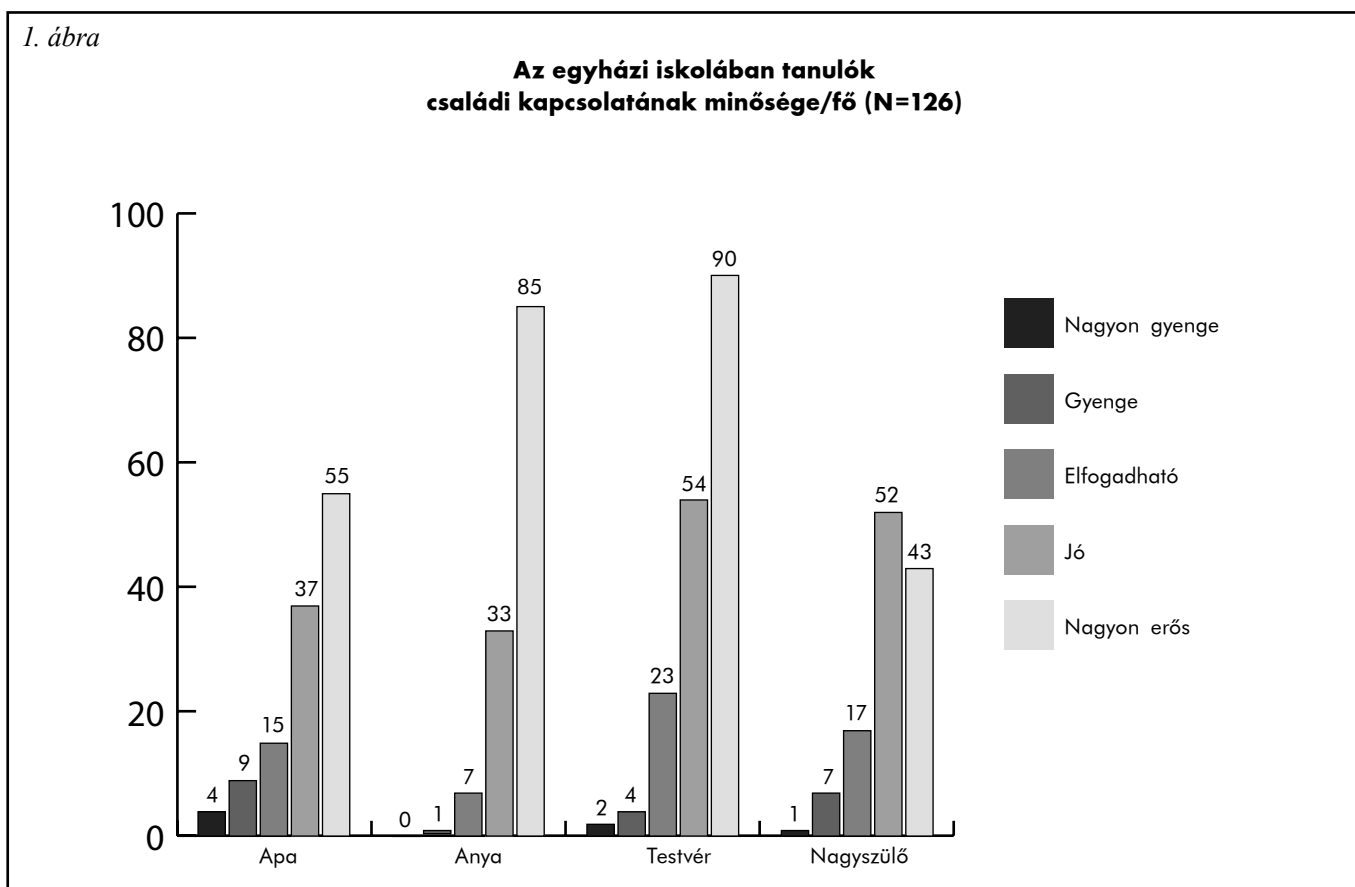
Hipotézisek

1. Az egyházi középiskolában tanuló fiatalok családi kapcsolatai erősebbek és kevesebb deviáns magatartás mutatkozik

1. táblázat

A tanulók életkor és nemek szerinti megoszlása/fő (N=211)

Életkor	Fiú	Lány	Összesen
15 év	37	38	75
16 év	47	55	102
17 év	17	15	32
18 év	2	–	2
Összesen	103	108	211



a családtagok között, mint az állami iskolában tanuló fiatalok családjában, amely családi kapcsolatok minősége kihatással van a tanuló esetleges szerfogyasztására.

2. A fiatalok strukturált szabadidő-eltöltése preventív tényező a kábítószer-fogyasztással szemben; azok a fiatalok, akik nem tudják szabadidejüket hasznosan eltölteni, nagyobb valószínűséggel használnak vagy próbálnak ki később visszaélésre alkalmas szert.

3. Az állami és egyházi középiskolában tanuló fiatalok értékrendszere szignifikáns különbséget mutat, amelyek közül a legerősebb protektív hatásként a vallásos meggyőződés jelenik meg a rizikómagatartási formák, így a kábítószer fogyasztásával szemben.

A módszer

Az adatfelvétel 2007 júniusában történt Szegeden, három gimnáziumban, a 9–10. évfolyamban (N=211). A felméréshez az írásbeli kikérdezés módszerét használtuk, kérdőív segítségével. A kérdőív öt szerkezeti részre tagolódott, s szociodemográfiai kérdéseket, valamint a családi kapcsolatokra és értékekre, a szabadidő eltöltésére és a kábítószerfogyasztásra vonatkozó kérdéseket tartalmazott. Az egyes kérdésblokkok itemeire végzett reliabilitás-mutató, a Cronbach-alfa érték minden egyes kérdésblokk esetén az elvárt 0,7-es érték felett volt.

A kérdőíveket a gimnáziumokban dolgozó pedagógusok és az ifjúsági védőnő töltötte ki a tanulókkal. Az ered-

ményesség és megbízhatóság érdekében az anonimitás elvét érvényesítettük. A kapott eredményeket az SPSS 16. statisztikai próbáival értékeltük.

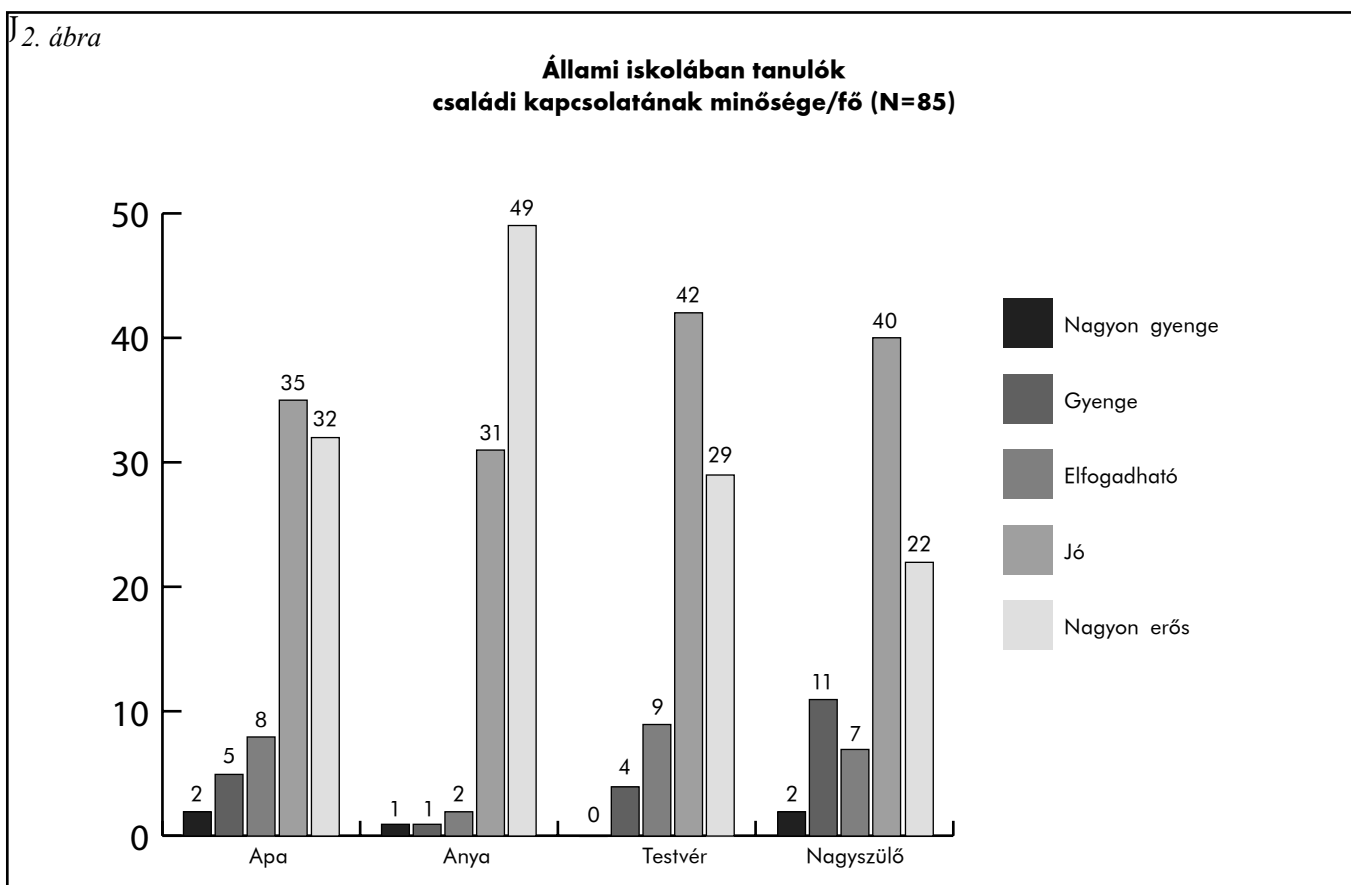
A minta bemutatása

A mintában 211 fő szerepel, 85 fő állami, 126 fő egyházi iskolák tanulója volt. Az általunk vizsgált célpopuláció életkor és nem szerinti megoszlását az 1. táblázat mutatja.

A felmérésben való részvétel önkéntes volt, közel 60 fő nem vállalta a kérdőív kiköltését. A tanulók többsége (155 fő) édesanyjával, édesapjával él egy háztartásban, tehát vérszerinti szülei nevelik. Állami iskola esetében 61 tanuló, egyházi iskolák esetében pedig 94 tanuló él a szüleivel. Az egyházi iskolákban több azon tanuló száma (18 fő), akiket az édesanya egyedül nevel, mint az állami iskolában (12 fő). A megkérdezettek közül 12 tanuló (5,7%) próbált már ki tiltott szert. Az egyházi iskolákból 5 fő (3,9%), az állami iskolából 7 fő (8,2%) a kipróbálók száma. A válaszolók közül 66 fő (31,3%) jellemezte magát vallásosnak. 17 tanuló közömbös a vallással kapcsolatban.

Eredmények a hipotézisek tükrében

1. hipotézis: Az egyházi középiskolában tanuló fiatalok családi kapcsolatai erősebbek és kevesebb deviáns magatartás mutatkozik a családtagok között, mint az állami iskolában tanuló fiatalok családjában, amely családi kap-



csolatok minősége kihatással van a tanuló esetleges szerfogyasztására.

A tanulók 1-től 5-ig terjedő skálán (1-es a „*nagyon gyenge*” – 5-ös a „*nagyon erős*” válaszokat jelöli) értékelték kapcsolatuk minőségét családtagjaikkal. Az egyházi iskolákban tanuló diákok közel 60%-a, az állami iskolában tanulók közel 50%-a „*nagyon erős*”-nek jellemezte a szülőkkel való kapcsolatát. Mind az állami, mind az egyházi iskolák esetében az idősebb testvérrel jobb a kapcsolat, mint a fiatalabb testvérrel. Az egyházi iskolákban tanulók családi kapcsolata erősebb; mind a szülők, nagyszülők, mind a testvérek esetében magasabb számban fordul elő a „*nagyon erős*” jellemzés, mint az állami iskolások esetében. Mind a két iskolatípusban az anyával való erős kapcsolat a domináns. A „*gyenge*” és a „*nagyon gyenge*” jellemzés minimális számban fordult elő. (1. ábra)

A következő kereszt tábla azt mutatja, hogy a megkérdezett diákok családjában van-e deviáns személy. Az állami iskolából 28 fő családjában van jelen valamilyen deviáns magatartás, míg az egyházi iskolákból 43 fő jelezte ezt. Valamely deviáns magatartás a nagyszülő és más rokon esetében fordul elő nagyobb számban. A szülők szerfogyasztó magatartása közül az alkohol- és gyógyszerfogyasztás dominál. (2. ábra)

Az egyházi iskolákban tanulók családjára magas számban jellemző az alkoholfogyasztás, 8 fő válaszolta azt, hogy az apa, 7 fő, hogy a testvér, 4 fő, hogy a nagyszülő és 14 fő, hogy más rokon rendszeresen fogyaszt szeszesitalt. 3 fő

2. táblázat

**Családban előforduló deviancia gyakorisága
iskolatípusonként (N=211)**

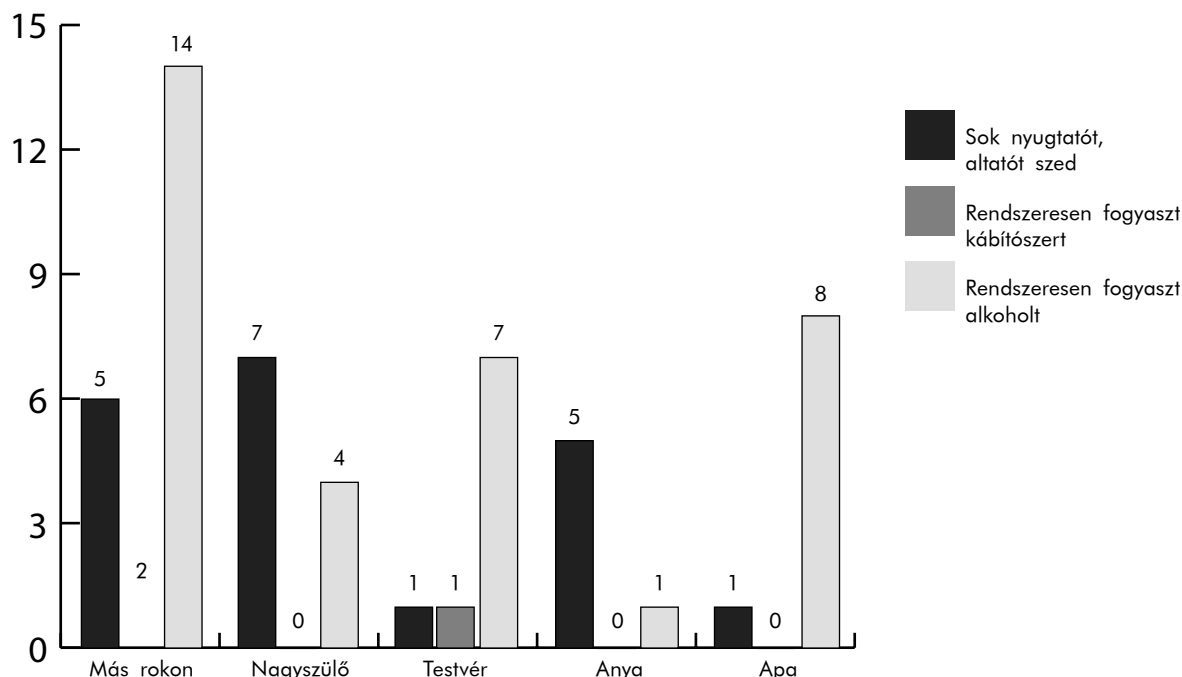
Iskola	Deviancia jelenléte a családban (fő)			Összesen
	nem	igen	nem adott választ	
Egyházi	70	43	13	126
	55,50%	34,10%	10,30%	100%
Állami	51	28	6	85
	60%	32,90%	7,10%	100%
Összesen	121	21	19	211
	57,40%	33,60%	9%	100%

válaszolta azt, hogy a testvére, 2 fő, hogy más rokon korábban fogyasztott már visszaélésre alkalmas szert. Jelenleg 3 fő családjában van rendszeres szerhasználó. Az anyák esetében nagyobb számban fordul elő a depresszánsok használata. 5 fő anyja, 7 fő a nagyszülője használ rendszeresen altatót vagy nyugtatót. (2. táblázat)

Az állami iskolában tanulók családjában kisebb számban fordul elő rendszeres alkoholfogyasztás (21 fő), mint az egyházi iskolák esetében. 9 fő válaszolta azt, hogy a nagyszülő, 6 fő, hogy más rokon rendszeresen fogyaszt szeszesitalt. Tiltott szerekkel való visszaélés csak 1 fő esetében fordult

3. ábra

**Az egyházi iskolákban tanuló diákok családjában
előforduló devianciák/fő (N=43)**



elő. A gyógyszerhasználat szintén az anyák körében a legmagasabb. Jelen esetben is 5 fő válaszolta azt, hogy anyja rendszeresen szed depresszánsokat. (3. ábra)

Azok a tanulók, akik jelezték, hogy már kipróbáltak valamilyen visszaélésre alkalmas szert (12 fő), „jó”-nak és „nagyon erős”-nek jellemezték a szülőkkel való kapcsolatukat. Az egyházi iskolákban 3 fő az anyával „nagyon erős”-nek, 3 fő az apjával pedig „jó”-nak jellemezte kapcsolatát, amely összefüggésbe hozható azzal, hogy a szülők szerfogyasztására nagyobb számban jellemző az apa alkoholfogyasztása. Az állami iskolában tanulók többségének az apával (4 fő) „nagyon erős”, az anyával pedig „jó” (3 fő) a kapcsolata, amely összefüggésbe hozható azzal, hogy a szülők esetében – az apák alkoholfogyasztásával szemben – nagyobb számban fordul elő az anyák gyógyszerhasználat. (4. ábra)

A kapott eredmények tükrében az első hipotézis részben igazolódott, miszerint az egyházi középiskolában tanulók családi kapcsolatai erősebbek, de az állami iskolában tanulók családjában alacsonyabb számban találkozhatunk deviáns magatartással. Továbbá a szülők szerfogyasztó magatartása nincs kihatással a tanulók illegális szerfogyasztására. A család mint preventív tényező megjelenik, hiszen a megkérdezettek közül 134 főnek az a anyával, 87 főnek az apával „nagyon erős” a kapcsolata.

„A családnak a drogfogyasztás kialakulásában és fennmaradásában, mind pedig a felépülésében fontos szerepe van.” (6)

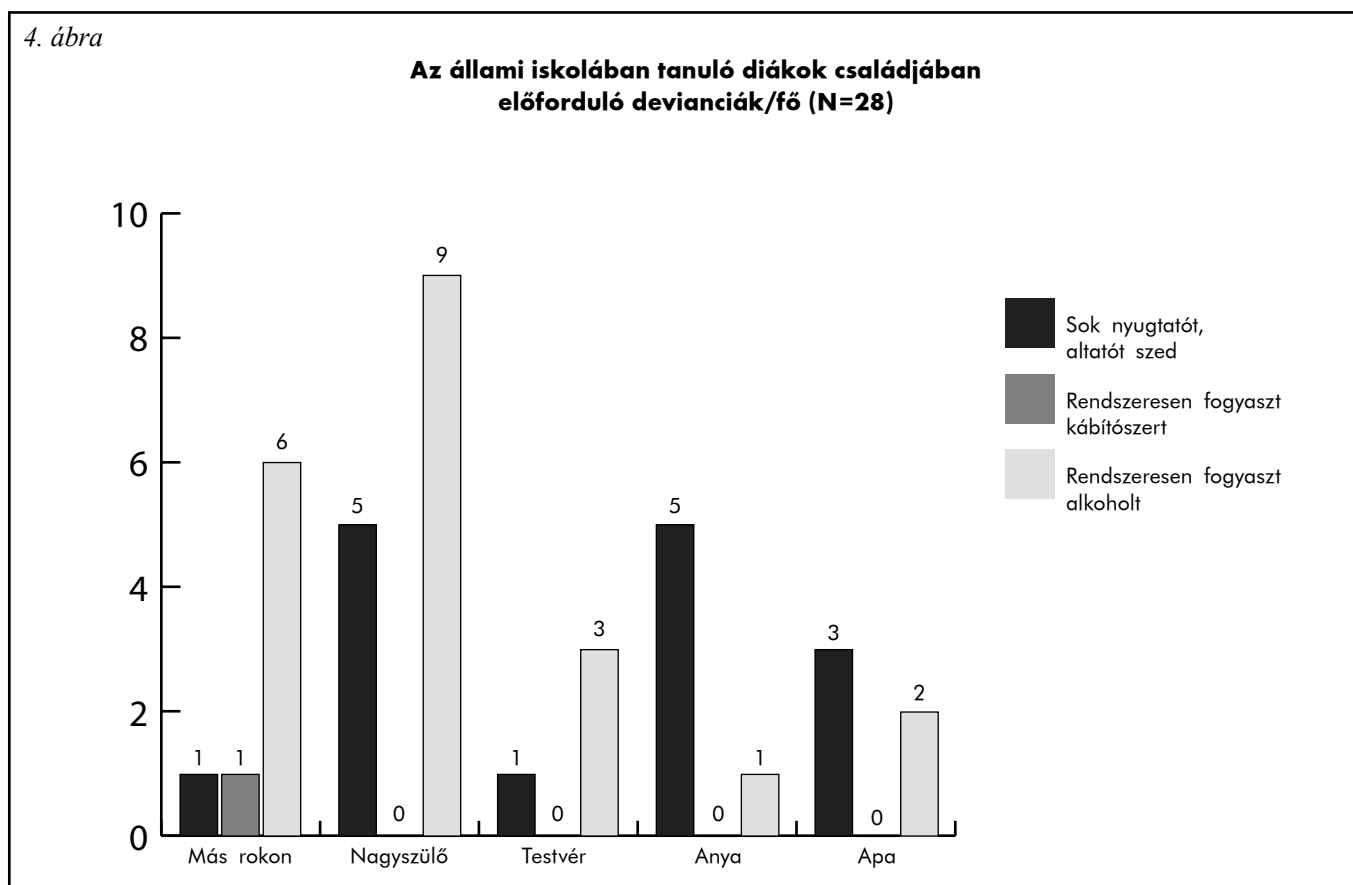
A család protektív és prediktív tényezőként jelenik meg a káros egészségmagatartás kialakulásával szemben. A családi kapcsolatok minősége védőtényezőként jelenik meg a kockázati magatartásformák előfordulásával szemben. Azok, akik elégedettebbek szüleikkel való kapcsolatukkal, kisebb valószínűséggel próbálnak ki visszaélésre alkalmas szert. (7) A szerhasználat kialakulásában szerepet játszó családi tényező a szülők alkohol- és droghasználat, tehát a családban előforduló devianciák kihatással lehetnek a serdülő későbbi addiktív viselkedésére. A családban bekövetkező traumák, válás, a szülők gyakori konfliktusai, a szülő-gyermek kapcsolat meggyengülése, továbbá a depriváció (a szülő tartós hiánya) mind potenciális veszélyt jelentenek a droghasználat kialakulásában. (8)

2. hipotézis: A fiatalok strukturált szabadidő-eltöltése preventív tényező a kábítószer-fogyasztással szemben; azok a fiatalok, akik nem tudják szabadidejüket hasznosan eltölteni, nagyobb valószínűséggel használnak, vagy próbálnak ki később visszaélésre alkalmas szert.

A kérdőívben felsoroltunk néhány iskolán kívüli elfoglaltságot, és a tanulóknak azt kellett megválaszolniuk, hogy milyen gyakorisággal teszik azokat.

A tanulók többsége (53%) rendszeresen sportol. A megkérdezettek közel 60%-a évente néhányszor kikapcsolódik, eljár koncertre. A tanulók körében igen közkedvelt a mozi és a színház, hiszen a tanulók 50%-a évente néhányszor moziba, 62%-a pedig színházba megy. Ezzel szemben a ta-

4. ábra



nyulókra nem jellemző, hogy szabadidejükben az iskolához kapcsolódó tevékenységekkel foglalkoznának. A válaszadók közül 20,8% vesz magánórát korrepetálás céljából, nagyon alacsony azon tanulók száma, akik idegennyelv-órákat vesznek (19%), illetve 8,5% azon tanulók aránya, akik kedvenc tantárgyukból különóra járnak. A templomba és az imaházba való járás az egyházi középiskolákban tanulóakra jellemző. Az egyházi iskolákban tanulók 57,3%-a heti rendszerességgel jár templomba. (3. táblázat)

Az állami iskolában tanulók 41%-a, az egyházi iskolák tanulóinak 44%-a szívesen tölti szabadidejét családjával. Vallási iskolák esetében több azon tanulók száma (21 fő), akik arról számolnak be, hogy sokat kell tanulniuk. Mind az állami (62%), mind az egyházi (66%) iskola esetében a megkérdezett diákok többsége szabadidejében hobbijának él, ezzel szemben kevés tanuló vesz részt vallásos rendezvényeken, ifjúsági alkalmakon. (4. táblázat)

A veszélyeztető faktorú szabadidős tevékenységek közül a barátokkal való lógás mind a két iskolatípusban magas számban fordul elő, a megkérdezett tanulók 63%-a csavarog céltalanul. Az állami iskolában tanulók 62%-ára jellemző az intenzív bulizás, míg a vallásos iskolák esetében a tanulók 28%-a bulizik rendszeresen. A megkérdezett diákok 39,8%-a fogyaszt buliban alkoholt. Az egyházi iskolákban tanulóira inkább jellemző, hogy idegenekkel barátkoznak, ez az arány közel 29%. Arra a kérdésre, hogy a jövőben kipróbálná-e a kábítószer, a többség (174 fő) „nem”-mel válaszolt, 21 fő nem tudja, talán kipróbálná, és 3 fő jelezte azt, hogy „igen”, kipróbálná a kábítószer.

2. hipotézisünk a kapott eredmények tükrében igazolást nyert, miszerint a tanulók többségére strukturált szabadidő-eltöltés jellemző. A megkérdezettek 53%-a rendszeresen sportol és szabadidejükben szívesen mennek moziba vagy színházba. A tanulók 43%-a szabadidejét családjával tölti. A strukturált szabadidős tevékenységek összefüggésbe hozhatóak az egészségkockázati magatartásformák alacsonyabb előfordulásával; azok a tanulók, akik jelezték, hogy a jövőben kipróbálnák a kábítószer (12 fő), szabadidejükben hobbijuknak élnek, és jellemző rájuk az olvasás. A veszélyeztető faktorú szabadidő-eltöltés a jövőben kipróbálók között a következőképpen alakult: jellemző a barátokkal való lógás és az alkoholfogyasztással egybekötött intenzív bulizás. (5. ábra)

A fiatalok szabadidő-eltöltésének módjai összefüggést mutatnak életmódjuk más elemeivel és egészségmagatartásukkal. Vannak olyan szabadidő-eltöltési módok, amelyek prediktív faktorként jelennek meg, mint például a kortársakkal eltöltött, fogyasztásorientált típusok, és vannak olyan tevékenységek, amelyek protektív hatást fejtenek ki, mint például a vallás és az intellektuális érdeklődés. (9)

3. hipotézis: Az állami és egyházi középiskolában tanuló fiatalok értékrendszere szignifikáns különbséget mutat, amelyek közül a legerősebb protektív hatásként a vallásos meggyőződés jelenik meg a rizikómagatartási formák, így a kábítószer fogyasztásával szemben.

A vizsgált célpopulációban 66 fő (31,2%) meggyőződéses vallásos, akik maradéktalanul követik az egyház minden

3. táblázat

Az iskolán kívüli elfoglaltságok alakulása/fő (N=211)

Elfoglaltságok	Soha		Évente néhányszor		Hetente 1–2 alkalom	
	Állami	Egyházi	Állami	Egyházi	Állami	Egyházi
Sport	1	1	4	4	56	56
Koncert	29	30	44	79	1	–
Mozi	6	39	30	76	2	1
Színház	21	27	52	79	1	2
Korrepetálás	36	79	17	20	22	20
Különóra kedvenc tantárgyból	70	96	2	7	10	18
Idegen nyelv	32	63	17	12	21	19
Templom	56	2	21	7	2	77
Imaház	76	92	2	19	1	6

4. táblázat

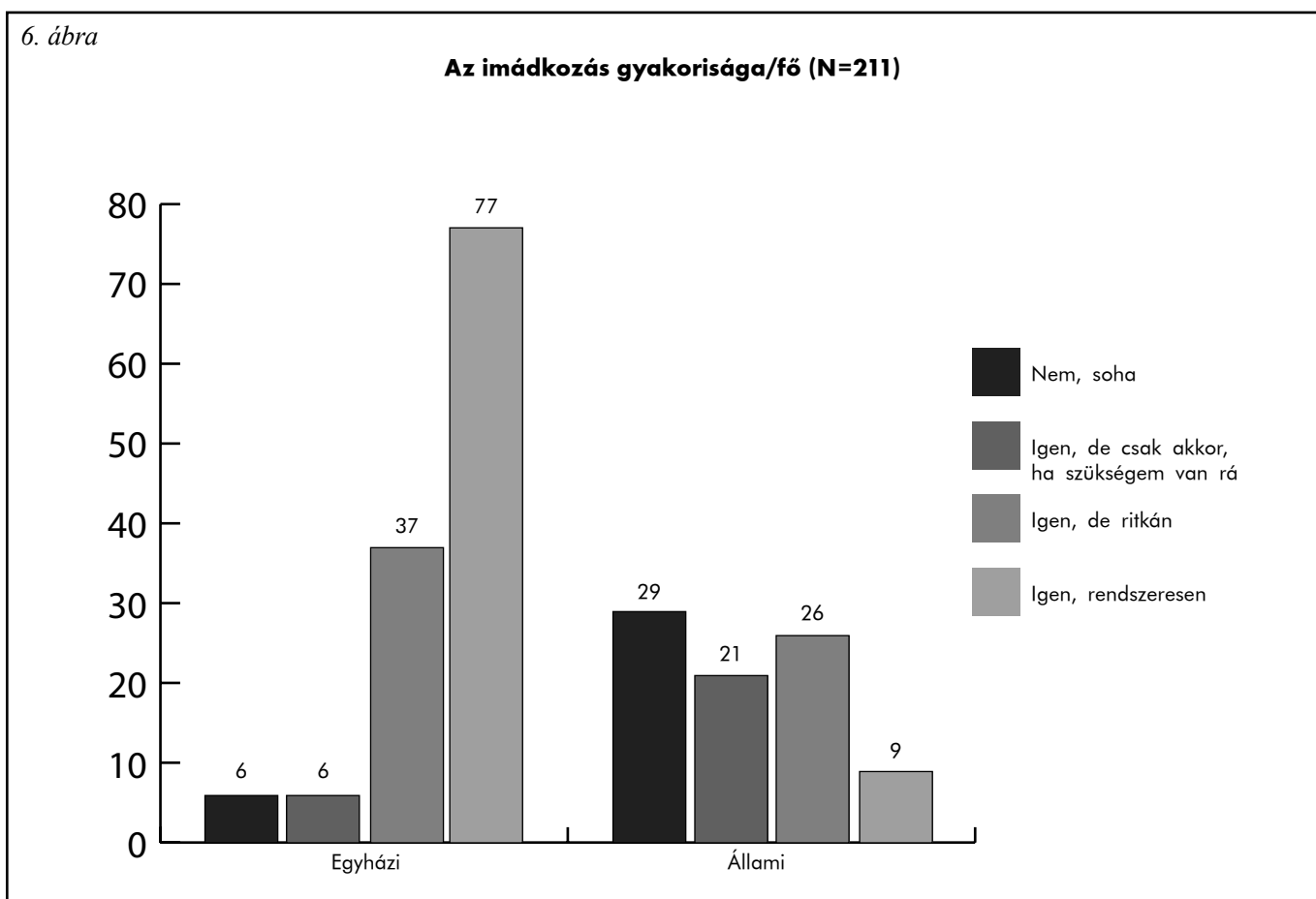
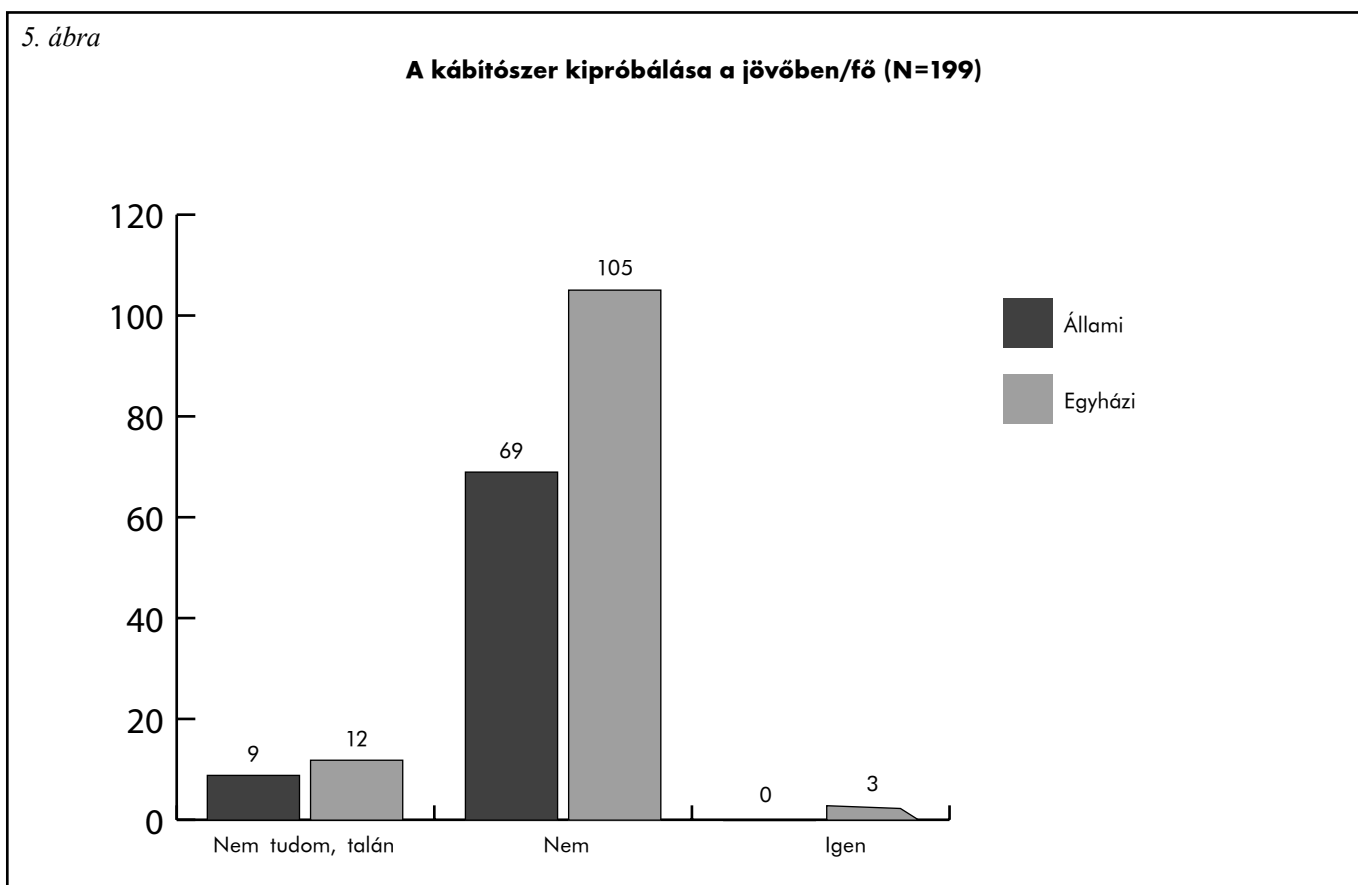
A tanulók által preferált szabadidős tevékenységek/fő (N=211)

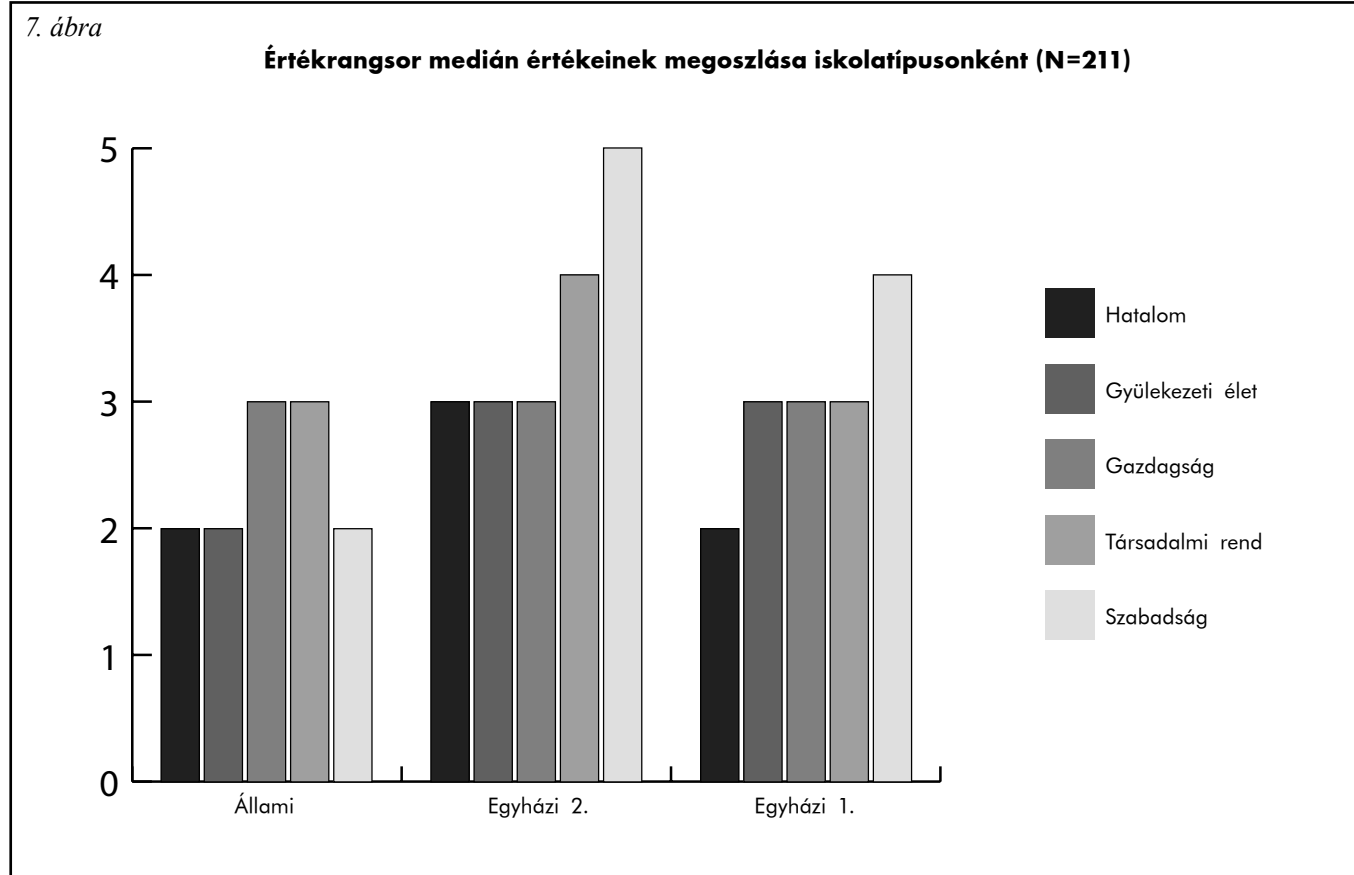
	„Inkább jellemző rám”		„Jellemző rám”	
	Állami	Egyházi	Állami	Egyházi
Protektív faktorú szabadidős tevékenységek				
Család	28	39	8	15
Sok tanulás	12	18	5	3
Házimunka	6	12	–	4
Hobbi	26	44	27	36
Olvasás	26	26	12	9
Vallásos rendezvények	1	10	2	1
Prediktív faktorú szabadidős tevékenységek				
Barátokkal való lógás	23	37	44	29
Számítógép/internet	29	37	27	25
Intenzív bulizás	22	17	31	17
Buliban alkohol-fogyasztás	17	22	23	22
Barátkozás idegenekkel	19	28	5	7

tanítását. 67 fő (31,7%) vallásos, de nem fogadja el az egyház minden tanítását. 25 fő (11,8 %) sokat gondolkozott már róla, de nem vallásos. 17 fő (8%) közömbös a vallással kapcsolatban, 31 fő (14,7%) nem vallásos, de nincs kifogása ellene és 2 fő (1%) válaszolta azt, hogy küzd a vallás ellen. A kábítószert kipróbálók (12 fő) közül 9 fő nem vallásos, 3 fő vallásos ugyan, de nem fogadja el az egyház minden tanítását. A vallásos meggyőződéssel összefüggésben

megvizsgáltuk az imádkozás gyakoriságát is. Az egyházi iskolákból 77 fő (63%), az állami iskolából 9 fő (10,5%) imádkozik rendszeresen. 27 fő (12,7%) csak akkor imádkozik, ha szüksége van rá, közülük 6 tanuló vallási iskolák diákja, 21 pedig tanuló világi iskolához tartozó diák.

A kérdőívben felsoroltunk 19 értéket és a tanulóknak 1-től 5-ig terjedő skálán kellett értékelniük, hogy számukra mennyire fontos az adott érték (1 = egyáltalán nem értek vele





egyed, nem fontos számomra, 5 = teljesen egyetértek, nagyon fontos számomra). Az értékek tanulmányozása a szociológiai vizsgálatok fókuszában áll. Andorka szerint az érték kulturális alap, amellyel azt tudjuk kifejezni, hogy az adott társadalomban mi az, ami fontos számunkra és mit tartunk kívánatosnak. Az értékeket két csoportra oszthatjuk – objektív érték az, amely nélkülözhetetlen ahhoz, hogy létezni, működni és fejlődni tudjunk, szubjektív érték pedig az, amit az egyén szükségesnek érez, tart fejlődése szempontjából. Rokeach szerint léteznek instrumentális, vagyis eszközértékek, mint például a tanulás és a munka, valamint terminális, vagyis célértékek, mint az egyenlőség vagy az elégedettség. Ezt a felosztást alkalmazzuk a Rokeach-módszerrel történő értékvizsgálatoknál. (10) Kutatásunk az értékek vizsgálatát illetően néhány figyelemreméltó eredményt hozott. Az értékrangsor medián-értékeinek megoszlása szerint az állami iskolában tanulók számára a társadalmi rend, mint érték fontosabb, a gyülekezeti életet elutasítják, egyáltalán nem fontos számukra. Az egyházi iskolákban tanulók esetében a szabadság és a társadalmi rend a legfontosabb érték. A gazdagsággal, a hatalommal és a gyülekezeti élettel részben értenek egyet, kevésbé fontos számukra. A kábítószer kipróbálóknak a szabadság, mint érték a legfontosabb és a gyülekezeti életet elutasítják. (6. ábra)

A kérdőívünkben felsorolt 19 értéket négy értékstruktúrára különíthetjük el. A privát szféra-biztonság (szerelem, barátság, kreativitás, családi biztonság, belső harmónia, békés világ, szabadság, udvariasság) az, amely az értékrang-

sorban egyértelműen vezet. A közösségi tradicionalitással, mint a nemzet szerepével, a tradíciók tiszteletével, a társadalmi renddel egyetértenek, szimpatikus számukra, a személyes hittel és a vallásos alkalmakkal részben értenek egyet. A materiális önmegvalósítás, vagyis a hatalom és a gazdagság nem fontos számukra, a döntésre, vezetésre való jog szimpatikus számukra. A posztmaterialitással, vagyis a változatos és érdekes élettel a diákok egyetértenek, szimpatikus számukra. (7. ábra)

A 6. táblázat néhány kiemelt érték mediánjait mutatja. A vallásos tanulók esetében a belső harmónia és a békés világ nagyon fontos, a szabadság és a társadalmi rend, illetve a nemzet szerepe szimpatikus számukra, míg a gazdagsággal és a gyülekezeti élettel részben értenek egyet, kevésbé fontos számukra. A hatalmat elutasítják. A nem vallásos tanulók egyetértenek a belső harmóniával és a szabadsággal és kevésbé fontos számukra a hatalom, a gazdagság, a társadalmi rend és a tradíciók tisztelete. A gyülekezeti életet elutasítják, egyáltalán nem fontos számukra. A 3. hipotézis igazolást nyert, miszerint a vallás protektív faktora kábítószer-fogyasztással szemben, továbbá a vallás, mint értékrendformáló megjelenik a serdülőkorúak érték-orientációjában.

Viselkedéseink kapcsolatban vannak értékeinkkel, így az egészségmagatartással is. Azok a fiatalok, akik rendszeresen sportolnak, több időt töltenek barátaikkal. Azok, akik nem sportolnak, nemcsak a barátságot tartják kevésbé fontosnak, hanem a becsületességet is kevesebbre értékelik sportoló társaiknál. A nem sportoló fiatalok értékpreferen-

5. táblázat

A tanulók értékpreferenciájának mediánjai (N=211)

	Válaszadók száma/fő	Missing/fő	Medián érték
Belső harmónia	208	3	4
Hatalom	208	3	2
Szabadság	210	1	4
Társadalmi rend	206	5	4
Érdekes élet	209	2	4
Udvariasság	210	1	4
Gazdagság	210	1	3
Nemzet szerepe	210	1	3
Kreativitás	210	1	4
Békés világ	208	2	4
Tradíciók tisztelete	209	2	4
Személyes hit	210	1	4
Családi biztonság	210	1	5
Változatos élet	210	1	4
Vezetésre, döntésre való jog	210	1	4
Igazi barátság	210	1	5
Szerelem, boldogság	210	1	5
Gyülekezeti élet	205	5	2
Ifjúsági alkalmak	207	4	3

ciái között a család és az egészség értékvesztett, és ez az összefüggés a kockázati magatartásformák kialakulásához vezethet. (11) A materiális és a posztmateriális értékorientáció kapcsolatban áll egészségmagatartásunkkal. Azok a fiatalok, akik számára az anyagi javak kiemelten fontosak, szorongóbbak és egészségi állapotukat negatívan értékelik, gyakran jelentkeznek náluk pszichoszomatikus tünetek. A materialisztikus értékrendet kedvelő fiatalok hajlamosabbak az addiktív viselkedésre és a drogfogyasztásra. (10) (6. táblázat)

Következtetés

Vizsgálatunk eredményei nagyrészt megfelelnek a korábbi tanulmányokban leírtaknak. A család olyan protektív tényező, amely segít a kockázati hatások semlegesítésében. A szülőkkel való erős kapcsolat véd a serdülőkori rizikómagatartási formák kialakulásával szemben. Jelen tanulmányban a szülőkkel való kapcsolat minősége és a

szülők szerfogyasztó magatartása nincs kihatással a fiatalok illegális szerfogyasztására. A szabadidős tevékenység jellege kapcsolatban áll a tanulók egészségmagatartásával. Vannak olyan tevékenységek, amelyek preventív hatásúak, mint például a rendszeres sportolás, a színházlátogatás, a családdal eltöltött idő és az ifjúsági alkalmak, vallásos rendezvények. A kockázatonövelő hatású szabadidős tevékenységek (a céltalan csavargás az utcán, a barátokkal való lógás, a heti rendszerességgel folytatott bulizás, a buliban való alkoholfogyasztás) erőteljesebben befolyásolhatják, hajlamosíthatják a fiatalokat visszaélésre alkalmas szerek kipróbálására. A fiatalok többségének önjellemzéséhez hozzátartozik a kereszténység és a vallás elfogadása. A vallás, mint értékrendformáló megjelenik a fiatalok értékorientációjában. A vallásos fiatalok a privátbiztonságot és a közösségi tradicionalitást értékelik, míg a materialitás és a posztmaterialitás nem fontos számukra, elutasítják. Tanulmányunkban 12 tanuló próbált már ki valamilyen kábítószerrel. A 12 tanuló közül csak 3 tanuló vallásos, de ők

6. táblázat

**A tanulók értékpreferenciájának mediánjai
vallásos meggyőződés vonatkozásában (N=83)**

	„Meggyőződéses vallásos vagyok” válaszok mediánja	„Vallással közömbös vagyok” válaszok mediánja
Belső harmónia	5	4
Hatalom	2	3
Szabadság	4	4
Társadalmi rend	4	3
Gazdagság	3	3
Nemzet szerepe	4	3
Kreativitás	5	3
Békés világ	5	4
Tradíciók tisztelete	4	3
Vezetésre, döntésre való jog	4	4
Gyülekezeti élet	3	2

sem fogadják el az egyház minden tanítását, vagyis a vallás elfogadása lehet, hogy kulturális szinten történik. A vallás protektív faktor és összefüggésbe hozható az egészségkockázati magatartásformák alacsonyabb előfordulásával, a kábítószer-fogyasztással szemben.

Összefoglalás

Kulcsszavak: serdülőkor, vallásosság, kábítószer-fogyasztás

Bevezetés: Egyre fiatalabb korosztályokban jelennek meg különböző rizikómagatartási formák, köztük a kábítószer-fogyasztás. Vizsgálatunk céljával az állami és az egyházi középiskolába járó fiatalok kábítószer-fogyasztásának hátterében álló okok feltárását tűztük ki.

Módszer: A vizsgálati módszer írásbeli kikérdezés volt, amelyhez a kérdőív eszközt használtuk. Az adatfelvétel Szegeden történt, három középiskolában, a 9–10. évfolyamban, összesen 211 fős mintán. A kapott eredményeket az SPSS statisztikai próbáival értékeltük.

Eredmények: A tanulók 71%-a jelezte, hogy családjában jelen van valamilyen deviáns magatartás. A megkérdezett fiatalok 6,4%-a próbált már ki életében valamilyen tiltott szert. A szabadidő eltöltésének módja összefüggést mutat a tiltott szerek kipróbálásával; vannak olyan tevékenységek, amelyek kockázatonövelő hatásúak (kortársakkal történő gyakori időtöltés) és vannak, amelyek védőhatást fejtenek ki (vallásos értékrend, ifjúsági alkalmak).

Következtetés: A kapott eredmények összhangban állnak az irodalmi adatokkal. A család protektív szerepe meghatározó a szerfogyasztásban, a vallásosság pedig össze-

függésbe hozható a serdülőkoros káros szenvedélyek alacsonyabb előfordulásával. A tanulók szabadidő-eltöltésének struktúrája – az értékrendszerrel együtt – a szerfogyasztás olyan védő faktora, amelyre a prevenció során nagyobb hangsúlyt kellene fektetni.

Abstract

Key words: adolescence, drug consumption, value system, piety, freetime activity

Introduction: The fast development of today's running world and that of the modern societies have brought the following problem at more and more young age different risky behaviours appeared in including drug consumption. The aim of the examination was the digestion of the reasons among faith-based youngsters and public youngsters.

Method: The method was the written interrogation by using a questionnaire. The data transcription took place in Szeged, in 3 different schools, in the 9th and 10th years, at 211 patterns. We evaluated the result with the statistical trials of the SPSS.

Result: 71% of the students let us know that there is a kind of deviant behaviour in his/her family. 6,4% of the way of youngsters have already tried some kind of forbidden item. There is coherence between spending freetime and trying out forbidden things. There are some activities which have a risk-increasing factor (they spend much time with their fellows) and there are others which involve a defending effect (e.g.: religious background, programs for youngsters).

Conclusion: The obtained results are in balance with the

literary data. The protective role of the family is defining is using these harmful things. And besides piety can be is context whit the occurrence of the harmful habits of adolescence. The students' structure concerning freetime activities together with the value system are such factors of using this stuff that should be emphasized more during the prevention.

Irodalom

1. M. Cole–S. R. Cole: *Fejlődéslektan*. Osiris Kiadó, Budapest, 2003. 637–639. old., 624–625. old., 674. old.
2. Balogh M.–Rantálné Szabó M.–Grósz K.-né: „A védőnő mentálhigiénés lehetőségei egy gimnáziumi felmérés kapcsán.” In: *Acta Sana*, 2007. 1. szám, 24–25. old.
3. R. L. Atkinson–R. C. Atkinson–E. E. Smith–D. J. Bem–S. Nolen-Hoeksema: *Pszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest, 2003. 574. old.
4. Komári É.: „A droghasználat kialakulásának az okai.” In: Rác J.: *A droghasználat funkciói*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2007. 97. old.
5. Pikó B.: „Vallásosság és káros szenvedélyek fiatalok körében.” In: *Addiktológia*, 2003. II. évfolyam, 1. szám, 53–54. old.
6. Hoyer M.: „A család mint színtér: az egészségesen működő család és diszfunkcionális család.” In: *Fejlesztő pedagógia*, 2003/2–3., 48. old.
7. Demetrovics Zs.: *A droghasználat funkciói*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2007. 97. old.
8. Hoyer M.: „A droghasználó és a család.” In: Rác J.: *A droghasználatról őszintén*. B+V Lap- és Könyvkiadó Kft., 2000. 105–109. old.
9. Pikó B.: „Szabadidő és életmód a fiatalok körében.” In: Pikó B.: *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. L'Harmattan, Budapest, 2007. 38. old.
10. Rác J.: „Értékek és ifjúság.” In: Pikó B.: *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. L'Harmattan, Budapest, 2007. 59. old., 63. old.
11. Pluhár Zs.–Keresztes N.–Pikó B.: „Ép testben ép lélek.” In: *Magyar Sporttudományi Szemle*, 2003/2. 29–33. old.

Serdülő fiatalok szexuális kultúrájának felmérése és szex-educációs programjai Budapest XVII. kerületében*

Dr. Gritz Arnoldné

Budapest Főváros XVII. Kerületi Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat Egészségnevelése
Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület

Az egészség nem független az egyén magatartásától, ezért az iskolai egészségnevelésnek az egészség fenntartásához szükséges életviteli készségeket kell kifejlesztenie az ifjúság körében.

Az iskolai egészségnevelés alapját képező jogszabályi háttér Magyarországon:

1. 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről
2. 1993. évi LXXIX. Törvény a közoktatásról
3. Nemzeti Alaptanterv, NAT = a magyar közoktatás tartalmi szabályozásának alapdokumentuma
4. Nemzeti Egészségprogramok

Ennek alapján az egészségtan tantárgy az általános iskola 5–8. évfolyamában kötelező. Ugyanakkor minden iskolában követelmény – az általános célkitűzések mellett – az egészséges életmódra való nevelés. Ez azt jelenti, hogy minden osztályfőnöknek lehetősége van arra, hogy órái bizonyos százalékában az egészséges életmód programját tanítsa, minden szaktanártól elvárják, hogy a programot tantárgyába integrálja. A baj az, hogy erre sem az osztályfőnök, sem a szaktanár nincsen felkészítve. Az egészségtan tantárgynak be kellene épülnie az oktatás minden szintjének gyakorlatába – az ismeretátadás, az attitűdformálás, a magatartásalakítás és az öntevékenységre serkentés területén egyaránt. Természetesen az állami és szakmai szervezetek részéről vannak kezdeményező programok, felkészítő tréningek, amelyekre pedagógus-továbbképzés keretében jelentkezni lehet.

Az iskolai egészségnevelés speciális terület. Elsősorban nem információközlés, ennél komplexebb eszközöket és módszereket igénylő tevékenység. Multidiszciplináris terület, speciális egészségtudományi alapokkal. Megvalósulásának feltétele a pedagógus, az egészségtan-tanár, a védőnő, az orvos és a tanulók együttműködése, összehangolt munkája, vagyis az egészségügyi és pedagógiai team szorosabbá tétele.

Az élet folyamán mindenki vannak kritikus pontok, amelyek több odafigyelést, fokozottabb törődést igényelnek. Ilyen kritikus pont az ifjúkor. Ez az ún. „kockázatos magatartás” (*risk taking behavior*) időszaka, amely problémák

gyakran jelentkeznek társadalmi szinten. Ide soroljuk a dohányzást, az alkohol- és drogfogyasztást, a szexuális élet korai elkezdését.

Már az Egészségügyi Világszervezet 1989. évi közgyűlése (*World Health Assembly*) elhatározta, hogy tagországai közoktatás- és egészségpolitikáját érzékenyebbé teszi a fiatalok sajátos gondjai és azok megoldása iránt.

Számos hazai és nemzetközi kutatás mutatott rá az ifjúság egyre romló egészségi állapotára, egészségügyi ismereteinek hiányosságaira. Ezért – mint az egész világon, így Magyarországon is – különös figyelmet érdemel a fiatalok egészségmagatartásának, ezen belül is szexuális kultúrájuk kialakításának pozitív irányú befolyásolása. Még mindig sok a tabu, a titkolózás ezen a téren. Márpedig ha a fiatalok kamaszkorban nem tanulják meg a nemiség szerepeit, a szex és a szerelem együttjárását, a kivárást, a hűség, a monogámia prioritását, a védekezés felelősségét, akkor már ebben a korban kiteszük őket a veszélyeknek. Segítő, elfogadó szülői, tanári, orvosi hozzáállásra van szükség.

Világszerte megfigyelhető – amint azt a magyar felmérések is igazolják – a serdülők szexuális aktivitásának növekedése és az első közösülés mind fiatalabb korban való megtörténte.

A továbbiakban a XVII. kerületben folytatott kutatásunk eredményeit mutatjuk be.

Demográfiai adatok

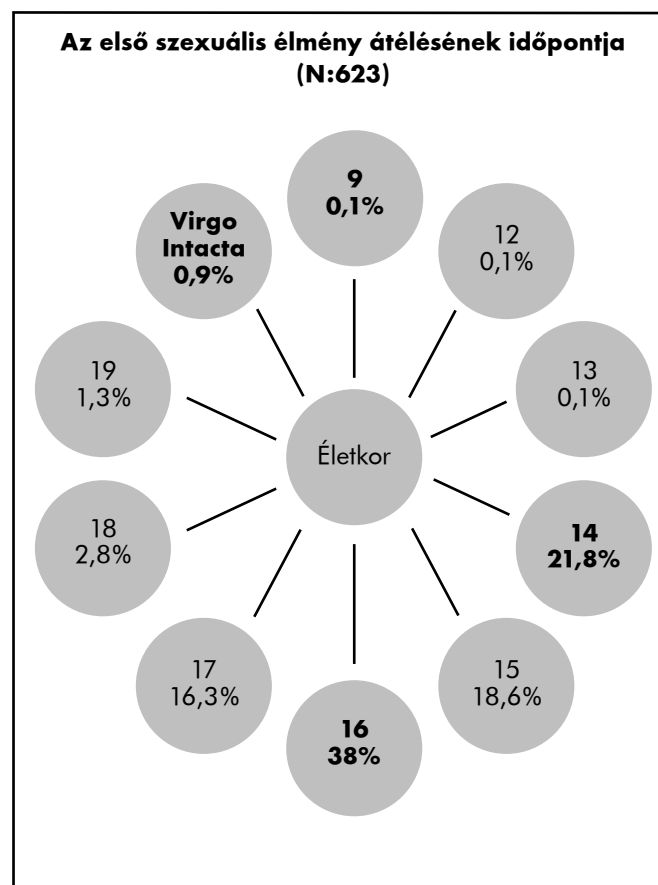
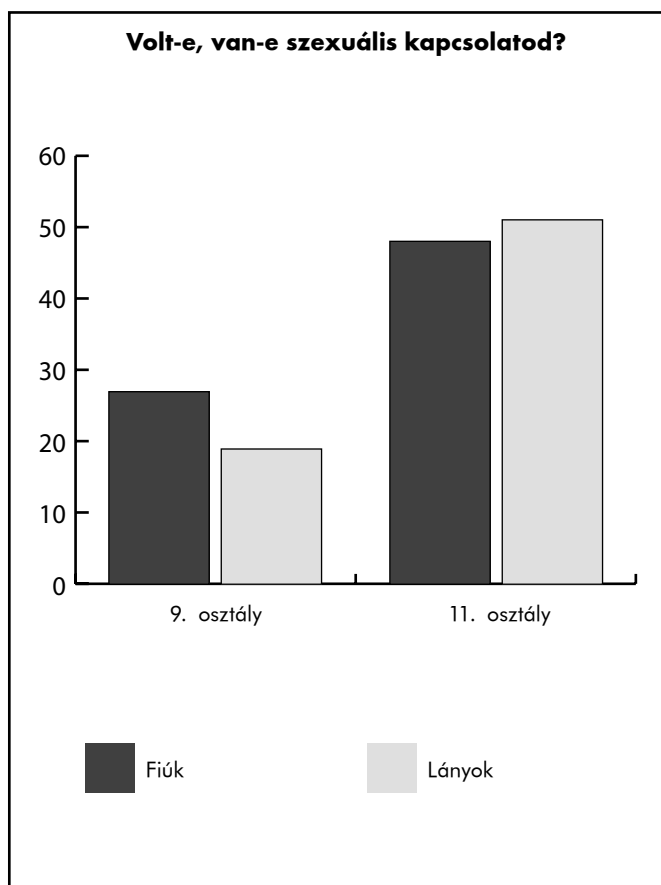
A kerület nagysága: 5.483 ha.

A lakosság száma: 81.178 fő (2005. január elsejei adat).

A vizsgálat célja

- általános képet kapni a fiatalok szexuális ismereteiről,
- honnan szerzik be ezeket az ismereteket,
- mely életkorban kezdik el és mennyire rendszeresen élnek szexuális életet,
- mit tudnak a szexuális életről és következményeiről, valamint a szexuálisan terjedő fertőzésekről,

* 2007. június 8-án Tamperében, a „14th Congress of the European Union for School and University Health and Medicine” konferencián elhangzott előadás szerkesztett változata.



- ismerik-e a védekezési módokat,
- ennek alapján az iskolai egészségtan oktatásához ajánlások és módszerek kidolgozása.

A vizsgálatban használt minta és módszer

A kutatás három középiskolában történt. A kérdőív anonim, önkitöltős, nyitott kérdéseket, alternatív válaszokat lehetővé tevő 30 kérdésből állt. A kérdés az iskolák egyetértésével és engedélyével történt.

A vizsgált minta

A három középiskola összlétszáma: 1012 fő (100 %)
 A kitöltött kérdőívek száma: 623 fő (61%)
 Életkor: 14–19 év
 Lány: 72%
 Fiú: 28%

Az eredmények bemutatása, főbb megállapítások

Szerepe van az édesanyának, őt követi a barát, a barátnő, az ismeretterjesztő irodalom, a média és az internet. Elgondolkodtató, hogy az egészségügyi szakember, a védőnő, a pedagógus milyen kis szerepet tölt be ezen a téren.

Bár vizsgálatunkban nem tükröződik annyira, mint amennyire fontos, jelentős a felvilágosító munkában a kortársak

oktató szerepe. Kiemelésre érdemes, hogy a kortárs program hazai elindítója és vezetője *Prof. Dr. Simon Tamás*.

Nem kétséges tehát, mennyire fontos a tudás minél korábban történő megszerzése, s e témakör az egészségnevelés iskolai tananyagába való mielőbbi beépítése – elsősorban a kedvezőtlen médiahatás elkerülése érdekében.

Sajnálatos, de már 9 éves korban megjelenik az első élmény. Kiemelkedően magas a 14 évesek 21,8%-os aránya is. Megállapítható, hogy a vizsgált mintában legtöbbször (38%) 16 évesen élik át első szexuális élményüket.

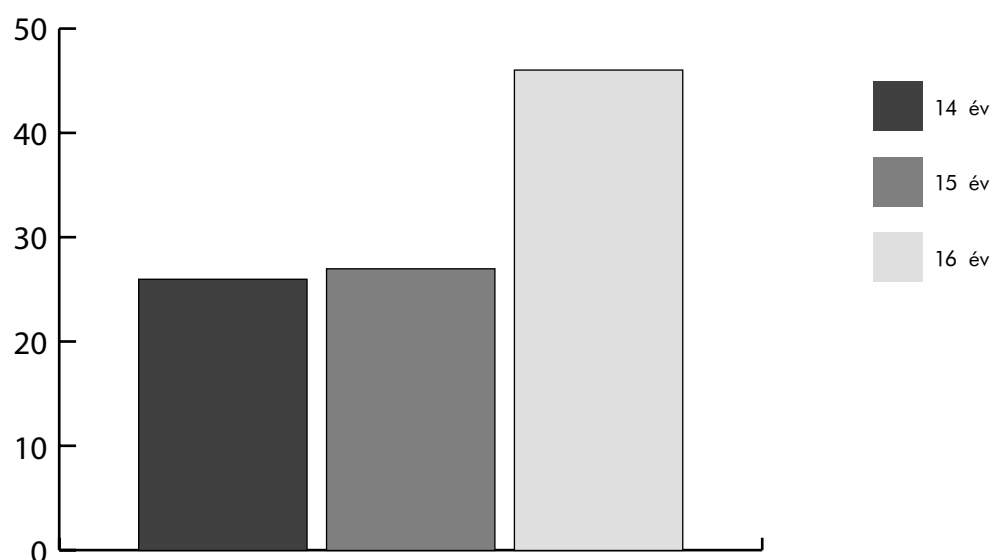
Legtöbbszörük – 63%-os arányban – tehát a szerelem vezette az első szexuális élmény felé. Fel kell azonban tennünk a kérdést, hogy ebben a korban mit jelent a szerelem?

Szexuális ismeretekkel kapcsolatos információforrások N:623

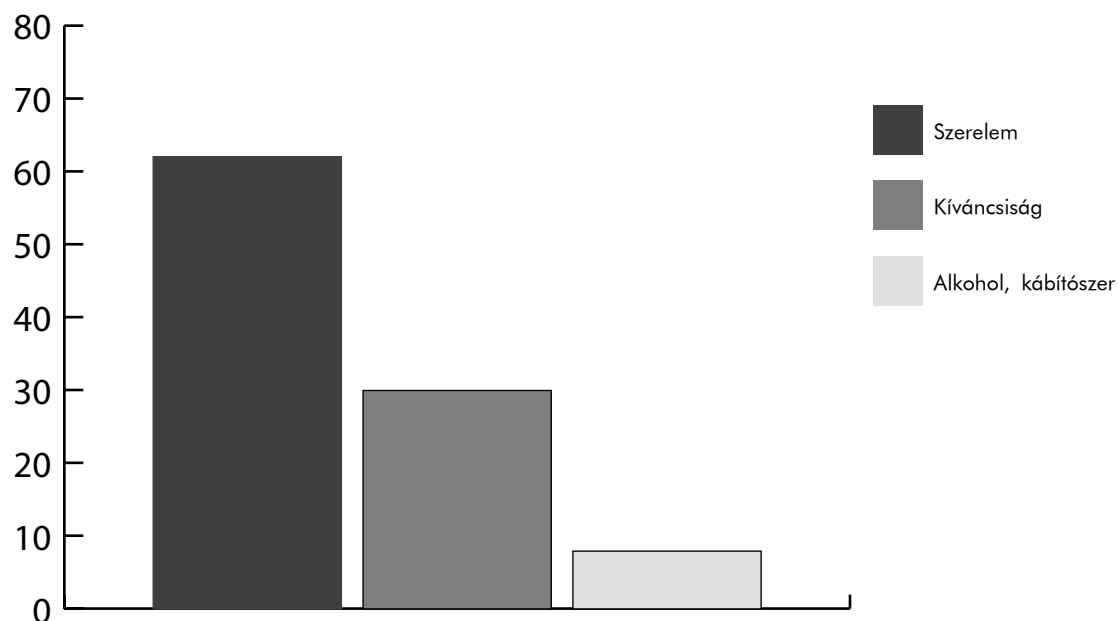
Személyes forrás	Média
Szülő: X	Televízió: X
Barát: X X X	Internet: X X X
Testvér: X X	Újságok: X X X
Orvos, védőnő: X	Könyvek: X X
Pedagógus: X	
Kortárs oktató: X	

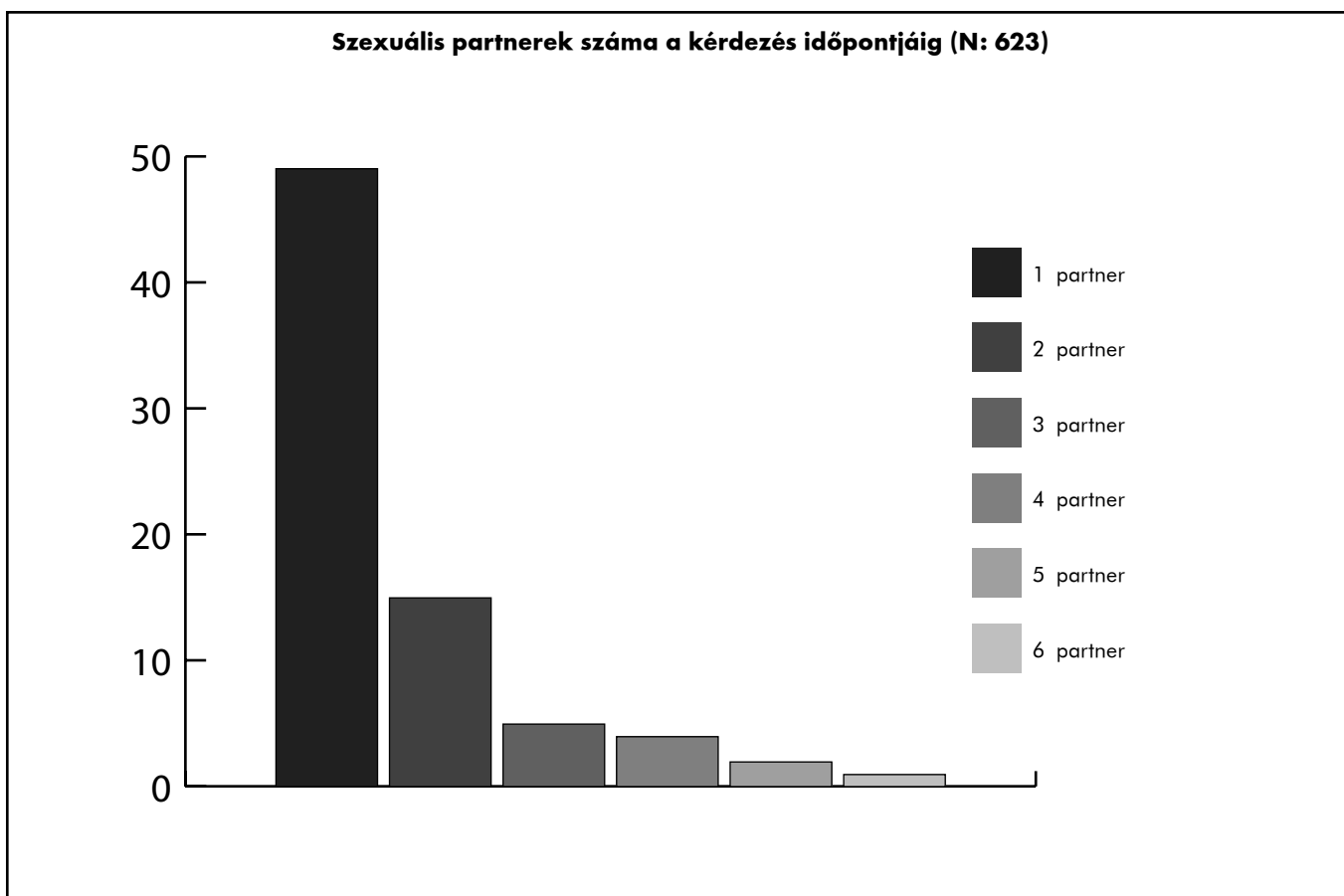
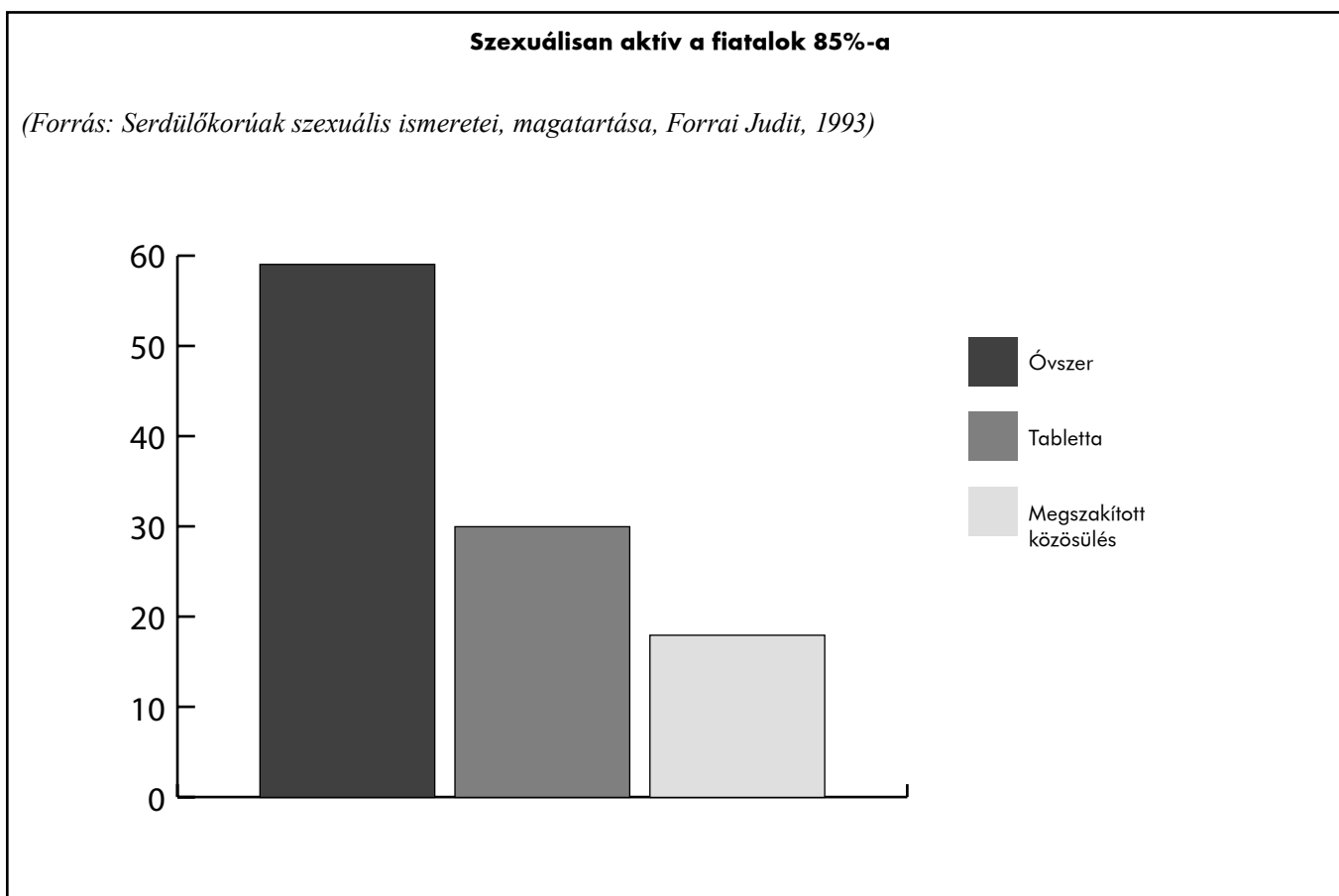
Az első kapcsolat létesítése

(Forrás: HBSC – Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása, 2003, Aszmann Anna és munkatársai)



Motiváló tényezők az első szexuális kapcsolat létesítésében





A kíváncsiság 30%-uknál szerepelt motiváló tényezőként. Az alkohol, kábítószer 7%-uknál jelent meg motívumként, abszolút számban ez kevés, ebben a kontextusban azonban sok. A vizsgálatból az is kitűnik, hogy 16%-uk **NEM** védekezett.

A megkérdezettek kivétel nélkül elítélték az egyszerre több partnerrel való kapcsolat tényét. Általában elfogadhatónak tartják a házasság előtti szexuális életet, néhányuk vallási, illetve tradicionális okok miatt tartózkodik. Elszomorító viszont az a tény, hogy nagyon kevés ismeretük van a biológiai élettani folyamatokról, a szexuálisan terjedő betegségekről, a fogamzásgátlásról, a művi abortuszról és következményeiről és a sürgősségi védelemről. Javít a helyzeten az, hogy szexuális problémáik esetén elsősorban az édesanyához, illetve orvoshoz, nőgyógyászhoz fordulnak.

A megkérdezettek számára a tartós kapcsolat alsó időkorlátja fél év.

Kíváncsiak voltunk arra is, hogyan ítélik meg saját tájékozottságukat? Ez az információ is megerősíti eddigi megállapításainkat: hogy a tanulók önértékelési, önminősítési mutatói nem elég fejlettek.

Következtetések

- korábbi felméréseinkkel egybevetve sokkal nagyobb arányban és előbb kezdik el a serdülők a tényleges nemi életet,

- kedvező változásnak tekinthetjük, hogy az első együttlét során többen védekeznek, s emelkedett az óvszerhasználók aránya is,

- elszomorító az a tény, hogy jelentős azoknak a fiataloknak a száma, akik az első kapcsolat után rendszeres nemi életet élnek,

- serdülő koruk ellenére nagyszámú partnerrel volt kapcsolatuk.

Amint az ismeretes, a korai életkorban, testileg, lelki- leg felkészületlenül, gyakran felelőtlenül, védekezés nélkül elkezdett szexuális élet számos kedvezőtlen egészségügyi és egzisztenciális következménnyel járhat.

A serdülőkori terhességek – akár megszakítással, akár élveszületéssel végződnek – komoly egészségügyi, magánéleti és társadalmi következményekkel járhatnak.

A fiatalok egészségi állapotára és egészséget befolyásoló magatartására vonatkozó kutatások eredményeinek ismerete és felhasználása alapvető az egészségfejlesztő programok hatékonyságához. Ha azt kívánjuk elérni, hogy az érzelmi, intellektuális és szexuális összhang alapján hosszú távú kapcsolat alakuljon ki a fiatalok között, jól felkészült tanárookra, egészségtan-tanárokra és megfelelő tananyagra, megfelelő módszerek alkalmazására van szükség.

Egészségnevelési programjaink célkitűzései

A tanulók ismerjék meg az egészségvédelem kiemelt kérdéseit:

- az életkorral járó biológiai, pszichohigiénés, életmódbeli tennivalókat,

- a társkapcsolatok egészségügyi kérdéseit,
- az egészségre káros szokások megelőzésének jelentőségét (alkoholfogyasztás, dohányzás, drogfogyasztás, inaktív életmód),

- a serdüléssel járó biológiai, pszichoszomatikus változások, problémák feltárása, problematikus helyzetben a döntésre való felkészítés, a nemek közötti kapcsolat magatartásbeli, erkölcsi, etikai normáinak (párválasztás, családi élet) feldolgozása,

- legyen figyelemfelkeltő, tájékoztató, motiváló és aktív szerepe az egészség-érték tudatosításában,

- erősítse és fejlessze az egészséges életvitelhez szükséges képességeket,

- s ezen ismeretek birtokában a fiatalok képesek legyenek egészségük megőrzésére, a betegségek megelőzésére, egészséges személyiség kimunkálására, egészséges családi élet megalapozására,

- készítse fel a fiatalokat olyan ismeretek megszerzésére, amely segíti őket:

- egészségük megőrzésében,
- serdülőkori problémáik megoldásában,
- kapcsolati kultúrájuk fejlesztésében,
- partnerválasztásukban,
- szexuális kultúrájuk fejlesztésében,
- az alkalmazkodó együttlét kialakításában,
- a párválasztásban,
- a tudatos családtervezésben,
- a család egészségvédő funkcióinak kiépítésében,
- a család pozitív értékeinek megismerésében.

Az alkalmazott módszerek

- tapasztalás,
- dialógus,
- személyes beszélgetés,
- a szexuális kultúrára vonatkozó ismeretekre irányuló kérdőív,

- anonim tesztek,
- előadás,
- kiállítás,
- audiovizuális eszközök,
- videofilm,
- egészségnapok,
- ismeretterjesztő füzetek,
- kommunikációs gyakorlatok,
- milyen vagyok? önismereti gyakorlatok,
- szerepjátékok, egyéni és csoportos gyakorlatok,
- anatómiai ismeretek felmérése: saját testük, szervezetük működéséről és a másik nem szervezetének működéséről.

Pedagógusok részére

A témával kapcsolatos szakmai anyagokból, az alkalmazható módszerekből, szituációs gyakorlatokból, óravázlatokból előadói módszertani segédanyagot állítunk össze, amelyből minden előadó válogathat, illetve kiegészítheti saját módszereivel.

Motivációs jellemzők

- emberi nyitottság,
- szakismeret,
- intimitás,
- konkrét tanácsadás,
- személyes beszélgetés.

Összegezve: célunk a felnövekvő nemzedék harmonikus nemi fejlődésének biztosítása, az, hogy az ifjúság pozitív egészségértékekkel rendelkezzen, egészségi ismeretei megalapozottak legyenek, döntéseit körültekintően mérlegelje, következményeit felelősséggel vállalja.

Legyen a tudás és az egészség megbecsült alapérték!

Összefoglalás

Kulcsszavak: serdülők, szexuális ismeret és magatartás, szex-educáció

A szerző beszámol egy Budapest XVII. kerületében, fiatalok körében végzett kérdőíves felmérés eredményeiről, amely a serdülők szexualitással kapcsolatos ismereteit, szokásait, attitűdjeit dolgozza fel. Bemutatja az ebből fakadó következtetésekre épülő szex-educációs programokat és módszereket, amelynek célja a szexuális viselkedés pozitív irányú befolyásolása. A programok lényege a szexualitás érzelmi, egészségi, etikai komponenseinek, humán tartalmának közvetítése a fiatalok felé.

Ennek során a megvalósítandó cél a fiatalok felkészítése olyan ismeretek megszerzésére, amely segíti őket:

- egészségük megőrzésében,
- serdülőkori problémáik megoldásában,
- az egészséges, örömteli párválasztásban,
- szexuális kultúrájuk és az alkalmazkodó együttlét kialakításában,
- önbizalmuk és felelősségtudatuk fejlesztésében,
- a nemek közötti kapcsolat erkölcsi, magatartási, etikai normái közötti eligazodásban,
- a tudatos családtervezésben,
- a család pozitív értékeinek megismerésében és követésében.

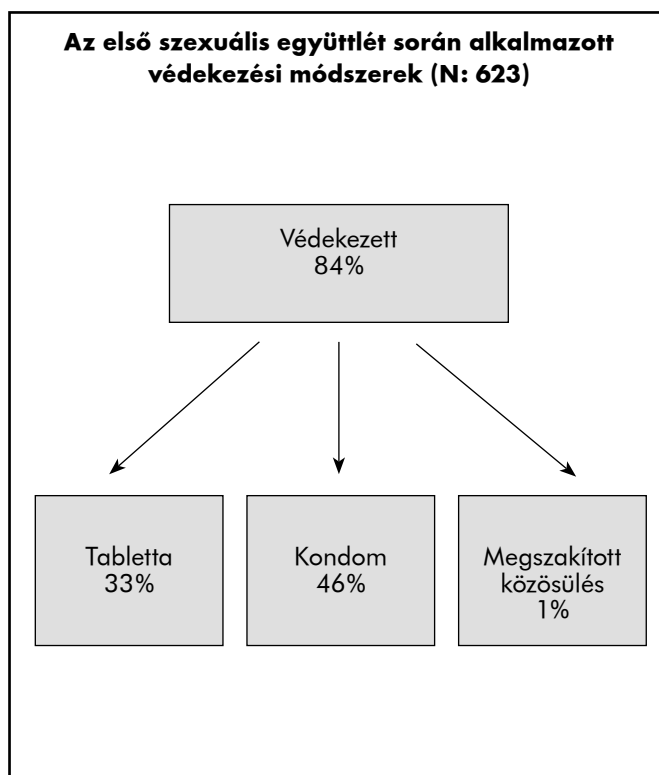
A szexuális élettel összefüggő problémák, veszélyek megelőzésének elsődleges terepe – a családon kívül – az iskola. Az egészséges szexualitásra épülő harmonikus párkapcsolat a kiegyensúlyozott, örömteli élet garanciája. Az ennek kialakítására irányuló, három középiskolában végzett felmérésekről, feladatokról és hatékonysági mutatókról ad számot a tanulmány. A szerző következtetéseket von le és eredményeit összehasonlítja egy öt évvel ezelőtti végzett felméréssel is.

Summary

Keywords: adolescents, sexual knowledge and behaviour, sex-education

The author reports about the results of a questionnaire, which has been made in the 17th district in Budapest and it is about adolescents' knowledge about sexuality,

Az első szexuális együttlét során alkalmazott védekezési módszerek (N: 623)



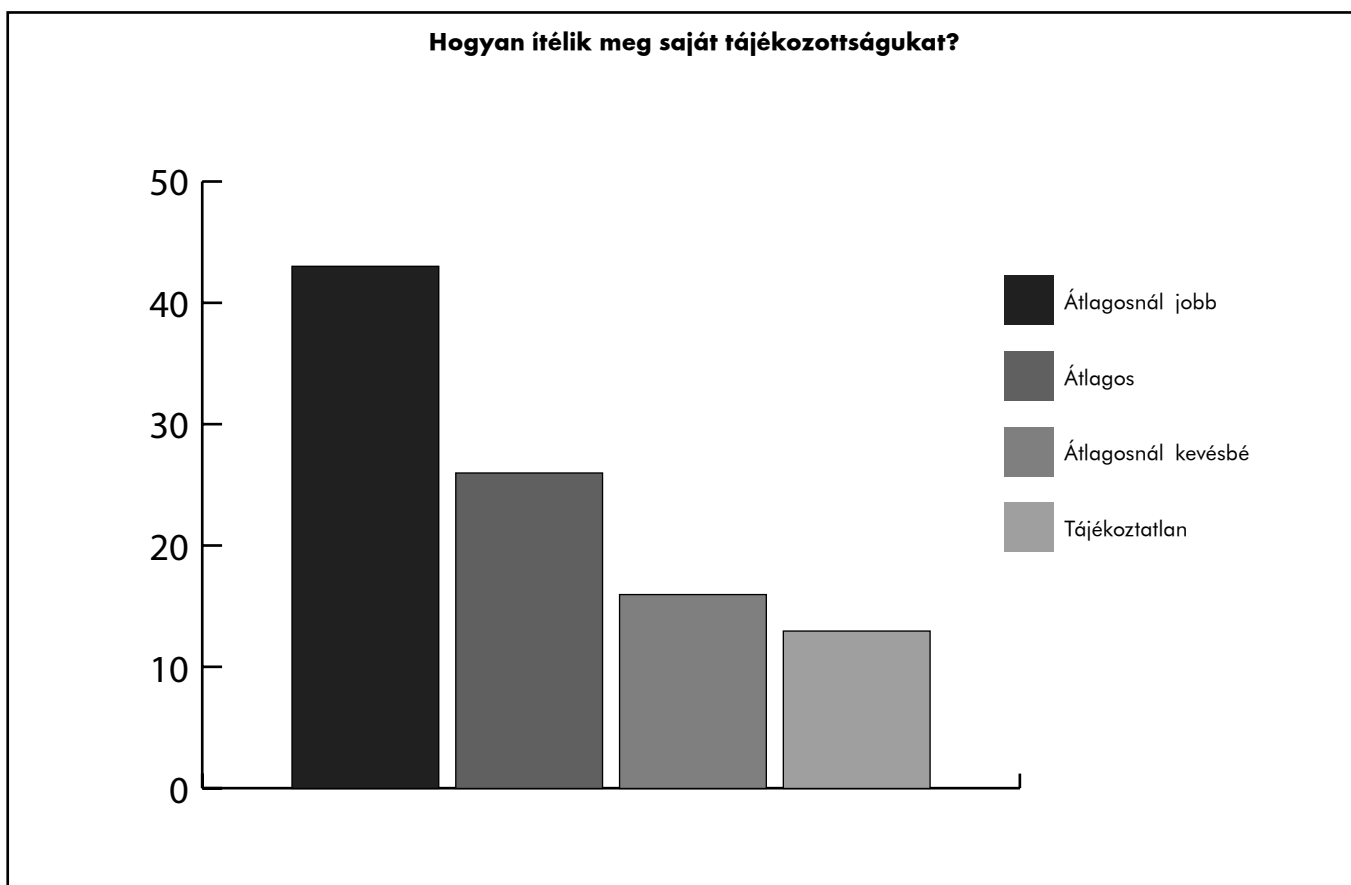
habits, attitude. It shows the conclusions of sex-educational programmes and methods, which aim is to influence the sexual behaviour in a positive way. The point of the programmes is to mediate towards the youth the humane components of emotions, health, ethics. Through this the achieving aim is to prepare gaining such knowledge which helps them in:

- health retention
- solving adolescent problems
- choosing healthy, joyful partners
- making their sexual culture and accomodating togetherness
- developing their confidence and responsibility
- knowing the way between sexes in moral, behavioural, ethical norms
- conscious family planning
- getting to know and following the positive value of family

Apart from family the school is the primary possibility of preventing danger and relevant problems with sexual life. The harmonic connection which goes up to healthy sexuality guarantees a balanced, joyful life. To develop this in this field the study reports the surveys, exercises and effectiveness index, which has been made in three secondary schools. The author jumps to a conclusion and compares this survey with another one which was made five years ago.

Irodalom

A teljes kutatási minta 1767 fő, a HBSC kutatási minta korcsoportonként 1500 fő volt.



1993. évi LXXIX. Törvény a közoktatásról
 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről
 HBSC Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása 2003. (Szerk.: Aszmann A.)
 Nemzeti Alaptanterv OM 243/2003 (XII. 17.) kormányrendelet
 Bagdy E.–Telkes J.: *Személyiségfejlesztő módszerek az iskolában.* Tankönyvkiadó, Budapest, 1988.
 Bagdy E.: „A tudattalan összejátszástól az együtt fejlődésig.” In: *Párkapcsolatok dinamikája.* (Szerk.: Bagdy E.) Animula Kiadó, Budapest, 2002. 34–50. old.
 Bagdy E.–Belső N.–Popper P.: *Szeretet, szerelem, szexualitás.* Saxum, 2004.
 Buda B.: *A személyiségfejlődés és a nevelés szociálpszichológiája.* Nemzeti Tankönyvkiadó, 1995.
 C. G. Jung: *Gondolatok a szexualitásról és a szerelemről.* Kossuth, 1997.
 C. G. Helman: *Kultúra, egészség, betegség.* Melánia, 2000.
 Elekes A.: *Pedagógia – Egészségpedagógia.* ETI, 1999.
 Elekes Zs.–Paksi B.: *A magyarországi középiskolások alkohol és drogfogyasztása.* Népjóléti Minisztérium, 1996., 1999.
 Ewles L.–Simnett I.: *Egészségfejlesztés.* Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1999.
 Forrai J.: *Szexuális felvilágosítás és nevelés. AIDS megelőzés.* Aranyhíd Kft., 1994.
 Forrai J.: *A magánélet és az egészség kultúrája I.* Budapest–Pécs, Dialóg Campus Kiadó, 2002.

Gritz A.-né: „Gondolatok az egészséges életmódra nevelés iskolai tananyagba való beépítéséhez.” *Látélet – Katedra*, 6. évf., 1998/2. 22–23. old.
 Gritz A.-né: „Beszéljünk a szerelemről! Öröm vagy üröm?!” In: *Alapkönyv az egészség megőrzéséhez. II. kötet* (Szerk.: Gritz A.-né.) XVII. Budapest Főváros Kerületi Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat Egészségnevelése, Budapest, 2005. 23–37. old.
 Lux E.: „Tanfűzet a nemiségről.” In: *Szexológiai olvasókönyv* (Szerk.: Lux E.) Osiris Kiadó, Budapest, 2000. 10–16. old.
 Pikó B.: „A szex(dukáció) csapdái.” In: *Egészségnevelés*, 1999. 40. sz. 149–150. old.
 Rácz J.: „Alkohol- és drogfogyasztás a gyermek- és serdülőkorban és az iskolai prevenció.” In: *Szenvedélybetegségek*, I. évf. 5. sz.
 Rudas J.: *Delfi örökösei: Önismereti csoportok: elmélet, módszer, gyakorlat.* Gondolat, 1990.
 Ranschburg J.: *A nő és a férfi.* Nemzeti Tankönyvkiadó, 1996.
 Simon T.: *Serdülőkorú tanulók egészségmagatartása – Tanulmányok.* Medicina, 1988.
 Simon T.: „Az egészségoktatás stratégiája a 21. században.” *Egészségfejlesztés*, 2004. XLV. évf. 5–6.
 Simon T.: *Az iskola-egészségügy feladatai az egészségfejlesztésben.* Budapest Főváros XVII. Kerületi Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat Egészségnevelése, 2005.
 Vass Vilmos: „A Nemzeti Alaptanterv felülvizsgálata.” *Új Pedagógiai Szemle*, 2003. 6. sz. 40–44.

Az egészség terén való esélyegyenlőség javítása az egészség társadalmi meghatározóin keresztül az EU-ban

A DETERMINE Konzorcium első évi tevékenységének összefoglalója

Tallár Ágnes koordinátor

Országos Egészségfejlesztési Intézet

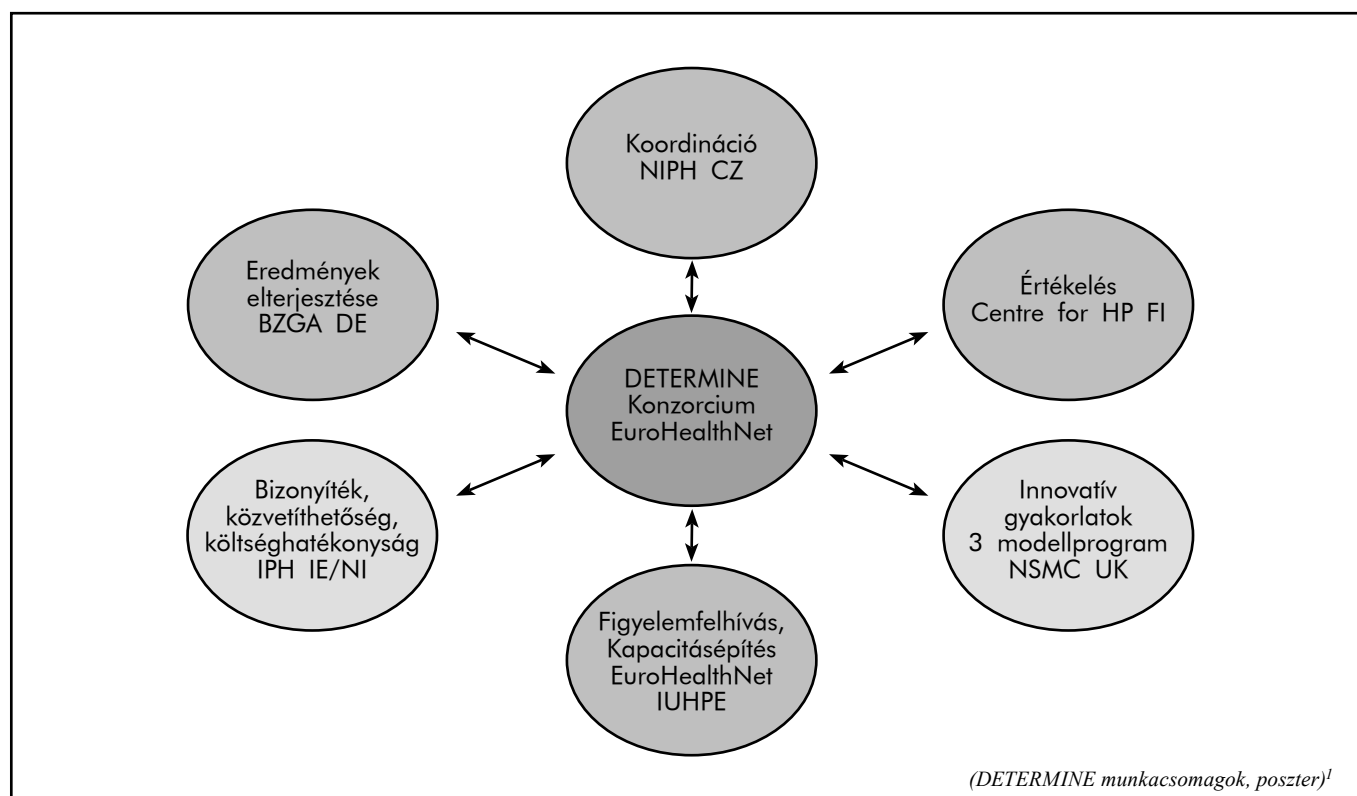
A DETERMINE egy, az egész EU-t átfogó kezdeményezés, amely az egészséggel összefüggő egyenlőtlenségek társadalmi és gazdasági meghatározóinak terén ösztönzi a cselekvést. Több mint 50 egészségügyi szervből álló konzorciumot tömörít. Ezek között népegészségügyi, egészségfejlesztési, kormányzati, számtalan civil, szakmai, valamint tudományos szervezet és hálózat szerepel, több mint 26 európai országból. Így amióta az EU Egészség Cselekvési Programjai elkezdődtek, ez vált az egyik legnagyobb tömörüléssé.

Az átfogó cél az, hogy a döntéshozók körében, érkezzenek a politikai spektrum bármely teréről, nagyobb tudatosságot ébresszünk. Cél, hogy az egészséget és az egészség terén jelentkező egyenlőséget szempontként kezeljék programjaik kialakítása során. Ez bármely eddiginél nagyobb összefogást kíván az egészségügyi és egyéb ágazatok között.

Ez a tanulmány a kezdeményezés első évében lezajlott eseményekről ad tájékoztatást. Az első évi kezdeményezés fókuszában a résztvevő országok jelenlegi helyzetének felmérése szerepelt. Ennek keretében azt vizsgáltuk, mit tesznek az országok az egészség javításának érdekében, továbbá, hogy az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek megközelítésében mekkora szerepet játszanak a döntő társadalmi meghatározók.

Ezt a munkát hét munkacsomag keretében végezzük. Az EuroHealthNet (www.eurohealthnet.eu) a szerződő féllel, a Cseh Népegészségügyi Intézettel, valamint a különböző munkacsomagok vezetőivel együttműködésben koordinálja a projektet. A megkezdett munka befejezése 2010 nyarára esedékes.

A DETERMINE kiegészíti a WHO Egészség Társadalmi Meghatározói Bizottságának (2005–2008) munkáját. Ebben



olyan szakpolitikákról gyűjtenek információkat, amelyek azáltal, hogy szempontként bevontak olyan társadalmi tényezőket, mint a munka-, valamint a lakókörnyezet, javulást értek el az egészség terén. Az ETMB céljai közt szerepel egy olyan fenntartható globális mozgalom kiépítése, amely az egészségi egyenlőség és a társadalmi meghatározók fontosságát hangsúlyozza, ezek érdekében szólít fel cselekvésre. A DETERMINE ehhez az EU keretein belül járul hozzá.

Jelen kezdeményezés (DETERMINE – EU Cselekvési Konzorcium az Egészség Társadalmi-Gazdasági Meghatározóiért) az Európai Uniótól a Népegészségügyi Program keretein belül kapott és kap továbbra is anyagi támogatást.

Fő üzeneteink

- Miközben biztató lépések történnek az EU-tagállamokban az egészség terén jelentkező egyenlőtlenségek társadalmi okainak leküzdésére, még mindig rengeteg munka vár ránk annak érdekében, hogy mindenkire egy méltányosabb jövő várjon az egészség terén – valamint, hogy hozzá tudjunk járulni a globális szükségletekhez.

- Az EU és tagállamai a gazdasági növekedés mellett hangsúlyozzák a társadalmi igazságosság és egyenlő esélyek értékeit. Ahhoz, hogy mind a hármat elérhessük, az egészség mindenki számára egyenlőbb, igazságosabb elérhetőségére van szükség.

- Az egészség igazságos elérhetősége iránti felelősség az egészségügyi rendszerekben és azokon túl nyugszik. Az egészségügyi szakértők fontos, ámde behatárolt szerepet játszhatnak a lakosság egészségének fejlesztésében. Hatásuk sokkal szélesebb körű lehet, ha feladatuk részét képezi a többi szereplő mobilizálása.

- Bár az egészség terén fennálló egyenlőtlenségek társadalmi meghatározói kifejezést még nem használják széles körben, főbb elveit ismerik és használják kormányzati körökben, sőt lépéseket is tesznek ezen elvekkel összhangban. Ennek ellenére az egészségi állapotban megnyilvánuló szakadék egyre mélyül.

- Egyre több, az egészségügyi rendszereken kívüli területen tesznek olyan lépéseket, melyek közvetett módon kezelik az egészség terén jelentkező egyenlőtlenségek társadalmi okait. Ez biztató, ámde ahhoz, hogy ez továbbra is fenntartható legyen, fontos biztosítani, hogy a más szektorok képviselőiben résztvevő partnerek számára is hasznosak legyenek a lépések.

- Egyértelmű, hogy az egészség terén jelentkező egyenlőtlenségek társadalmi meghatározóit a partnerországok nem rendszerszerűen közelítik meg. Még számos kezdeményezés vár értékelésre. Ezért ez az innovációnak, az elérhető bizonyítékokon alapuló politikai akaratnak kiváló alapot nyújtó terület. A fejlesztésre való igény, és a lehetséges társadalmi és gazdasági hasznosság mértéke megköveteli a szakmapolitikai és a gyakorlati fejlesztést.

- Több EU tagállamban is léteznek sokrétű és növekvő partnerségen alapuló innovatív gyakorlatok. Ez a hátrányos helyzetű csoportok körében a teljes lakossághoz viszonyítva gyorsabb ütemű egészség javuláshoz vezethet.

- A tényleges fejlődés alapfeltétele, hogy az egészség terén fenntartandó egyenlőségre a legmagasabb kormányzati szinteken is prioritásként tekintsenek. A témát egyelőre nem építették be a legfőbb nemzeti és nemzetközi célok – nevezetesen a *Lisszaboni Stratégia* céljai közé. Csak ezt követően volna lehetséges olyan konzisztens lépések alkalmazása, melyek révén a szakpolitikák egésze erősíti, nem pedig aláássa az egészséget.

- Az EU szabályozási és munkaprogramjainak – a befolyáson, a közvetlen szakértelmen és a vezető pozíción keresztül – megvan a lehetősége, hogy az egész Unióban népszerűsítse a társadalmi méltányosságot és a gazdasági hatékonyságot. Így a szektorok közti EU-szintű együttműködés az egészség társadalmi meghatározóinak területén elengedhetetlen feltétele annak, hogy az EU tagállamai között magasabb szintű egészségi egyenlőséget érhessük el.

A következő oldalak tartalma azt tükrözi, hogyan jutott a Konzorcium e véleményre. A munkafolyamat részletei, valamint országonként kereshető példák találhatóak a www.health-inequalities.eu oldalon.

Miért fontos ma Európában az egészségi esélyegyenlőség?

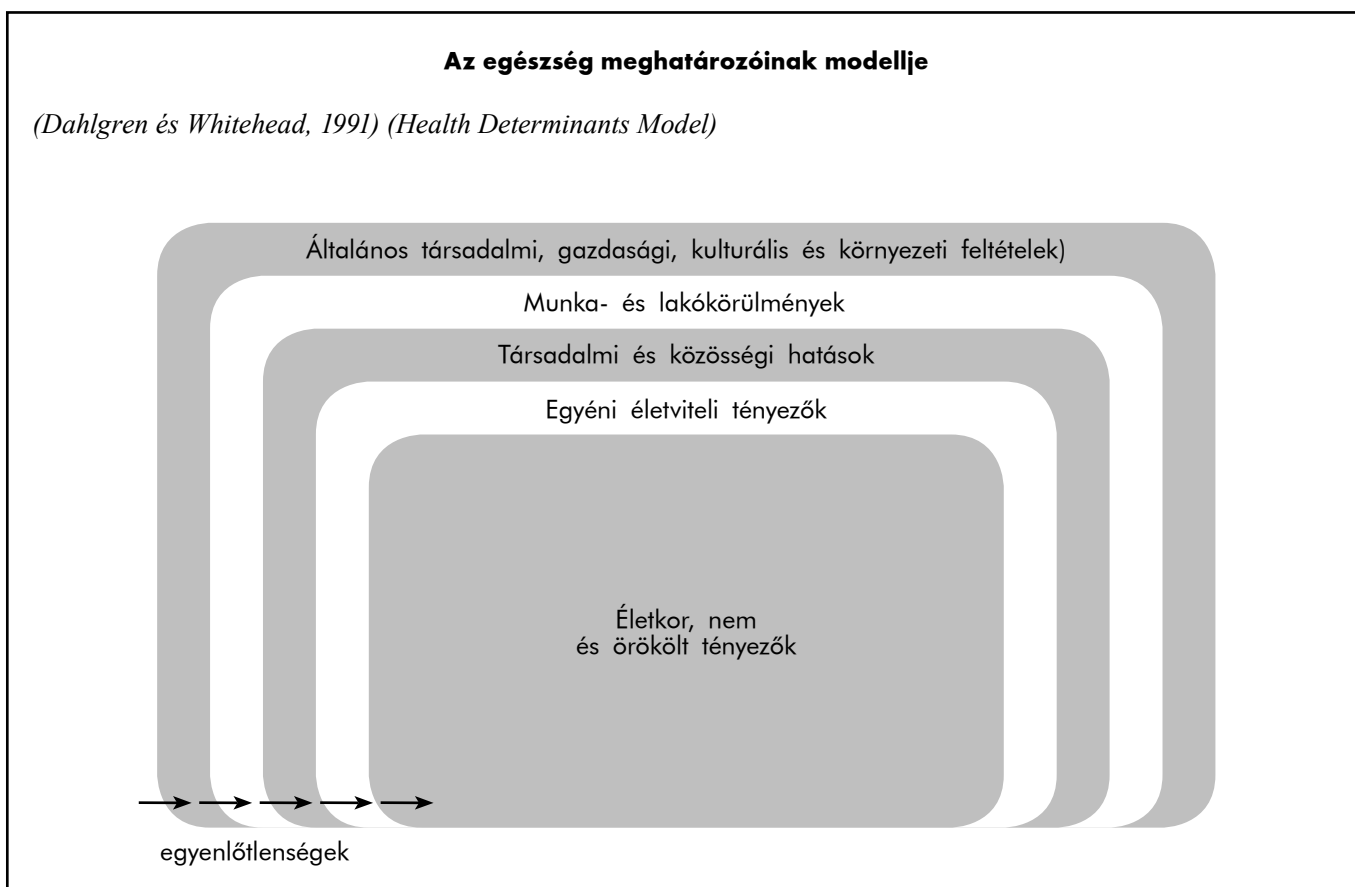
Míg az európai emberek egészségi állapota összességében javul, a jobb társadalmi-gazdasági helyzetű csoportok tagjainak egészsége gyorsabb ütemben fejlődik, szélesítve ezzel az egészségi szakadékot.

Belgiumban például leghátrányosabb helyzetű férfiak öt évvel korábban halnak meg, mint a jobb társadalmi-gazdasági státuszúak. Az alacsony iskolázottsággal rendelkező belgák 18–25 évet szintén rosszabb egészségi körülmények között élnek le, mint magasabb iskolai végzettségű társaik.² Hasonló statisztikával találkozhatunk minden, adatokkal rendelkező EU-tagállam esetében.³

Nem csupán a legszegényebbeket érinti az optimálisnál kedvezőtlenebb egészségi állapot, a lépcsőzetesség és a kockázat az egész lakosság körében fennáll. Más szóval szisztematikus korreláció áll fenn a társadalmi státusz és az egészség között. Nem csupán a kevésbé jómódúakat, hanem minden egyént érint ez a lépcsőzetes összefüggés.

Fontos, hogy az egészség elérhetőségének egyenlőtlensége, valamint az azt kiváltó társadalmi hátrányok különböző dimenziói nem eleve elrendeltek. A különböző egészségi körülményekhez kapcsolható halálozási és megbetegedési arányok változatossága EU-szerte a politikai, stratégiai döntések különbözőségét tükrözi.⁴ Ez az, ami az egészségkárosodást elkerülhetővé, méltánytalanná és igazságtalanná teszi.

Az egészség és az egyenlőség nem csupán önmagukban jelentenek fontos értéket. Jól felfogható gazdasági érdeket is képviselnek. Azok az intézkedések, amelyek az egészséget mindenki számára egyenlő mértékben, igazságosabban teszik elérhetővé, arra ösztönzik az embereket, hogy elérjék a számukra aktuális potenciált, ezáltal optimalizálva a gazdasági termelékenységet. Ugyanígy csökkentik az elkerülhető halálozást és az ápolási költségeket, valamint a tár-



sadalom minden tagja számára életminőség javulást tesznek lehetővé.

A méltányosság biztosítása az egészség terén elengedhetetlen, ha az európai társadalmak továbbra is fenn akarnak tartani olyan értékeket, mint az egyenlő esélyek, a társadalmi igazságosság és a szolidaritás, amelyeket sikeres EU-egyezmények rögzítenek.

Az EU-s törekvések szempontjából szintén alapvető fontosságú a társadalmi kohézió erősítése, a fenntartható fejlődés biztosítása, valamint a demográfiai változások előrejelzése.⁵

Mit is tehetünk?

Az egészség terén tapasztalható esélyegyenlőtlenség, valamint az egészség-szakadék az emberek általános társadalmi gazdasági helyzetének különbözőségeiből adódik. Ezeket a körülményeket nevezzük az egészség társadalmi-gazdasági meghatározóinak.

A WHO-nak az Egészség Társadalmi Meghatározóival foglalkozó Globális Bizottsága (*WHO Global Commission on SDH*) kifejlesztett egy másik modellt, amely azt ábrázolja, hogyan vezetnek a különböző társadalmi tényezők egészségbeli egyenlőtlenségekhez. Mindkét modell azt tükrözi, hogy minden ágazatnak alapvető felelőssége van a lakosság egészségi állapotában.

A modellek azt is illusztrálják, hogy az egészségügyi szektor önmagában nem tud egyenlő esélyeket biztosítani

mindenki számára az egészség terén. Ez elkötelezettséget és számos szereplő szoros szövetségét feltételezi.

Alapvető fontosságú, hogy az egyenlőség javítását, valamint az egészség társadalmi meghatározói kockázati görbéjének kiegyenlítését oly módon végezzük, hogy annak hatásai viszonylag kedvezőbben érintsék az alacsony társadalmi-gazdasági státuszú csoportokat. Számtalan olyan intézkedés és stratégia létezik, amely pozitív hatást gyakorol az átlagnépesség egészségére. Ezek a lépések azonban nem feltétlenül a hátrányosabb társadalmi-gazdasági helyzetben lévőket érik el, így akár növelhetik is a társadalmi különbségeket. Például a dohányzás előfordulásának általános csökkenésével társított stratégiák nem voltak képesek csökkenteni a társadalmi-gazdasági tényezők szerinti különbséget a dohányzás terén.⁶ A beavatkozásoknak ezért mindenképpen igazodniuk kell az érintett csoportok szükségleteihez.

Milyen lépéseket tesznek az EU tagállamok az Egészségi Egyenlőtlenségek Társadalmi Meghatározói (EETM) irányába?

Az alábbiakban áttekintést nyújtunk a DETERMINE 5. munkacsomagjának az EETM-mel kapcsolatos eredményeiről. Ebben a munkacsomagban 16 konzorciumi tag vett részt. A következtetésekről és további információkról a <http://www.health-inequalities.eu> portál 'National Level Policies' szekciójában olvashatnak.

A DETERMINE Konzorcium tizenhat tagja egy kérdőívet töltött ki, amely az adott országnak vagy régióknak az egészségi egyenlőtlenségek társadalmi meghatározóival (EETM) kapcsolatos lépéseit mérte fel. Bár a felmérés eredményei nem nyújtanak átfogó képet az európai helyzetről, rálátást biztosítanak az EU-tagországokban jelenleg alkalmazott lépésekre.

A kutatás kimutatta, hogy az EETM még nem mindennaposan használt fogalom kormányzati körökben. Sőt, más kifejezéseket használnak olyan munkák során, amelyek közvetlenül az EETM irányába mutatnak, mint például: társadalmi összetartozás, az egészségi egyenlőtlenségek kezelése, a szegénység elleni küzdelem, „az egészséget minden szakpolitikában” szemlélet és az egészség társadalmi meghatározói. A társadalmi összetartozásra, szegénységre irányuló kormányzati stratégiák teret adnak olyan irányelveknek, mint a méltányosság, az egyenlőség és a társadalmi igazságosság.

Míg a norvég stratégia címe – „Társadalmi Egyenlőtlenségek az Egészség Terén” – határozottan kiemeli az egészséget, mindeközben a különböző minisztériumokat összekötő közös cél, az egyenlőtlenség felszámolása középpontban marad. Ily módon nőtt az érdeklődés, hogy a különböző területeken megjelenő egyenlőtlenségek okainak okai irányában tegyenek lépéseket.

Tárcaközi megközelítések

Attól függetlenül, hogy a stratégiai célkitűzések érintik-e az egészségi esélyegyenlőséget, tárcaközi stratégia szükséges ahhoz, hogy a közös célok (szegénység felszámolása, társadalmi összetartozás, fenntartható fejlődés, stb.) eléréséhez minden szakpolitika hozzájáruljon. Az egészségügyi szektornak aktív és kezdeményező szerepet kell játszania ahhoz, hogy minden szereplő számára előnyös legyen az együttműködés. Jelenleg az Egyesült Királyság és egyes skandináv országok nyújtanak példát hasonló széleskörű megközelítésre.

Az Egészségügyi Minisztériumok által kezdeményezett tárcaközi megközelítések

A legtöbb EU-tagállamban az Egészségügy Minisztérium játszik vezető szerepet az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek kezelésében. A legtöbb EU-tagállam egészségügyi stratégiája külön kitér az egészségi egyenlőtlenségek csökkentésére, felismerve, hogy ehhez az egészség meghatározóin át vezető megközelítés szükséges. Néhány országban ez ígéretes ágazatközi programokat eredményezett az egészségi egyenlőtlenségek kezelésére.

Angliában az „Egészségi Egyenlőtlenségek Felszámolásának Cselekvési Programja” olyan nemzeti kormányközi tervezetet tartalmaz, amelynek megvalósításában 12 kormányzati részleg működik együtt. A „Nemzeti Stratégia az Egészségi Egyenlőtlenségek Felszámolására” végrehajtása Hollandiában már folyamatban van, míg Észtországban most készítik elő a 2008–2015-re szóló Lakossági Egészség

Tervet. Svédország Népegészségügyi Programját az egészség társadalmi meghatározóinak javítására alapozta, a tárgykörre specifikusan jellemző célok megjelölésével.

Más szakpolitikai területeken követett stratégiák

Más szakpolitikai területeken stratégiák hosszú sora járul hozzá a társadalom méltányosabb egészségi körülményeihez akár közvetlen, akár közvetett módon.

- **Oktatás:** az „Egyenlő Esélyek Biztosítása az Iskolákban” az oktatásba történő bevonást segítő cselekvési terv Írországból.

- **Foglalkoztatás és társadalmi jólét:** Szlovéniában intézkedéseket hoztak a hátrányos helyzetű csoportok munkaerőpiaci részvételének elősegítésére.

- **Gazdaság:** Skóciában a „Gazdasági Stratégia (2007)” olyan, a fenntartható gazdasági fejlődést szolgáló prioritásokat helyez előtérbe, amelyek az egészségre és a jólétre is hatással vannak.

- **Környezet:** A „Walesi Környezeti Stratégia (2006)” kifejezett utalást tesz a környezet gazdasági és társadalmi jólétre és egészségre gyakorolt hatásáról.

- **Kistérségi megközelítés:** Hollandiában a „példaértékű kistérségek” egy olyan kezdeményezés, amely során 40 hátrányos helyzetű környéken próbálja visszaszorítani a nélkülözést az Egészségügyi Minisztériummal együttműködésben a Lakhatási Területrendezési és Környezeti Minisztérium, valamint a Lakhatási, Közösségi és Integrációs Főigazgatóság.

- **Lakhatás:** Észtországban a „Lakhatási Fejlesztési Terv” kidolgozása során a Gazdasági Minisztérium figyelembe vette a lakóhelyek egészségbefolyásoló hatásáról rendelkezésre álló tudást.

- **Turizmus:** A flamand turisztikai miniszter által kidolgozott stratégia, a gazdaságilag hátrányos helyzetben lévő csoportok számára teszi lehetővé a nyaralást, ami javítja az érintettek mentális és fizikai állapotát, és egyben stresszoldó hatású is.

A fenti és más kezdeményezésekről további információt a DETERMINE portál (www.health-inequalities.eu) nemzeti szakpolitikákat ismertető szekciójában (*National Level Policy*) talál az egyes országokhoz kapcsolódóan.

Az egészségi esélyegyenlőséget segítő folyamatok és eszközök

A DETERMINE Konzorcium 5. munkacsomagban résztvevő tagjai számos olyan módszert és eszközt azonosítottak, melyeket országaikban az egészségi egyenlőtlenségek társadalmi-gazdasági meghatározóinak kezelésére alkalmaznak. A legfontosabbak közt említhetők:

Információfelhasználás

Számos ország rámutatott az egészségi állapot és a gazdasági-társadalmi helyzet közötti összefüggés kimutatásának szükségességére, annak érdekében, hogy a politikusokat cselekvésre bírassák. A finn „TEROKA” projekt egy

széleskörű, az egész kormányzatra kiterjedő stratégiát eredményezett e téren. Belgiumban minden második évben megjelenik az „Általános Szegénységi Jelentés”, ami a hátrányos helyzetű csoportokkal folytatott konzultációkon alapszik.

A formális és informális konzultációs folyamatok különösen fontosak, ilyenek a minisztériumok közti stratégiai kutatások a holland Egészségügy Minisztérium szervezésében, vagy az Egyesült Királyságban felállított Kormányzati Bizottság az Egészségi Egyenlőtlenségekről.

Források

A források elengedhetetlenek az olyan testületek támogatására, melyek e területen aktívak, mint például az Egészségi Egyenlőtlenségek Forrás Egysége a Norvég Egészségügyi és Szociális Igazgatóságban, vagy az Egészségi Egyenlőtlenségek Egység ami az angol Egészségügyi Minisztérium Politikai Stratégiai Igazgatóságán belül kap helyet. A Finn Nyerőgép Társulás (*Finland's Slot Machine Association*) országszerte kizárólagos joggal rendelkezik nyerőgépek és kaszinók üzemeltetésére. Minden nyereséget egészségi és társadalmi szervezetek támogatására használnak fel, a szolidaritás jegyében. A támogatást olyan kezdeményezések számára is folyósítják, melyek hozzájárulhatnak az egészségi egyenlőtlenségek csökkentéséhez.

Hatásvizsgálat

Számos országban végeznek egészséghatás vizsgálatokat. Ez igen ritkán törvényi követelmény, így a vizsgálatokat nem szisztematikusan folytatják. A kormány által támogatott walesi Egészség Hatásvizsgálat Csoport például központi walesi kormányzati és helyi önkormányzati intézkedések soráról közölt egészséghatás vizsgálatokat.

Az olyan hatásvizsgálatok, melyek nem feltétlenül az egészségre fókuszálnak, de tartalmazzák az egészséghöz köthető elemeket, szintén javíthatják az egészségi esélyegyenlőséget. Az egyenlőségi hatásvizsgálat törvényileg előírt például Észak-Írországból, ebből kifolyólag azt szisztematikusan végzik. A stratégiai környezeti vizsgálat, ami Skóciában és másutt is törvényileg előírt, valamint egy EU-irányelvben is megfogalmazásra került, szintén számol az egészségi következményekkel, habár közvetlenül nem foglalkozik az egészségi esélyegyenlőséggel. Ennek a pótlása egy fontos lépés lenne a jövőben.

Létezik EU-szintű cselekvés?

Az EU stratégiákról további esettanulmányokat a DETERMINE portál (www.health-inequalities.eu) EU-szakpolitika (*EU policy*) szekciójában olvashatnak.

EU Egészségstratégia

Az EU-s Egészség Stratégia „Együtt az egészségért: EU Stratégiai megközelítés 2008–2013” olyan stratégiai keret, amely átfogóan kezeli az egészség főbb kérdéseit, valamint az egészséget minden szakpolitikában szemléletet és a glo-

bális egészség területét. A Stratégia leszögezi, hogy egy erős közösségi egészségpolitika működtetéséhez elengedhetetlen az egyes szektorok közti kapcsolatok kiépítése. Számos ágazat együttműködése szükséges a Stratégiában kitűzött célok eléréséhez.

A második EU Egészségügyi Program (2008–2013) nagyobb hangsúlyt fektet az egészségi egyenlőtlenségekre, valamint az egészség társadalmi meghatározóira, mint elődei. A Program alapján a tevékenységek központjába az egészség meghatározói közül az életvitel, valamint a társadalmi és környezeti meghatározók kerülnek. Hangsúlyt kap még az egészség indikátorainak fejlesztése, valamint az egészség indikátorok és a gazdasági-társadalmi indikátorok közti összefüggés.

Egyéb EU-s szakpolitikai területek

Miközben a DG SANCO Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Igazgatóságának tevékenysége az egészségi egyenlőtlenségek társadalmi meghatározóit célozza, a valódi EU-szinten kezdeményezett változások a többi politikai területen megvalósult lépéseken keresztül következnek be. Számos területen kiváló lehetőség van fejlődésre. Egyes területeken már meg is történtek a kezdeti lépések:

A Lisszaboni Stratégia

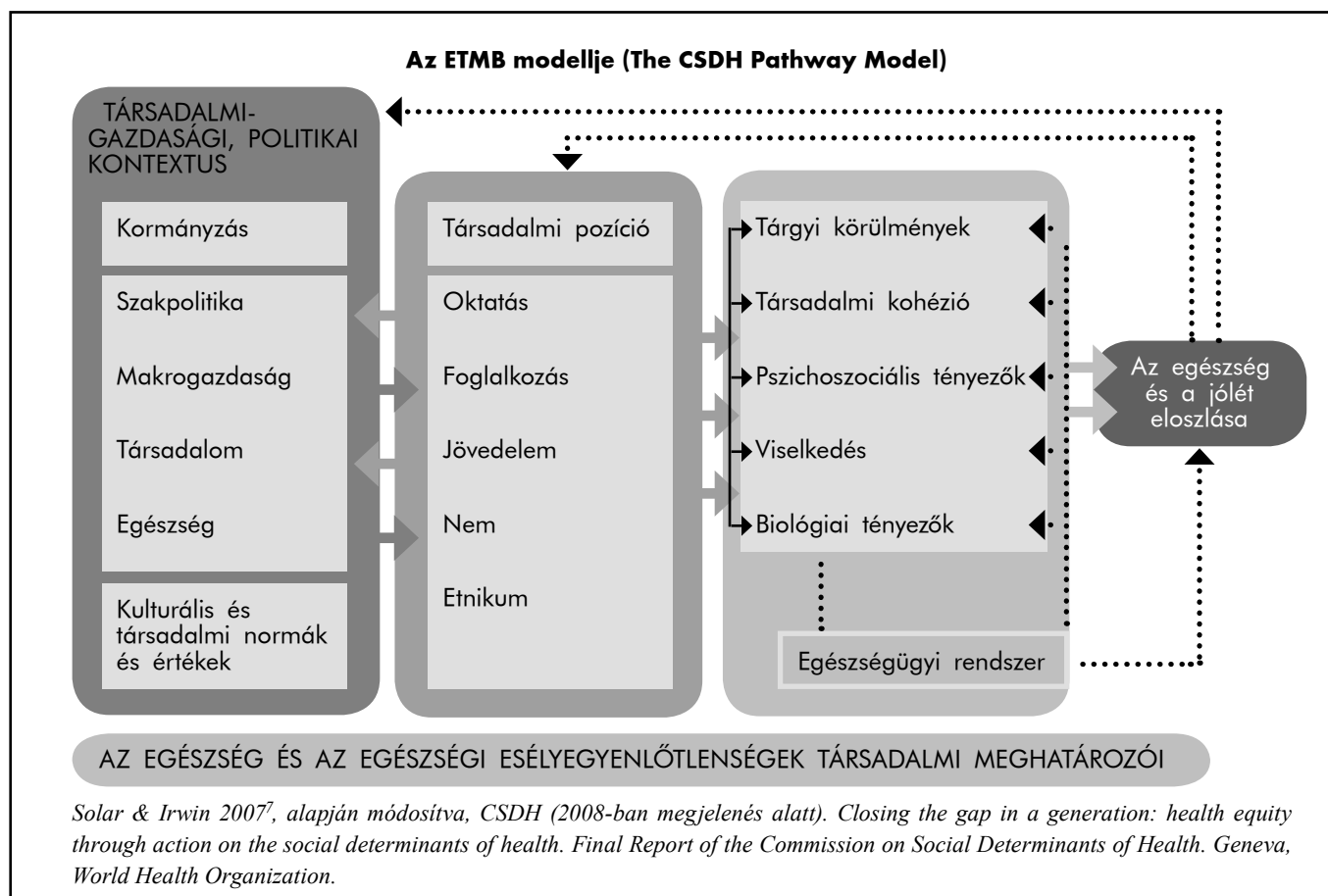
A Lisszaboni Stratégia (2000–2010) az EU átfogó stratégiai irányvonalait tartalmazza. Célul a gazdasági növekedés elősegítését és a foglalkoztatás bővülését tűzi ki a magas szintű szociális védelem megtartása mellett. A Stratégián belül fontos előrelépést jelent, hogy az egészségesen leélt évek számát bevették a sikeresség 50 fő strukturális indikátora közé. Emellett azonban a fő célpont a gazdasági versenyképesség maradt.

Szociális védelem:

Az EU Nyitott Koordinációs Mechanizmusának (*Open Method of Coordination, OMC*) folyamata a szociális védelem terén (társadalmi összetartozás, nyugdíjrendszerek, egészségügy és tartós ápolás-gondozás) az országokat célkitűzések kijelölésére, és integrált stratégiai célok kialakítására ösztönzi. Az OMC fontos mechanizmus lehet az egészségügyi és más szektorok közti együttműködés kezdeményezésére, megerősítésére az EU tagállamaiban.

Költségvetési áttekintés:

A kérdés: hogyan lehetne a költségvetést úgy átalakítani, hogy az az EU prioritásoknak és a jövő kihívásainak is megfeleljen? Társadalmi párbeszéd és az EU költségvetésének áttekintése is folyamatban van annak érdekében, hogy ezt a kérdést megválaszolhassák. Jelenleg az EU költségvetésének kevesebb, mint 1%-át költik egészséggel kapcsolatos célokra és ahhoz szorosan kapcsolódó kiadásokra, annak ellenére, hogy több közvélemény-kutatás is kimutatta: az egészség az egyik legfontosabb szempont az EU állampolgárai számára.



Strukturális Támogatás:

Az EU költségvetésének körülbelül 36%-a jut strukturális támogatási programokra, amelyek célja az EU-régiók közötti nagyobb fokú egyenlőség elősegítése. Az egészség első esetben került bele kifejezett támogatási területként az új Strukturális Alap Stratégiába (2007–2013). Ez azt jelenti, hogy az Európai Regionális Fejlesztési Alapokat fel lehet használni „*olyan egészségügyi intézkedésekre, amelyek hozzájárulnak a regionális fejlődéshez és a régiók életminőségének javításához*”.

Közös Mezőgazdaság Politika:

A Közös Mezőgazdaság Politika, ami az EU-támogatások több mint 40%-ával rendelkezik, eredetileg az európai élelmiszertermelés megfelelő mértékét hivatott biztosítani. Míg a Közös Mezőgazdaság Politika meghatározza az Európában termelt – ezáltal fogyasztott – élelmiszereket, az egészségügyi hatásokat igen ritkán veszik számításba, nem vonják be a stratégiai reform folyamatokba. A Közös Mezőgazdaság Politika egészségre gyakorolt hatásainak fontosságát kezdik felismerni, így az a potenciális fejlődés egy fontos területe lehet.

Más kezdeményezések, mint a pl. a Belső Piac, Vállalkozás, Oktatás vagy Környezet Igazgatóság kezdeményezései, szintén fontos hatással lehetnek az egészségi egyenlőtlenségek meghatározóira.⁸

Milyen innovatív gyakorlatok léteznek?

A következőkben a DETERMINE 6. munkacsomagjának az innovatív gyakorlatok terén folytatott munkájáról olvashatnak áttekintést. A munkacsomagban kilenc DETERMINE Konzorciumi tag vett részt.

A teljes jelentés és az összes jó gyakorlatról szóló információ elérhető a DETERMINE portálon (<http://www.healthinequalities.eu>).

Míg a jelentés előző részei az egészségi egyenlőtlenségek gazdasági-társadalmi meghatározóira irányuló szakpolitikákról és szakpolitikai eszközökről szóltak, a jobb egészségi állapot érdekében speciális lépésekre van szükség a hátrányos helyzetű csoportok életének javítására, valamint az egészséghez vezető magatartás ösztönzésére.

A társadalmi célú marketing (*Social Marketing*), illetve a köz- és magánszféra együttműködése (*Public/Private Partnerships* – amit magyarul is leggyakrabban PPP-nek nevezünk) – olyan innovatív gyakorlatok, amelyeket az elmúlt évek során egyre sikeresebben használnak erre a célra.

A köz- és magánszféra együttműködése (Public/Private Partnerships – PPP)

A PPP a köz- és magánszféra közti együttműködése, ami a kitűzött közös cél elérésének érdekében kiterjed az együttes kockázatvállalásra, felelősségre, forrásokra, kompetenciákra

és haszonra. A PPP-ket az határozza meg, hogy a döntéshozás kifejezetten egy közös folyamat eredményeként jön létre.

A közzféra hasznosíthatja a magánszféra forrásait, szakértelmét, tudását, gyakorlatát és pénzügyi kapacitását. A magánszféra pedig hasznosítani tudja a közértékekhez kapcsolódó legitimitást, megerősítve ezzel az adott márkánév, cég integritását. Egyértelműen adódnak a PPP-khez kapcsolódóan etikai kérdések, miután minden vállalat jogi kötelessége a részvényesek irányában a profit maximalizálása. Így külön figyelmet kell arra fordítani, hogy a vállalat céljai egybeessenek a közzférával, és ne legyenek ellentétben semmilyen létező vagy tervezett törvénnyel.

Esettanulmányok – a köz- és magánszféra együttműködése a kapcsolódó területeken:

Jobfit Regional (Németország) – Együttműködés egy egészségbiztosítási vállalat (BV BKK) és az Észak-Rajna-Vesztfáliai Munkaügyi Minisztérium Egészségügyi és Szociális főosztálya között, a munkanélküliek egészségi állapotának javítása céljából.

Gift of Life (Észtország) – figyelemfelkeltő jótékonsági kampány az AIDS terjedéséről várandós nők körében. A kampány során a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet dolgozott együttműködésben a Hansapankkal, Észtország egyik legnagyobb bankjával.

Tour de Disadvantaged (Dánia) – kerékpárverseny kábítószertfüggőknek, volt drogfüggőknek és más hátrányos helyzetű, menhelyeken élő személyeknek Dániában. A rendezvény a Menhelyek Nemzeti Szövetsége, a Dán Kerékpár Szövetség és a Dán Nemzeti Olimpiai Bizottság és Sport Szövetség közös szervezésében jött létre.

Társadalmi célú marketing

A társadalmi célú marketing olyan megközelítés, ami a marketing technikáinak felhasználásával próbál magatartásváltozást kezdeményezni, olyan elvek alkalmazásával, mint a célközönség szükségleteinek feltérképezése, illetve a számukra megfelelő javak és szolgáltatások előállítása. Így a beavatkozások tervezése során a hangsúly inkább a célközönség megértésére, és a velük való együttműködésre helyeződik, mint a fentről irányított megközelítések alkalmazására.

A társadalmi célú marketinget egyaránt lehet alkalmazni az egyének, szakemberek, szervezetek és döntéshozók magatartásformáinak megváltoztatására.⁹

Esettanulmányok – társadalmi célú marketing:

Seize the Opportunity (Dánia) – a projekt célja a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentése a hátrányos helyzetű csoportok körében, a diétával, mozgással, dohányzással és alkoholfogyasztással kapcsolatos célzott beavatkozásokon keresztül.

Méhnyakrák szűrőprogram (Magyarország) – a projekt a hátrányos helyzetű csoportok rákszűrésben való részvételé-

nek növelése céljával indult – a kezdeményezés a célcsoport életének és magatartásának alapos megértésén alapult.

Egyéb innovatív gyakorlatok

A 6. munkacsoportban résztvevő DETERMINE-tagok több más, általuk innovatívnak tartott projektet választottak ki. Míg e projektek céljaikban, méretükben nagy változatosságot mutattak, irányelveik sokszor azonosak voltak. Sok beavatkozás a célcsoport különböző módokon történő meghallgatásán, és megértésén és az így nyert tapasztalatok felhasználásán alapult. A képessé tevés és a célcsoportok bevonása gyakran használt és sikeresnek ítélt megközelítési módok.

A jelentések alapján megfigyelhető, hogy majdnem mindegyik innovatív projekt alkalmazta a partnerség, vagy a szektorok közti együttműködés valamilyen módját; ami tükrözi, hogy a magatartást célzó intézkedések során fontos a különböző területek képviselőinek összefogása.

Képessé tétel:

Akkuna (Finnország) – a projekt segíti a munkanélküli embereket, hogy egymással kapcsolatba léphessenek és támogatást nyújthassanak egymás számára, az önmege erősítés céljával. A projekt a közösségi életben való részvételre biztatja a családokat, hogy „értékelhessék az ablakaik mögött feltáru-
ló világot”.

Részvételi Technikák:

Manuel Merino (Spanyolország) – ez a projekt a fiatalok körében próbálja népszerűsíteni az egészséges életmódot, úgy, hogy bevonja őket a kampányanyagok elkészítésébe, teret hagyva nekik az önkifejezésre.

Közösségi Megközelítések:

Roma Közösségfejlesztési Program (Magyarország) – ez a közösségfejlesztési projekt az egyéni készségek és a közösségi összetartás fejlesztésére irányul, a résztvevőkön túl az érintett szervezetek kiterjedt hálózatának bevonásával.

Melyek következő lépéseink?

Az első évi munkára építve, a DETERMINE Konzorcium következő tevékenységei:

- Annak kutatása, hogyan lehet bevonni a fontosabb ágazatokat az egészségi esélyegyenlőség előmozdítását szolgáló törekvésekbe, a más szektorok kulcsszereplőivel való együttműködés révén.
- Szakpolitika-támogató és kapacitásépítő intézkedések kidolgozása.
- A különböző szakpolitikai területeken átívelő, az egészség társadalmi gazdasági meghatározóit célzó intézkedések költséghatékonyságáról és költség-nyereség viszonyairól szerzett ismeretek bővítése.
- Innovatív modellkísérletek.
- Munkánk szigorú értékelése a jó gyakorlatok ösztönzése és európai elterjesztése céljából.

Kik vagyunk?

A Determine projekt fő- és együttműködő partnerei:

- Austria:* Austrian Health Promotion Foundation
Belgium (Flanders): VIG – Flemish Institute for Health Promotion (FIHP)
Czech Republic: National Institute of Public Health (NIPH)
Denmark: National Institute of Public Health (NIPH), University of Southern Denmark
England: Brighton University/International Health, Development Research Centre, University of Brighton (IHDRC)
England: Department of Health.
England: European Centre on Health of Societies in Transition, London School of Hygiene and Tropical Medicine
England: National Heart Forum
England: National Social Marketing Centre
England: Sefton Primary Care Trust/North West Health Brussels Office
England: University of Bath, School for Health
Estonia: National Institute for Health Development (NIHD)
Finland: Finnish Centre for Health Promotion
Finland: National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES)
Finland: National Public Health Institute (KTL)
Finland: Institute of Occupational Health
France: Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES)
France: Ministry of Health
France: Ministry for Employment and Social Affairs
Germany: Federal Centre for Health Education (BzgA)
Germany: Federal Institute for Occupational Safety and Health
Hungary: National Institute for Health Development
Ireland: The Institute of Public Health in Ireland
Iceland: Public Health Institute of Iceland
Italy: Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria (CSESI)
Italy: Regione del Veneto – Health and Social Affairs Department
Latvia: State Public Health Agency
Lithuania: Hygiene Institute
Malta: Ministry of Health
Norway: The Research Centre for Health Promotion (HEMIL)
Netherlands: Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ)
Netherlands: National Institute for Public Health and the Environment (RIVM)
Poland: National Institute of Public Health – National Institute of Hygiene
Romania: Institute of Public Health Iasi
Scotland: NHS Health Scotland
Slovenia: National Institute of Public Health of the Republic of Slovenia
Slovenia: Regional Public Health Institute Maribor
Slovakia: Regional Public Health Office in Trnava and Trnava University

- Slovenia:* University of Primorska – Institute for Health
Spain: Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo
Spain: Universidad de la Laguna
Sweden: Swedish National Institute of Public Health (SNIPH)
Switzerland: Health Promotion Switzerland
Wales: Wales Centre for Health

- EuroHealthNet*
European Federation of National Organisations Working with the Homeless (FEANTSA)
European Health Management Association (EHMA)
European Heart Network (EHN)
European Public Health Alliance (EPHA)
European Social Platform
International Union for Health Promotion and Education (IUHPE)
Mental Health Europe (MHE)
Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD)
Royal College of Physicians UK
WHO Commission on Social Determinants of Health
Department of Epidemiology and Public Health, University College London
WHO Department of Health Systems Financing (Geneva)
WHO Regional Office for Investment for Health and Development

Fordította: Makara Eszter

Jegyzetek

1. A célok és az egyes munkacsomagok részletes leírásért látogasson el a www.health-inequalities.eu oldalra.
2. King Boudewijn Foundation; working group Memorandum to the Belgian Government with Recommendations on Health Inequalities, August 2007
3. *Eurothine. Tackling Health Inequalities in Europe, Final Report. August 2007.* <http://survey.erasmusmc.nl/eurothine/index.php?id=112,0,0,1,0,0>
4. Prof. M. McKee: *Where is the Potential for Better Health in the EU? Presentation at Finnish EU Presidency Expert Conference on HiAP in September 2006.* <http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/subjt/inter/eu2006/hiap/plenary.htx>
5. *Article 2 of the EU Lisbon Treaty.* http://europa.eu/lisbon_treaty/full_text/index_en.htm
6. www.sdhi.ac.uk/Past_Events/Powerpoints/Graham.ppt
7. Solar O.–Irwin A.: *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health.* Geneva, World Health Organization, 2007
8. Lásd: <http://europa.eu>
9. M. Stead–R. Gordon–K. Angus–L. McDermott: *A systematic review of social marketing effectiveness.* University of Stirling, Stirling, UK, www.emeraldinsight.com/0965-4283.htm, July 2006, P.G. 182

A Nagyranövök Mozgalom

Köteles Gábor

Országos Egészségfejlesztési Intézet

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet még aktívabban folytatja a két évvel ezelőtt indított *Nagyranövök Mozgalmat*, amelynek idei legfontosabb célkitűzése a szülők, a gyermekorvosok és a védőnők tájékoztatása a gyermekek egészséges, kiegyensúlyozott táplálkozásával, rendszeres fizikai aktivitásával, lelki egészségével kapcsolatban.

A Nagyranövök Mozgalom internetes fóruma országos oktatóprogrammal, honlaptartalommal igyekszik minél szélesebb körben megfelelő információval, használható üzenetekkel ellátni a gyerekekkel foglalkozó szakembereket (gyermekorvosok, védőnők) mellett a szülőket is. A mozgalom táplálkozással, testedzéssel, testi-lelki fejlődéssel foglalkozó munkatársai készséggel válaszolnak a hozzájuk forduló kérdéseire, legyen az gyermek, szülő vagy szakember. Az oldalon számos, a kisiskoláskorú gyermek egészséges

fejlődésével kapcsolatos hazai és nemzetközi tanulmány, felmérések, valamint programajánlók, neveléssel, tanulás-sal kapcsolatos tanácsok, sőt egészséges receptek is olvashatóak. Válaszokat kapunk arra, hogy milyen alapvető élelmiszerekből álljon gyermek napi étrendje, s korcsoportonként mekkora a javasolt testedzés ideális mennyisége.

Az oldal tehát szól mindazokhoz, akik szívükön viselik gyermekeik egészséges testi és lelki fejlődését. Az internetes oldal mellett a Nagyranövök Mozgalom jóvoltából idén nyáron ötven hazai gyermekrendelő lett gazdagabb vadonatúj egészségfejlesztő játékkal, és a kiegyensúlyozott táplálkozás fontosságát hirdető, mindenki számára hozzáférhető oktatófüzet csomaggal.

Ha többet szeretne tudni gyermeke egészséges fejlődéséről, látogassa meg a www.nagyranovok.hu weboldalt!

Tisztelt Szerzőink!

Kérjük, hogy az *Egészségfejlesztés* beszánt írásait, az ábrákkal és a képekkel együtt, e-mailben (csatolt file-ként) vagy lemezen/ CD-n – ez esetben a nyomtatott változatot és az eredeti képe(ke)t mellékelve –, levélben küldjék el a szerkesztőség címére.

A szerkesztőség címe és telefonszáma megváltozott: 1097 Budapest, Nagyvárad tér 2.

Levelezési cím: 1395 Budapest, Pf. 433.

Telefon: (1) 428-8272. Fax: (1) 428-8273.

E-mail: haromszeki.zsuzsanna@t-online.hu. Honlap: www.oefi.hu.

A kézirat formája

A cím alatt szerepel a szerző(k) neve, munkahelye, telefonszáma és e-mail címe. Egy lapoldalt meghaladó terjedelmű (ötezer karakternél hosszabb) cikk, tanulmány, elemzés esetén célszerű alcímekkel tagolni az anyagot. Az írást kérjük rövid magyar és angol nyelvű összefoglalóval (az angolra lefordított címmel együtt), valamint irodalomjegyzékkel zárni. Ötezer karakternél rövidebb írás, könyvismertetés és lapszemle esetén nem alkalmazunk alcímeket és összefoglaló sem szükséges. Az ábrák elkészítésénél vegyék figyelembe, hogy azok fekete-fehérben fognak megjelenni.

Fáradozásukat köszöni és eredményes munkát kíván

a Szerkesztőbizottság

190 éve született a világhírű orvos-tudós

Kitüntetések és elismerések a Győr-Szigeti Gyermekorvosi rendelőben – Semmelweis Ignác Fülöpre emlékeztek születése évfordulóján

Dr. Schmidt Péter

1818. július 1-jén született Semmelweis Ignác Fülöp orvos-tudós, akit a világ 10 legkiválóbb orvosaként tartanak számon. A Győr-Szigetiek Baráti Köre elnöke, *Dr. Schmidt Péter* – a városvezetés együttműködő segítségével – 8 évvel ezelőtt márvány emléktáblát állított a Győr-Szigeti Gyermekorvosi Rendelő falán.

A hagyomány – mint minden évben – 2008. június 30-án is folytatódott, amikor igen nagyszámú érdeklődő jelenlétében *Dr. Schmidt Péter* gyermekgyógyász főorvos, a településrész önkormányzati képviselője bevezetője után *Borkai Zsolt*, Győr város polgármestere köszöntötte a megjelenteket. Ünnepi beszédet *Dr. Szabó Pál* Batthyány-Strattmann László-díjas ny. baleseti sebész mondott. A főorvos nagyívű beszédében kitért Semmelweis alkotó munkásságára, sokáig el nem ismert világmegváltó felfedezésére, s hányatott sorsára, de kiemelte: az elmúlt másfél évszázad a világhírű orvos-tudóst igazolta. Ünnepi beszéde végén *Borkai Zsolt* Dr. Kovács Pál ezüst emlékérmét és oklevelet nyújtott át *Dr. Szabó Pál* főorvosnak, aki meghatódva mondott köszönetet a rangos városi elismerésért.

Ezt követően – a hagyományok jegyében – került sor az „Egészséges Nemzedékért Alapítvány – Semmelweis Díj” átadására, amelyet *dr. Feller Gábor*, a Petz Aladár Megyei Oktató Kórház pszichiáter osztályvezető főorvosa vehetett át *Dr. Schmidt Péter* alapítványi elnöktől. A kitüntetett életútját *Dr. Asztalos Tímea* olvasta fel, aki rezidensként több hónapot töltött *Dr. Schmidt Péter* mellett az oktató gyermekorvosi rendelőben.

Az ünnepség színfoltjaként *Borkai Zsolt* polgármester mind a kitüntetett, *Dr. Fellerné Tünde* asszony, mind pedig *Dr. Juhász Julianna*, a településrész felnőtt háziorvosa részére gyönyörű virágcsokrot adott át.

A megemlékezés kiemelkedő és példaértékű mozzanata volt a közös koszorúzás: a város nevében *Borkai Zsolt* és *Dr. Schmidt Péter*, az egészségügyi dolgozók nevében *Dr. Szabó Pál*, míg a civil szervezetek nevében *Kocsis Andor* és *Tullner Mátyás* koszorúzott. Az ünnepség méltán szolgálta Semmelweis Ignác Fülöp emlékét.

A wellness térnyerése Magyarországon

Laczkó Tamás¹, Zsigmond Edit², Dr. Lampek Kinga¹

¹Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségfejlesztési és Egészségszociológiai Tanszék;

²Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Zalaegerszegi Képzési Központ, Szaknyelvi Tanszéki Csoport

1. BEVEZETÉS

A modern társadalmakban az elmúlt évtizedekben egyre szélesebb körben fogalmazódott meg az egészséges életmód és a holisztikus értelemben vett testi-lelki egészség iránti igény, amely egy új összetett terület, a wellness kialakulását segítette elő (Horx, 2001). A wellness üzenete, illetve az ehhez kapcsolható életmód és életminőség iránti fogékonyság növekedése jelentős változásokat eredményezett számos társadalmi, egészségügyi és gazdasági területen. A világ fejlett országaiban egymás után alakultak olyan turisztikai, rekreációs és gyógyászati szolgáltatásokat nyújtó intézmények és vállalkozások, amelyek összekapcsolták a pihenés, a rekreáció, a sport, a szépségápolás, az egészséges életmód és a betegellátás különböző lehetőségeit, létrehozva ezzel a wellness gazdasági és turisztikai piacát. A gazdasági értelmezéseken és érdekeken túl egyre elfogadottabbá válik a wellness, mint az egészséges élethez és az egészségmegőrzéshez kapcsolódó életmód és életfelfogás, amely mára több országban növekvő fontossággal bír a prevenció területén (Illing, 2002).

A napjainkban tapasztalható „*wellness boom*”-nak a gazdasági tényezők mellett több olyan társadalmi és demográfiai trend jelentette az alapját, amely az egészségfejlesztés elmélete és gyakorlata számára is befolyásoló szereppel bírhat a jelenben és a jövőben egyaránt. Ezekhez tartozik a demográfiai átalakulás, az egészség- és szépségkultusz erősödése, a civilizációs betegségek egyre szélesebb körű elterjedése, a nők társadalmi szerepeinek megváltozása, a spiritualizálódás és az individualizáció erősödése (Friedl, 2007, Zsigmond, 2007).

Egyes gazdaság- és társadalomkutatók – főként az említett trendek feltételezett jövőbeli dinamikájára hivatkozva – a wellness további térnyerését prognosztizálják (Horx, 2001). Egy ilyen jövőkép esetén természetesen merül fel a kérdés, vajon a wellness milyen értelmezése válik meghatározóvá a jövőben? Milyen jellemző felfogások és attitűdök párosulnak jelenleg a wellnesshez? Mennyiben válik, válhat a wellness a társadalom széles körében jelenlévő, egészségmegőrzéshez kapcsolódó életmóddá vagy inkább egy jól eladható, divatban lévő hívószó lesz – a gazdasági érdekek fogságában?

A feltett kérdések értelmezéséhez fontosnak és elengedhetetlennek éreztük megvizsgálni a wellness mögött meghúzódó koncepciókat és beállítódásokat, azok időbeli változását és térbeli különbségeit. Jelen tanulmány első részében nemzetközi áttekintést kívánunk adni a wellness-értelmezések alakulásáról, második részében pedig a Dél-Dunántúli Régióban végzett kutatás alapján elemezzük a hazai viszonyokat.

2. A WELLNESSKONCEPCIÓK VÁLTOZÁSA

A wellness szerepének növekedése következtében a társadalom egyre nagyobb részében vált ismertté és elfogadottá a kifejezés (Fóris, 2007), illetve kaptak egyre nagyobb jelentőséget és figyelmet a fogalomhoz kapcsolódó wellness-koncepciók, amelyek értelmezésében – számos közös vonás mellett – az európai és az észak-amerikai kontinens között jelentős különbségek láthatóak. A továbbiakban részletezett koncepciók történeti áttekintése segít bemutatni és értelmezni a wellness fejlődését, a felfogásokban tükröződő különbségeket, valamint az egészséges életmód és az egészségfejlesztés területén betöltött szerepét.

2.1. Wellness-koncepciók az Egyesült Államokban

2.1.1. Előzmények

Az első átfogó wellness-koncepciók az 1950-es években jelentek meg. Megalkotásukra és megfogalmazásukra jelentős hatással voltak azok a 19. századi vallási mozgalmak, amelyek a spiritualitás és az egészség kapcsolatát hangsúlyozták („*New Thought*”; „*Christian Science*”). E mozgalmak alapfeltevése volt, hogy az egészséges test az egészséges lélek és szellem terméke, így elsősorban gondolatainkkal és viselkedésünkkel hathatunk rá. Az egészség és a betegség az ember saját cselekedeteinek következménye, kulcsa tehát a pozitív gondolkodás és a viselkedés megváltoztatása. Egy másik korabeli vallási irányzat, az adventisták vallási kötelességnek tekintették az egészséges életstílust. Ezért kerültek a hús fogyasztását, az alkoholt, a kávé és

a dohányzást. Mindezen felül fizikai gyakorlatokat és sok friss levegőn való tartózkodást javasoltak. Ezeket az elveket alkalmazva vált *John Harvey Kellogg* (1842–1943) Battle Creek-i klinikája a századelő Amerikájának leghíresebb egészségügyi intézményévé, amelyet úgy reklámoztak, hogy ez az a hely, ahol az emberek megtanulják jól érezni magukat.

2.1.2. A tudatos wellness: Halbert Louis Dunn (1896–1975) munkássága

A wellnesskonceptiók megjelenésében fontos tényező volt az egészségről–betegségről történő újszerű gondolkodás és az egészség fogalmának megváltoztatására irányuló törekvések térnyerése. Az Egészségügyi Világszervezet által megfogalmazott új egészségdefiníció nagy hatással volt *Halbert Louis Dunn* amerikai orvos munkásságára, aki az 1950-es évek végén újra megalkotta a ma is ebben az alakban használt *wellness* szót a WHO 1948-as definíciójában megjelenő „*wellbeing*” és az 1950-es évek Amerikájában feltűnő „*fitness*” szavakból.

Dunn az általa megfogalmazott „*high level wellness*”-t úgy definiálta, mint „*a működés integrált módszerét, amely arra irányul, hogy maximalizálja azt az erőt (képeességet) amelyre az egyén képes. Ez azt igényli, hogy az egyén folyamatos egyensúlyi állapotot és céltudatos irányultságot tartson meg környezetével, amelyben működik*”. Az embert teljes lénynek látja, amely testből, lélekből és szellemből áll. A „*high level wellness*” harmóniát követel a három terület között, és felismeri, hogy mindegyik visszatükröződik a másikban. Visszautasította tehát azt a felfogást, hogy a testet, szellemet és lelket elszeparáltan kezelik, és a test az orvos, a szellem a pszichiáter, a lélek a vallás ügye. Szerinte az emberi egész így megosztani nem lehet, a tudomány lényege, hogy hidat kell képeznie az ember biológiai természetére és lelke között. A wellness szociális dimenziója különösen fontos volt *Dunn* számára. Egyik alap gondolata, következtetése az volt, hogy ha az egyén társadalmi környezetében megtalálható az alapvető élelmiszerek, a lakhatás vagy foglalkoztatás biztonságának a hiánya, akkor a pozitív egészség elérése sokkal bonyolultabb, mintha mindez nem jelent stresszforrást. Megfelelő kormányzati politika és szociális és kulturális intézmények sűrű védőhálójára szükség van az egyén megsegítéséhez, ahhoz, hogy elérje a „*high level wellness*”-t.

Dunn wellnessre vonatkozó elképzelései szerint:

- A wellness inkább egy folyamat, mint egy specifikusan rögzült állapot.
- A wellness az egészség holisztikus megközelítése, amely fizikai, mentális, társadalmi, kulturális és spirituális dimenziókból áll.
- A wellness a lehetőségekről szól, magában foglalva az egyén mozgásának elősegítését a jóllét legmagasabb foka felé, amelyre képes.
- Az önismeret és az ön-egység a kulcsa a magas szintű wellness irányába való fejlődésnek.

2.1.3. A wellnessmozgalom az 1970-es években

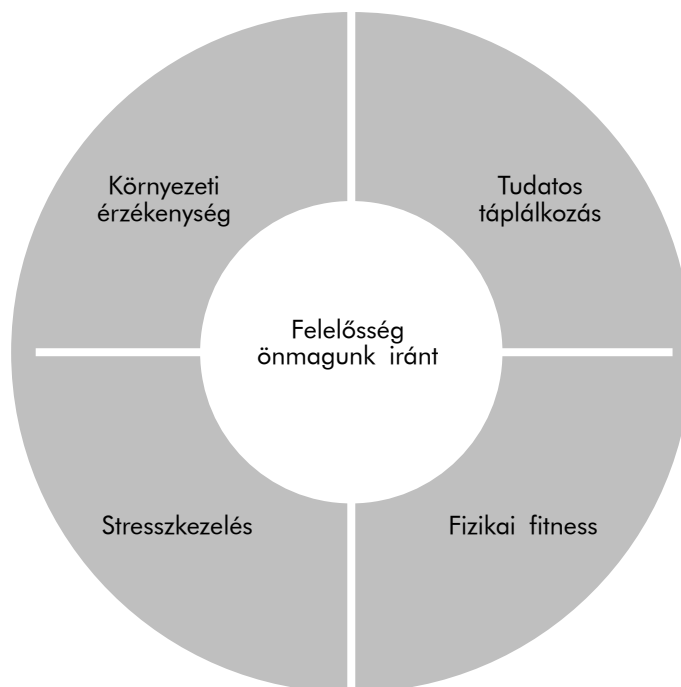
Dunn halálának éve (1975) egybeesik a világ első wellness-központja, a Mill Valley-i Wellness Pihenő Központ megalapításával Kaliforniában. A központ alapítója *John Travis* volt, aki 1972-ben kifejleszti „*Illness/Wellness Continuum*”-át, amelyen a kezelési és a wellness modell kapcsolatát ábrázolja. A kontinuum bal oldala a betegség különböző fokozatait mutatja, a jobb az egészségéét. A wellness nem statikus állapot. A *High Level Wellness* a következőket foglalja magában: gondoskodás fizikai állapotunkról, szellemünk konstruktív használata, érzelmeink kifejezése, kreativitás, fizikai, pszichés, spirituális környezetünkkel való törődés. A lényeg nem az, hol vagyunk éppen a kontinuumon belül, hanem melyik irányba megyünk: a korai halál vagy a magas szintű wellness irányába. *Dunn* művére alapozva *Travis* kifejlesztett egy 12 dimenziós úgynevezett Wellness-leltárt, az egyén wellness állapotának felmérésére. Az 1981-ben megjelent „*Wellness Index*” önértékelő kérdőív formájában méri ezeket a területeket. A kérdőívhez kapcsolódó „*Wellness Workbook*” pedig minden dimenziót külön fejezetben tárgyalva ad segítséget az optimális állapot eléréséhez. *Travis* legjellegzetesebb hozzájárulása a wellnesskonceptióhoz az egyéni felelősség sokkal nagyobb fokú hangsúlyozása volt. *Travis* számára minden egyén saját felelőssége a magas fokú wellness irányába való mozgás. Ez nem olyan fejlődés, amelyért az egyén orvosa felelősséget vállalhat. Ezért *Travis* Wellness Pihenő Központja arra koncentrált, hogy segítse a klienseket saját egészségük iránt felelősséget vállalni. *Travis* *Dunn* gondolatait egy konkrét 8 hónapos programmá „konvertálta át”. Ez magában foglalta a relaxációs stratégiák elsajátítását, önvizsgálatot, kommunikációs tréninget, kreativitás-tanácsadást, egészséges étkezést és a testi fittség elsajátítását. Az alap gondolat az volt, hogy az egyén jobban megismerje önmagát.

Az USA-ban „wellnessguruként” ismert *Donald Ardell* tette a wellness-t a szélesebb tömegek számára is elérhetővé és megfoghatóvá. Ellentétben *Dunn*-nal és *Travis*-szel, nem orvos volt, karrierjét szociológusként kezdte, majd 1977-ben megjelent első nagy sikerű könyve a wellnessről „*High Level Wellness; An Alternative to Doctors, Drugs and Disease*” címmel. Ezután további 16 könyvet írt, nagyon sikeres wellness-hírlevél sorozatot indított (*Ardell Wellness Report*), weboldalt (www.seekwellness.com) és wellness központot alapított. A wellness *Ardell* szerint olyan egészségi állapotot jelent, ahol a test, a szellem és a lélek harmóniában van. Ez az állapot betegen és fájdalmak közepette is lehetséges. Az egészség 5 dimenzióját definiálja (1. ábra), ahol valamennyinek alapvető jelentősége van a wellnessben. Az embernek valamennyi területen munkálkodnia kell, hogy integrált, harmonikus életmód alakuljon ki. Az 5 dimenzió egyformán fontos és fejlesztendő. Középpontban az egyén saját felelőssége áll. A wellness tehát annak az életformának a tudatos választása, hogy az ember magáról gondoskodik és a legmagasabb szintű egészségi állapotot élvezze,

1. ábra

Ardell wellnessmodellje

Forrás: Ardell, http://www.seekwellness.com/wellness/articles/wellness_models.htm



ami saját képességein belül elérhető. Lényeges különbség közte, valamint *Dunn* és *Travis* között a wellness spirituális aspektusának teljes elvetése.

Ardell modellje nagy hatást gyakorolt európai társaira, akiknek a wellnessről alkotott elképzeléseiben az amerikai minták közül elsősorban az ő gondolatai tükröződnek vissza.

A wellnesskonceptiók fokozódó népszerűsége jelentősen hozzájárult az amerikai egészségfejlesztés fejlődéséhez. Mindez a *wellness*, *egészség*, *egészségfejlesztés*, *prevenció* fogalmak összeolvadásához és a wellness hétköznapi életbe való beépüléséhez vezetett. Ebben az évtizedben megváltozott az egészséggel kapcsolatos fogyasztói tudat is. Nőtt az érdeklődés az egészségügyi információk iránt, a munkaadók – a költségek csökkentése és a hatékonyság emelése érdekében – munkahelyi wellnessprogramokat dolgoztak ki és indítottak el („*corporate wellness*”, „*worksite wellness*”). A munkahelyi wellnessprogramok sikeres megvalósítása és széleskörű elfogadottsága abból adódott, hogy hosszú távon futottak (így lehetőséget adva hatékonyságuk vizsgálatára), a cégvezetés támogatta őket, a munkavállalók részt vettek azok kidolgozásában, világosan megfogalmazott céljaik voltak és végrehajtásukba a családot is bevonták. Az 1970-es években nemcsak a cégek, hanem az egyetemek is indítottak egészségvédő programokat hallgatóik számára („*campus wellnessprogram*”), amelyeknek fő célja az egészségügyi kockázatok csökkentése és az életmódváltás elősegítése volt a hallgatók körében. Ilyen programot

indított a wisconsini egyetemen *Bill Hettler*, a National Wellness Institute (NWI) alapítója (1977), aki a program eredményességének mérése érdekében *Travis* mintájára létrehozott egy wellness önértékelő kérdőívet, amely máig forgalomban van „*Testwell*” néven.

2.1.4. A wellness mai amerikai értelmezése

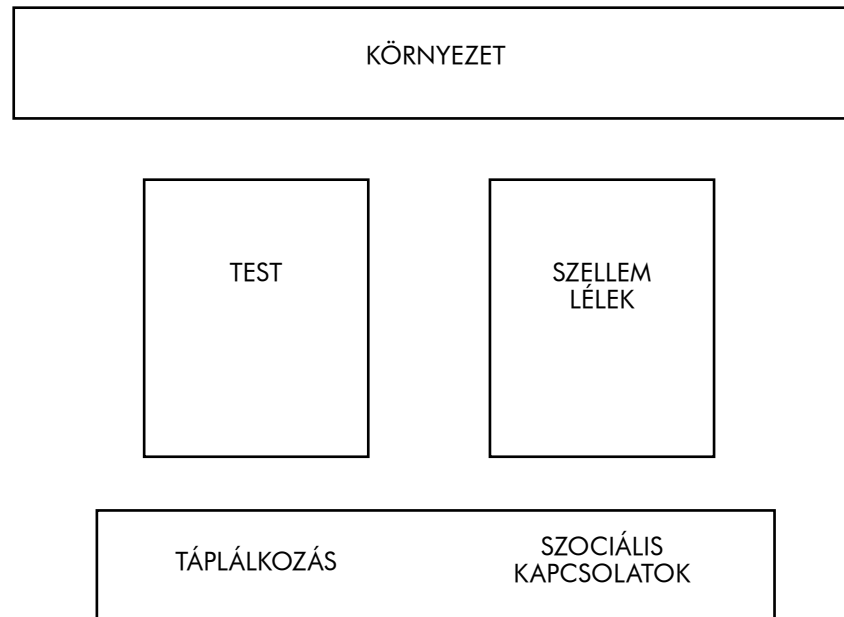
Az NWI által elfogadott definíció szerint: „*A wellness aktív folyamat, amely által az emberek tudatossá válnak és egy sokkal boldogabb létezés mellett döntenek.*” A wellness 6 dimenzióját írják le:

- *A fizikai dimenzió* magában foglalja a helyes táplálkozást, a rendszeres testmozgást, a káros magatartásmódok kerülését.
- *A spirituális dimenzió* a magunkkal és másokkal való harmónia állapotára vonatkozik.
- *Az intellektuális dimenzió* az új tapasztalatok, ismeretek, kihívások keresését, a nyitottságot jelenti.
- *A szociális dimenzió* a pozitív kapcsolatok kialakításának és fenntartásának képességét és a szociális szerepek hatékony betöltését helyezi előtérbe.
- *Az érzelmi dimenzió* akkor működik helyesen, ha képesek vagyunk érzelmeinket megérteni, kifejezni, kontrollálni, értük felelősséget vállalni.
- *A foglalkozási dimenzió* a saját munkánkban, tevékenységünkben való kiteljesedés, örömlélés képessége, a kreativitás általi elégedettség elérése.

2. ábra

Illing wellnessmodellje

Forrás: Illing 2002, 34. oldal, idézi Hermes, 2005, 44. oldal



2.2. A wellness Európában

Az Egyesült Államokban már az 1950-es években megjelent „fitnesshullám” az 1980-as évek közepén terjedt át Európára, ami „ésszerű és jogos reakció az ipari társadalom életmódjára – túl sok ülés, túl kevés mozgás” (Horx, 2001). Kialakult egy új, modern testideál, amely egyben egy új életérzés kifejezője is volt. Az emberek többsége azonban lazább fitnessre vágyott. Kialakult egy „jól-léti társadalom” képe, ahol a fitnessből wellness lesz, ami egy állandó teljesítmény- és időszorításban élő társadalom visszaeszmélését jelenti önmagára, testére, de lelkére és szellemére is (Horx, 2001).

Az amerikai wellnessmodellek (elsősorban *Ardell* modelljének) mintájára az 1990-es években Európában is kialakulnak az első elképzelések. Az első modellt a német *Haug* alkotja meg 1991-ben, amely szerint a wellness „az egészség új, gyakorlatorientált, pragmatikus megközelítése”. Az egyénre vonatkozó harmóniaprogram részei a már ismert egészségdimenziók (saját felelősség, fitness, stresszkezelés, tudatos táplálkozás, környezeti érzékenység). Elsődleges cél az egyén jobb életminőségének elérése. Szerinte a „*High Level Wellness*” a szubjektíven megélt jóllét.

A saját felelősség bázisára építette kibővített wellnessmodelljét *Nahrstedt*, aki a nyugati modellt kiegészíti a keleti kultúrák egészségértelmezésével és módszereivel (meditáció, jóga, stb.). A modern idők szellemét követve megjelenik nála a test- és szépségápolás eleme is. Az álta-

la említett aspektusok: a társadalom, a környezet, a test, valamint a lélek és a szellem, így az egészség és wellness nemcsak személyes, hanem ösztársadalmi feladat és felelősség is. A középpontban a saját felelősség áll, azonban külső keretként megjelennek a szociális kapcsolatok is, a környezettel szembeni érzékenység mellett.

A mintaként szolgáló amerikai modellektől eltérően a wellnesskoncepciók Európában elsősorban a turizmus révén terjedtek el, amelyek leggyakrabban az üdülő-, gyógy- és sporthotelek összekapcsolásával alakultak ki. Ez a felfogás látható *Illing* koncepciójában és definíciójában, aki – *Ardell*hez hasonlóan – a teljességre való törekvés jegyében egy öt pilléren nyugvó wellnessmodellt állított fel (2. ábra), de a wellneszt már egészségturisztikai szempontból definiálja.

Eszerint „a wellness a testi, szellemi és lelki jóllétre való teljes törekvés vitalizáló és lazító eszközök/programok segítségével, amelyeket különleges egészségközpontokban alkalmaznak”. (Illing, 2002) Illing a wellness 3 fokozatát fogalmazza meg:

1. *fokozatú wellness*: Élveztet a testi és lelki következmények figyelembevétele nélkül.
2. *fokozatú wellness*: A jóllét állapotát aktívan próbálják elérni (tréning, tudatosítás), a következmények figyelembevételevel.
3. *fokozatú wellness*: Tartós magatartásváltozás azzal a céllal, hogy mind a test, mind a lélek számára a jóllét tartós állapotát elérjük.

Illing szerint az eredeti wellnessfilozófiának megfelelően a cél a 3. fokozat elérése lenne. Ez azonban az európai szemlélet szerinti szolgáltatóknál nem működik, hiszen ezek elsősorban passzív, kényeztető beauty- és fitnesstermékeket kínálnak a vendégeknek wellness címszó alatt.

2.3. Az amerikai és európai wellness-modellek közös vonása

A wellness mind az amerikai, mind az európai modellekben mint szubjektív és átfogó életminőség (fizikai, érzelmi, spirituális, szociális, foglalkozási, intellektuális dimenziókban) jelenik meg. Ugyanakkor aktív és tudatos életstílust (mozgás, táplálkozás, stresszmenedzsment) is jelent. A wellness egyben életfilozófia is, az önmegvalósítás filozófiája. Minden modell alapja az egyén saját felelőssége és valamennyire jellemző a teljesség hangsúlyozása.

Mivel a felelősség és a teljesség paradigmája minden koncepció alapját képezi, érdemes részletesebben összefoglalni a közös elemeket.

A wellness-szel kapcsolatban a teljességnek 3 területe van:

- Az emberi léterületek összessége, vagyis a test, a lélek és a szellem. Ez a 3 terület fiziológiai, érzelmi, intellektuális/mentális, szociális, és lelki aspektusokat foglal magába, amelyek hétköznapi döntéseink minden területén visszatükröződnek és egymástól függő kapcsolatban állnak. Egyik sem működhet a másik nélkül. Ha az egyik terület folyamatait nem vesszük figyelembe, annak kihatása van az összes többire, és bárhol zavarokhoz, betegséghez vezethet. A betegség, illetve a wellness zavara ebben az értelemben nem más, mint e komponensek harmonikus interakciójának kiegyensúlyozatlansága, azaz sosem csak az egyik terület rossz működése.

- A teljesség az élet árnyoldalaira is vonatkozik. Belső tartásunknak hozzá kell járulnia ahhoz, hogy felismerjük azt az értéket és életerőt adó funkciót is, amelyet egy fájdalmas tapasztalat kínálhat. A negatív és ellentmondásos dolgokat is úgy kell feldolgozni magunkban, hogy az fejlődésünkhöz hozzájáruljon.

- Beágyazódás a teljes minket körülvevő életbe: a társadalom, a környezet, részei vagyunk, formális és informális szociális kapcsolataink vannak, függünk ökológiai, gazdasági tényezőktől. Mindez szintén kölcsönhatásban áll és hatással van az egyén wellness állapotára.

Minden wellnessmodell középpontjában az egyén saját felelőssége áll egészsége, wellness-állapota iránt, mert saját hozzájárulás nélkül egyik sem valósítható meg. Ez nem magától értetődő, hanem mindennapi feladat. A felelősség a realitás felismerését, elfogadását jelenti, hogy a helyzethez tudatosan vagy nem tudatosan, de az egyén is hozzájárul. Mert minél nagyobb felelősséget vállal az egyén egy helyzetért, annál nagyobb lesz a képessége, hogy kreatívan reagáljon arra. Lehet, hogy közvetlenül nincs befolyása a körülményekre, de az azzal való belső bánásmódról igen. A felelősség tehát azt jelenti, hogy a saját életünk tudatos alakítói leszünk, amennyiben beállítottságunkat megváltoztatjuk. Az említett árnyoldalakat nem csak elfogadni

kell, hanem megérteni, tanulni belőle, ahelyett, hogy csak legyőzni próbálnánk. A saját felelősség ideális esetben a motivációt erősíti, önmagában nem vezet a high level wellness állapotához, annak elérése kemény munka, ami sok tényezőtől függ. A saját felelősség szükséges, de nem elegendő előfeltétele a high level wellnessnek.

2.4. Eltérések az amerikai és az európai wellnesskonceptiók és értelmezések között

A wellness, ahogyan azt az amerikai szerzők, *Dunn, Ardell* és *Travis* megteremtették és ahogyan az Egyesült Államokban a múlt század '70-es éveitől kezdve továbbfejlesztették, egy olyan egészségfejlesztő koncepciót jelenít meg, amely az aktív egészségfejlesztő magatartás és tevékenység, az egyén saját felelőssége, valamint az egyéni források fontos tényezőire épül és párhuzamot mutat a WHO egészségdefiníciójával, valamint az Ottawai Charta egészségfejlesztő koncepciójával. Ez a wellnesskonceptió nemcsak fizikai, hanem érzelmi, szociális, mentális, spirituális és ökológiai dimenziókat is magába foglal. A koncepció célja az egyén saját lehetőségein belül és erőforrásaival elérhető legjobb egészségi állapota (*High Level Wellness*), amelyet akár egészségesen, akár betegen el lehet érni. Az egyén pozitív beállítottságának alapján – amely egy átfogó, egészségfejlesztő életfilozófiában gyökerezik – egy olyan gyakorlati életmód segítségével, amely az egészséges táplálkozást, testmozgást, stresszkezelést is magában foglalja, egyénre szabott pozitív életminőség érhető el. Az említett szerzők szerint mindez beépíthető bárki hétköznapi életébe.

Ezzel szemben Európában az 1980-as években inkább csak a fogalom, mint a mögötte rejlő koncepció terjedt el – különböző termékek és szolgáltatások „marketing”-fogalmaként. Európában a wellness „magánügy” és tartalmilag is inkább a passzivitás jellemzi, a lazítás, kikapcsolódás, pihenés, kényeztetés szinonimákkal írható le. Nem épül be életfilozófiaként az egyén mindennapi életébe, hanem a szabadidő eltöltéséhez, azon belül is a turizmus egy bizonyos formájához kötődik. A wellnesspiac fő termékei és szolgáltatásai a „hagyjuk megtörténni” passzív érzést sugallják, pl. amikor egy wellnesshétvégén egy wellness-szállodában kényeztetjük magunkat. Ily módon a wellness könnyen elveszítheti eredeti értelmét. Ez a felfogás jól tükröződik több európai állam wellnessstársaságának definíciójában is. A Német Wellness Szövetség szerint a wellness: „*A teljes jóllét folyamata, amely egészségfejlesztő tényezőkkel függ össze. Laikus módon kifejezve: élvezettel egészségesen élni.*” (*Deutscher Wellnessverband*). A Magyar Wellness Társaság szerint pedig „*a wellness életforma, amelynek gyakorlói a civilizáció okozta bántalmakat a test, a lélek és a szellem együttes kényeztetésével, odafigyeléssel, tudatos életvitellel igyekeznek megelőzni*”.

Míg az Egyesült Államokban a wellnesskonceptiók a teljes életre, minden élethelyzetre és korcsoportra vonatkoznak és széles társadalmi rétegek körében megtalálhatóak, addig Európában a wellness a szabadidőre és elsősorban a turiz-

musra korlátozódó jelenséggé vált, amelyet csak a társadalom egy meghatározott (jól kereső) rétege engedhet meg magának. Míg az Egyesült Államokban a wellness társadalompolitikai feladat (lásd munkahelyi, egyetemi wellness programok), addig Európában a fent említett réteg egyéni szórakozása (Illing, 2002).

Jelentős különbség látható a fentiekén túl a wellness tudományos megalapozására tett erőfeszítésekben is. Míg az Egyesült Államokban többféle kérdőívet dolgoztak ki, akár egyének, akár nagyobb populációk wellnessállapotának mérésére (pl. *Testwell, Optimal Living Profile*), illetve (egészségtudományi és gazdasági) eljárásokat, modelleket a különböző programok hatékonyságának vizsgálatára, addig Európában a wellnesshez kapcsolódó kutatások gyerekcipőben járnak. Európában a néhány éve kibontakozó úgynevezett medical wellness irányzat jelenthet választ a tudományosan alátámasztott wellnessprogramok és módszerek iránt megfogalmazódott igényre. Az elsősorban az egészségturizmushoz kötődő, a gyógy- és wellness-turizmus előnyeit egységesíteni kívánó irányzat nagyon kevésbé ismert az Egyesült Államokban, mivel ott a wellness mindig is egy orvosilag alátámasztott egészségfogalomhoz kötődött. Ott az egészség, szabadidő és életstílus terület a spa-kban realizálódik (Illing, 2002).

2.5. Medical wellness

Ezt a fogalmat *Lutz Hertel*, a Német Wellness Szövetség vezetője alkotta meg 1999-ben, hogy a tudományosan alátámasztott wellnessprogramok iránt érdeklődő vendégekért megkülönböztesse a fitness-, illetve beauty-vendégektől.

Illing szerint „*a medical wellness orvos és/vagy terapeuta által vezetett és tudományosan megalapozott törekvés a teljes testi, szellemi és lelki jóllét állapotának elérésére vitalizáló és lazító eszközökkel/programokkal, amelyeket különleges egészségközpontokban alkalmaznak*”. (Illing, 2002). A Német Medical Wellness Szövetség megfogalmazásában: „*A medical wellness egészségtudományosan megalapozott intézkedéseket tartalmaz az életminőség és a szubjektív egészségérzés, valamint az egészségtudatos életstílusra való motiváció tartós javítása céljából saját felelősségen alapuló megelőzés, egészségfejlesztés által*.” (Berlin, 2007). Az új irányzat tehát az aktív egészségfejlesztést, egészségmegőrzést segíti elő, az egyik hangsúly a kliens aktivitásán van. Az orvos és a terapeuta partnereként, tanácsadóként van jelen a folyamatban, és egyénre szabott tanácsadással, információkkal látja el kliensét, aki így saját egészségének szakértőjévé válhat. Egyénre szabott egészségfejlesztő programját a wellnessüdülés után képes beépíteni mindennapi életmódjába, így a tartós jóllét állapotát tudja elérni. A másik súlypont az alkalmazott módszerek tudományos megalapozottságán van. Ide tartoznak a komplementer medicina különböző területei, a hagyományos kínai orvoslás, az ajurvéda, a jóga, a meditáció, a természetes gyógymódok, mint pl. a homeopátia, felmérő, megelőző és ellenőrző vizsgálatok (EKG, spiroergometria, stb.), a pulzuskontrollós edzés, stb.

A medical wellness-szel kapcsolatban ennek ellenére számos negatívumot és kritikát fogalmaznak meg, amelyek jellemzően két csoportba sorolhatók. A bírálókat egyik csoportja szerint még mindig nincsenek tudományosan elfogadott és értékelhető koncepciók amelyek megkülönböztetik más wellness programoktól. Az orvosi jelleggel megkísérlik ugyan az eddig használatos wellnessfogalom fölé emelni, azonban a komplementer medicina alkalmazásával gyakran orvosilag nem szükséges, illetve kontrolálható területre jutnak, amely terápiák és termékek hatása továbbra sem bizonyítható. A kritikák másik csoportja azt nehezményezi, hogy ez az irányzat is csak egy behatárolt klientúrát szólít meg és így nem válik mindenki számára elérhető egészségfejlesztő szolgáltatássá, hanem csak a wellnesspiac újabb drága terméke lesz.

Ahogy a globalizált világ számos jelensége, úgy a wellness is új trendként jelent meg az elmúlt évtizedben Magyarországon, és tapasztalhatóan egyre nagyobb teret hódít magának. Egyre többen találkoznak a fogalommal valamely szolgáltatás vagy termék kapcsán: wellness-szálloda, wellness-nyaralás, wellness testápolók, wellness-menü, stb. Ez az új trend hatással van az emberek magatartására, segítségével újrafogalmazódik az egészség, a testi, valamint a lelki egyensúly jelentése is, de a szabadidős tevékenységek, a táplálkozási szokások és az utazási célok is. Kérdés tehát, hogy milyen hatással és hogyan formálódnak át az egészséghez kötődő fogalmak? Részévé válik-e a wellnessmozgalom az egészségmegőrzésnek, egészségfejlesztésnek? Hogyan hatnak a wellness-szolgáltatások az egészségi állapotra? Hozzáférnek-e a különböző társadalmi rétegek a wellnesshez, vagy a társadalmi egyenlőtlenségek újabb megnyilvánulásává válik?

Ilyen és hasonló kérdésekre kerestük a választ a Regionális Operatív Program által támogatott „*A wellness régióspecifikus jellemzői*” című kutatásunkban, amelynek rövid és részleges bemutatásával kívánunk hozzájárulni a wellnesskutatások eddig megismert eredményeihez.

3. A KUTATÁSRÓL

3.1. A kutatás háttere

Jelen tanulmányban bemutatott eredmények a PTE Egészségtudományi Karán 2007 óta folyó „*A wellness régióspecifikus jellemzői*” című kutatásból származnak.¹ A kutatás alapvető célja volt, hogy a fogyasztók igényeinek, elvárásainak, illetve egészségmagatartásának megismerésén keresztül segítséget nyújtson a versenyképesség növeléséhez mind a wellness-szolgáltatások, mind az egészségfejlesztés terén, valamint a piaci igényekre reagáló wellness szakemberképzésben is. A cél elérése érdekében a kutatás keretében vizsgáltuk a Dél-Dunántúli Régió felnőtt lakosságának wellnesshez kapcsolódó beállítódásait, asszociációit, valamint specifikus és általános fogyasztási szokásait. Kiemelten fontosnak tartottuk elemezni a wellness-igénybevétel és az egészség, illetve egészségmegőrzés kapcsolatát. Jelen tanulmány *Eredmények* című fejezetében a wellnesshez

1. táblázat

A wellness kifejezés ismerete és a demográfiai, társadalmi-kulturális tényezők közötti kapcsolat

Vizsgált tényezők	Vizsgált tényezők kategóriái	Esélyhányados	Szignifikanciaszint
Nem			
Referenciaérték: férfi	nő	2,276	0,001
Vagyoni helyzet			
Referenciaérték:			
alsó vagyoni kvartilis	alsó közép vagyoni kvartilis	1,841	0,043
	felső közép vagyoni kvartilis	3,906	0,000
	felső vagyoni kvartilis	4,526	0,003
Iskolai végzettség			0,002
Referenciaérték: legfeljebb 8 általános	szakmunkás végzettség	2,868	0,002
	érettségi	4,136	0,001
	főiskolai, egyetemi diploma	3,959	0,047

A vizsgálatba bevont változók: nem, életkor, társadalmi státusz, jövedelmi helyzet, vagyoni helyzet, település típusa, megye, családi állapot, iskolai végzettség

Megjegyzés: A táblázatokban feltüntetett esélyhányados a vizsgált tényező előfordulásának esélyét mutatja az adott csoportban a referenciaként feltüntetett csoporthoz képest.

kapcsolódó ismereteket és hiedelmeket mutatjuk be, míg a témához kapcsolódó újabb kutatási eredményeket egy további tanulmányban szeretnénk bemutatni e folyóirat hasábjain.

3.2. Az adatfelvétel és elemzés módszerei

Az alábbiakban bemutatott eredmények alapjául szolgáló kutatás adatfelvételi módszere a kérdőíves *face to face* interjú volt. Az adatfelvétel 2007-ben zajlott, összesen 800 fő megkérdezésével. A minta a 18–74 éves dél-dunántúli népességet kor, nem, iskolai végzettség és településtípus szerint reprezentálja, amelyet többlépcsős, kvótás mintavétellel biztosítottunk.

A kérdőív témára vonatkozó kérdései Dr. Törőcsik Mária marketing témájú vizsgálatainak (Törőcsik, 2006), a KPMG-csoport és a Magyar Turizmus Zrt. által 2002-ben lebonyolított egészségturisztikai kutatás, valamint az általunk végzett fókuszcsoport-vizsgálatok eredményeinek ismeretében és figyelembevételével fogalmazódtak meg.

A bemutatott vizsgálatban leíró statisztikai elemzésként alapmegoszlásokat, átlagszámítást és keresztábrákat alkalmazunk, amelyek értékelésénél (Anova-teszt, Chi-négyzet próba) a szignifikanciaszintet 95%-ban határoztuk meg. Az alapmegoszlások alakulását minden esetben több befolyásoló tényező mentén vizsgáltuk. Az elemzésbe bevont változók a vagyoni és jövedelmi helyzet, a társadalmi státusz, az iskolai végzettség, az életkor és nem, a lakóhely, valamint

a családi állapot voltak. Az eredmények bemutatásánál csak a szignifikáns különbségekről esik szó.

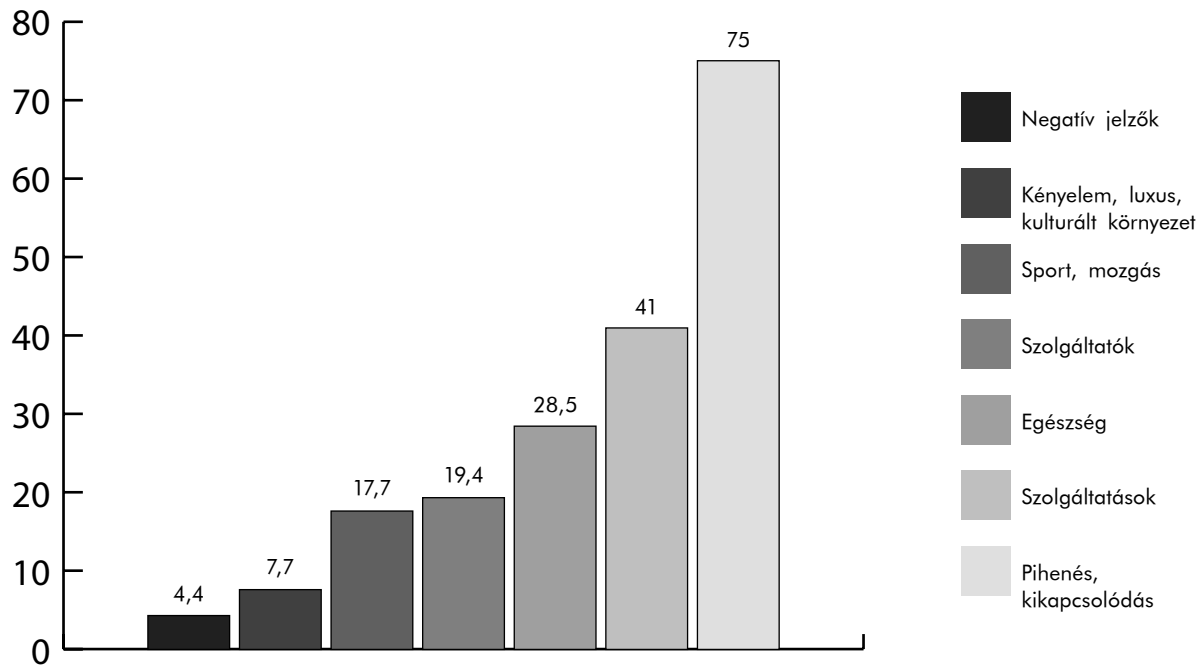
Az összefüggések elemzéséhez (ahol az operacionális ezt lehetővé tette) a logisztikus regresszió módszerét alkalmaztuk, amely a magyarázó jellemzők önálló hatását számszerűsíti, kontroll alatt tartva az elemzésbe bevont többi jellemző hatását.

3.3. A minta demográfiai és szociokulturális jellemzői

A 800 főre kiterjedő minta összetételében követni kívántuk a 18-74 éves felnőtt lakosság megoszlását. A mintában enyhe nőtöbbség érvényesül, mivel a férfiak 47,1%-os arányával szemben a nők 52,9%-os részt képviselnek. Életkor szerint tekintve a 18–29 éves korosztály adja a minta negyedét (24,9%) a 40–49 évesek csoportja pedig a 22,5%-t, a többi életkori csoport közel hasonló súllyal vesz részt (a 30–39 évesek 17,1%, az 50–59 évesek 16,9%, míg a 60 évesek vagy idősebbek csoportja 18,6%-os aránnyal). A kérdezettek iskolázottsága szerinti megoszlását vizsgálva látható, hogy a legfeljebb általános iskolai (32,6) és a szakmunkás végzettségűek (24,1) együtt a minta több mint felét adják, érettségivel 30,5%, diplomával pedig 12,8%-a rendelkezik az embereknek. A régióra jellemző sajátos településszerkezeti viszonyoknak megfelelően a megkérdezettek 37,2%-a 2000-nél kisebb lélekszámú településen, míg több mint negyede (27,5%) megyei jogú városokban él. A minta 21,2%-át

3. ábra

A wellness kifejezéshez kapcsolódó asszociációk



a közepes méretű városok (10–40 ezer lakos), 14%-át a kisvárosok (2–10 ezer) lakossága adja.

4. EREDMÉNYEK

Hazánkban az új évezred elején (a fent említett vizsgálatok esetében) merült fel először, hogy a wellnesshez kapcsolódó ismereteket, beállítódásokat vizsgálják. Ezek a kutatások elsősorban gazdasági (piaci) célokat követtek, amelyekben demográfiai, vagy fogyasztói jellemzők alapján pozicionált célcsoportokat vizsgáltak. A kapott eredmények alapinformációt ugyan nyújtottak a témában, de átfogó képet nem adtak nagyobb populációra vonatkozóan. Éppen ezért fontosnak tartottuk vizsgálni, hogy a felnőtt lakosság körében milyen mértékben ismert a kifejezés, ehhez milyen elképzelések, attitűdök kapcsolódnak, illetve ezek a beállítódások mennyiben jelenthetnek háttérrel az egészségfejlesztés egy új lehetséges útjának.

4.1. A wellness kifejezés ismerete

Az ismert és a saját korábbi vizsgálatok alapján megfogalmazott várakozásainkkal szemben elmondható, hogy a régióban élő felnőtt lakosság jelentős többsége (78,4%) – a férfiak 76%-a, a nők 80,6%-a – hallotta már, illetve – saját megítélése szerint – ismeri a wellness kifejezést. A demográfiai és szociokulturális viszonyokat figyelembe véve megállapítható, hogy az átlagosan magas arány ellenére jelentős

eltérések vannak a különböző társadalmi csoportok wellneszre vonatkozó információi és ismeretei között. Míg a magasabb iskolai végzettségűek (legalább érettségi), a legkedvezőbb anyagi helyzetben élők csaknem 95%-a, a legfiatalabb (18–30 éves) korosztály és a megyeszékhelyeken élők 88%-a ismeri a kifejezést, addig a legrosszabb vagyoni helyzetben lévő, legfeljebb általános iskolai végzettséggel rendelkezőknél 34%, a 60 évnél idősebbek között csak alig több mint 50% ez az arány.

Ezeket a különbségeket erősítik meg az 1. táblázatban bemutatott összefüggés vizsgálatok eredményei is, amelyek szerint a legalább érettséggel rendelkezők között négyszer, a legkedvezőbb vagyoni helyzetben lévők között több mint négy és félszeres eséllyel találunk wellness kifejezést ismerőt, mint a referenciának tekintett kategóriák esetében. A nőknél ugyanez a hányados 2,2-szeres esélyt mutat a férfiakhoz képest.

Az emberek leggyakrabban a televízióból (a kifejezést ismerők 77%-a) és a nyomtatott médiából (újságokból, folyóiratokból 55%) – főként reklámokból – ismerik és hallották a wellness kifejezést. Az iskolai végzettség emelkedésével, a kedvezőbb vagyoni helyzettel párhuzamosan, illetve a fiatalabb korosztályoknál a fent említett források mellett egyre fontosabb szerepet játszanak az internet (30–35%) és az utazási irodák tájékoztatásai (20–25%), szemben a hátrányosabb helyzetben élő emberekkel, akik témára vonatkozó információi csaknem kizárólag a médiából származnak.

2. táblázat

A leggyakrabban elfogadott és elutasított állítások a wellness-szel kapcsolatban

A leggyakrabban elfogadott wellnesshez kapcsolódó állítások	Az állítással egyetértők százalékos aránya²
A wellness nagyon jó kikapcsolódási lehetőséget nyújt.	92,4%
A wellness kellemes testi kényeztetést jelent egy gyógyfürdőben/wellness szállodában.	90,7%
A wellness programok előnye, hogy testileg-lelkileg feltöltenek.	88,3%
A wellness lényege a testi-lelki egészség elérése.	79,1%
A wellness segít megőrizni fiatalságunkat.	71,3%
A legkevésbé elfogadott wellnesshez kapcsolódó állítások	Az állítással egyetértők százalékos aránya
A wellness csak egy újabb divathóbortot jelent.	31,3%
A wellness elsősorban a nők világa.	38,3%
A wellness egy újabb felesleges idegen kifejezés.	43,5%
Könnyű megmagyarázni a wellness kifejezés jelentését.	46,5%
A wellness azt jelenti, hogy különleges, drága termékekkel kényeztetjük el magunkat.	48,9%

4.2. A wellness kifejezéshez kapcsolódó asszociációk

A wellness kifejezéshez kapcsolódó asszociációkat elemezve a vizsgált felnőtt lakosság körében is tapasztalható a főként Európára jellemző, elsősorban turizmushoz és passzivitáshoz kötődő felfogás (Illing). A megkérdezetteknek a wellness kifejezés kapcsán leggyakrabban pihenés és kikapcsolódás jut eszébe, majd a különböző szolgáltatások (pl. masszázs, pezsgőfürdő, infrakabin, egészségmegőrző program, stb.), az egészség, a szolgáltatók (pl. wellness-szálloda, gyógy- és élményfürdő), a sport, a mozgás és a kényelem, a luxus, a kulturált környezet. A válaszadók kis hányada (4,4%) negatív jelzőket társít a wellness kifejezéshez (pl. sznobság, nyugatmajmolás, stb.).

A magasabb iskolai végzettségűek (22%) és a nők körében (21%) szignifikánsan magasabb arányban találunk olyanokat, akik a wellneszt az egészséghez kötik, mint a legfeljebb szakmunkás végzettségűek (9%) és a férfiak között (14%). Az anyagi helyzet, a kor és a településtípus alapján nem találtunk jelentős különbséget a kérdezettek között.

4.3. A wellnesshez kapcsolódó attitűdök

A wellnesshez kapcsolódó véleményeket több attitűd, állítás elfogadottságával, illetve elutasításával vizsgáltuk.

Az állítások vizsgálata alapján látható, hogy a kérdezettek között legelfogadottabb megállapítások, a szabadidőre korlátozódó, elsősorban passzivitásról és „kényeztetésről” szóló beállítódásokat tükrözik. A válaszadók körülbelül kilenczede egyetért abban, hogy a wellness jó kikapcsolódást és kényeztetést nyújt, illetve feltöltődést biztosít. Kiemelésre érdemes, hogy a fentiek mellett a vizsgált populáció nagy része ma már (79%-a) egyetért a wellness holisz-

tikus értelemben vett egészségre ható pozitív, valamint fiataliságmegőrző szerepével (71%).

A válaszadók jelentős része nem ért egyet azzal, hogy a wellness gyorsan elmúló divathullám, illetve, hogy elsősorban a hölgyekhez kapcsolódó terület lenne. A wellness szó köznyelvben való elfogadottságát mutatja, hogy nehéz értelmezhetősége ellenére a válaszadók többsége már nem tartja felesleges idegen kifejezésnek.

A wellness szolgáltatások különlegességére és drágaságára vonatkozó állítás közel 50%-os elutasíthatósága, illetve a táblázatban nem bemutatott „A wellness az átlagember számára elérhetetlen fényűzés” állítás 49%-os elfogadottsága egyfajta általános bizonytalanságot mutat a wellness-szolgáltatások elérhetőségével és árával kapcsolatban. A termékek és szolgáltatások drágaságának szubjektív megítéléséhez hozzá kell tennünk, hogy a wellness-szolgáltatásokat rendszeresen használók az ár-érték arányról pontos ismereteikkel rendelkeznek, míg a wellneszt nem használók átlagosan magasabbnak, sok esetben irreálisan magasnak tartják a szolgáltatások árát (3. táblázat).

A wellnesshez kapcsolódó asszociációk és attitűdök bemutatásánál a populáció átlagára vonatkozó megállapítások mögött természetesen jelentős eltérések tapasztalhatók a különböző ismérvek alapján meghatározott társadalmi csoportok szerint.

Az iskolai végzettség tekintetében szignifikáns különbség látható a wellness értelmezésében, az informáltság és az érdeklődés szintjében. Az alap- és középfokú végzettségűek wellnesről alkotott átlagos képe csaknem kizárólag a turisztikai szolgáltatóknál igénybe vehető kényeztetést és kikapcsolódást biztosító szolgáltatásokra szűkül, szemben a diplomások csoportjával, akik értelmezése szélesebb körű, amelyben jelentősebb szerepet kap az egészségmegőrzés és a hétköznapiakra érvényes életmódra vonatkozó felfogás

3. táblázat

A válaszadók becslése egy adott (66 500 Ft értékű) wellness programcsomag árára vonatkozóan

	átlag	median	szórás	N
	(forint)	(forint)	(forint)	
Wellness szolgáltatást igénybevevők	68 200	60 000	26 526,9	235
Wellnesst nem használók	81 371	77 500	52 942,7	484

4. táblázat

A wellness-hez kapcsolódó állítások különbségei iskolai végzettség szerint az egyetértők %-os arányában

	Iskolai végzettség			
	legfeljebb			
	8 általános	szakmunkásképző	érettségi	főiskolai, egyetemi diploma
A wellness kellemes testi kényeztetést jelent egy gyógyfürdőben/wellness-szállodában.	92,7	92,8	93,4	73,5
Pontosan tudom, mit jelent a wellness.	16,1	37,5	42,1	51,1
Tudatosan keresem a wellnessre vonatkozó információkat.	3,7	9,5	10,7	20,8

Megjegyzés: a táblázatban feltüntetett értékek az állítással egyetértők %-os arányát mutatja

5. táblázat

A wellnesshez kapcsolódó állítások különbségei nemek szerint az egyetértők %-os arányában

	Nem	
	nők	férfiak
A wellness testileg-lelkileg feltölt.	93,2	82,4
A wellness nagyon jó kikapcsolódási lehetőséget nyújt.	94,7	87,4
A wellness segít megőrizni a fiatalságunkat.	78,4	63,1
A wellness az átlagember számára elérhetetlen fényűzés.	69,5	60,7

is. Emellett a felsőfokú végzettségűek tudatosabban keresik a szolgáltatókra, szolgáltatásokra és a wellness hatásaira vonatkozó információkat, amelynek köszönhetően informáltságukat átlagosan kedvezőbbnek ítélik, mint az alacsonyabb végzettségűek csoportjai.

Bár a kérdezettek 79%-a nem ért egyet azzal, hogy a wellness inkább a nők világa, mégis jelentős eltérés látható a két nem wellness iránti fogékonyságában. A hölgyek egyértelműen jobban bíznak és hisznek a wellnessprogramok és termékek pozitív hatásaiban, legyen szó kikapcsolódásról, feltöltődésről, egészségmegőrzésről, vagy fiatalságmegőrző szerepéről. A nők emellett szignifikánsan érdeklődőbbek a wellnessről szóló információk iránt, mint a férfiak, akik viszont megfizethetőbbnek érzik a szolgáltatásokat.

A fiatal és a középkorú korosztályok (18–29 és a 40–49 évesek) között elfogadottabb a wellness világa, mint az idősebb korosztályok esetében, ami a szolgáltatások elérhetőségére és azok hatásaira, a kifejezés szükségességére és idegenségére is vonatkozik. A 60 évnél idősebbek korcsoportja a legkevésbé fogékony a wellnessre, akik átlagos véleménye minden állítás tekintetében szignifikánsan a legelutasítóbb.

A társadalmi státusz szerinti eltéréseket vizsgálva elmondható, hogy egyértelműen a két legmagasabb és a felső közép státuszú csoportba tartozók (ide tartozik a lakosság 29,7%-a) a legnyitottabbak a wellness világra. Az alacsonyabb státuszú csoportoknál tudatosabban figyelik a wellnessre vonatkozó információkat, amelynek következtében tájékozottabbak és informáltabbak a terület egészét tekintve. A leg-

6. táblázat

A wellnesshez kapcsolódó állítások különbségei életkor szerint az egyetértők %-os arányában

	Életkor				
	18–29 évesek	30–39 évesek	40–49 évesek	50–59 évesek	60 éves vagy idősebb
A wellness az átlagember számára elérhetetlen fényűzés.	59,1	60,4	61,1	68,0	77,1
A wellness egy újabb, felesleges idegen kifejezés.	18,2	21,9	29,9	34,7	49,3
A wellness nagyon jó kikapcsolódási lehetőséget nyújt.	94,5	90,7	96,4	88,3	87,1
A wellness csak egy újabb divathóbortot jelent.	16,0	19,3	16,9	20,6	40,9

7. táblázat

A wellnesshez kapcsolódó állítások különbségei a társadalmi státuszcsoportok szerint az egyetértők %-os arányában

	Társadalmi státusz csoportok		
	A és B	C1 és C2	D és E
A wellness egy újabb, felesleges idegen kifejezés.	18,9	28,8	33,3
A wellness elsősorban a nők világa.	19,6	31,4	29,8
A wellness az átlagember számára elérhetetlen fényűzés.	32,6	35,7	67,4
A wellness azt jelenti, hogy különleges, drága termékekkel kényeztetjük el magunkat.	19,0	42,6	51,9

Megjegyzés: Az „A” csoportba tartozók társadalmi státusza a legmagasabb, míg az „E” csoporté a legalacsonyabb.

alsó társadalmi státuszcsoportokba tartozók a wellnesst elérhetetlen, drága területnek érzik, amely szükségességéről és tartósságáról kevésbé vannak meggyőződve, mint a kedvezőbb helyzetű csoportok tagjai. A legjobb és legrosszabb társadalmi helyzetűek véleménye között átmenetet képvisel a középső státuszcsoport átlagos beállítódása, amely szerint a wellness már az átlagember számára is elérhető, de nem ritka az a vélemény sem, hogy ezek különleges és drága termékek és szolgáltatások.

4.4. A wellness szubjektíven megélt előnyei és hátrányai

A válaszadók szerint a wellness-szolgáltatások legfőbb előnyei az egészségmegőrzés, a kikapcsolódás, a felfrissülés, a szolgáltatások komplexitása, a programok stresszoldó, lazító szerepe. Hátrányként elsősorban a szolgáltatások magas árát említik (a kérdésre válaszolók több mint 90%-a), amely mellett a többi tényező, pl. az időhiány, a távolság sokkal kisebb arányban jelenik meg (4–10%).

4.5. A wellness-szolgáltatások igénybevétele

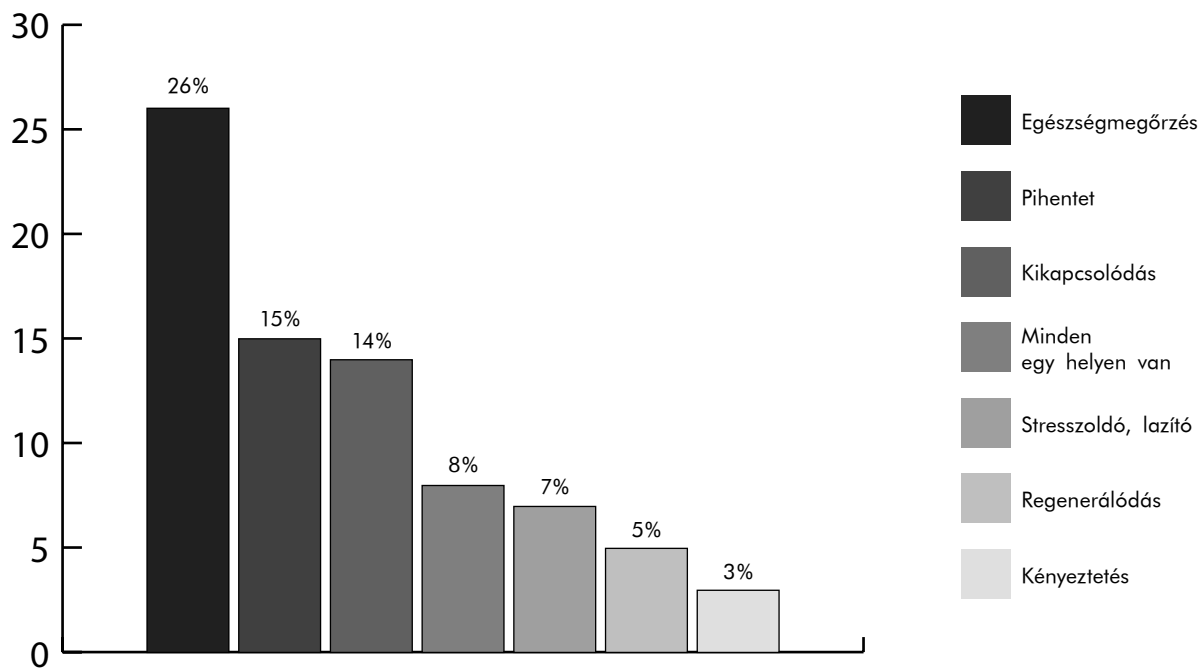
A wellness-szolgáltatások igénybevételenek fő motivációi a kikapcsolódás (71%) és az egészségmegőrzés (21,5%). Betegségek kezelésének, illetve a gyógyulásnak szándéka csak minden huszadik embernél fordul elő (5,7%) a wellness-szolgáltatók felkeresésekor.

2007-ben a Dél-Dunántúli Régió lakosságának 26%-a vett igénybe wellness-szolgáltatásokat.³ Ezeket leggyakrabban gyógy-, termál- és wellness-fürdőkben (20%), wellness-, vagy egyéb szállodák erre kialakított részlegeiben (4%), napi wellness-szolgáltatóknál (2,6%) és egyéb helyszíneken (2%) használták. Az igénybevevők körét vizsgálva elmondható, hogy a wellness-szolgáltatások fogyasztása napjainkra már nem egyértelműen rétegspecifikus, hiszen az iskolai végzettséget, nemet, lakóhelyet és életkort tekintve meg lehetőségen heterogén összetétel jellemző.

A nemek között a nők javára feltételezett jelentéskülönbség a kutatás eredményei alapján nem tapasztalható, hiszen

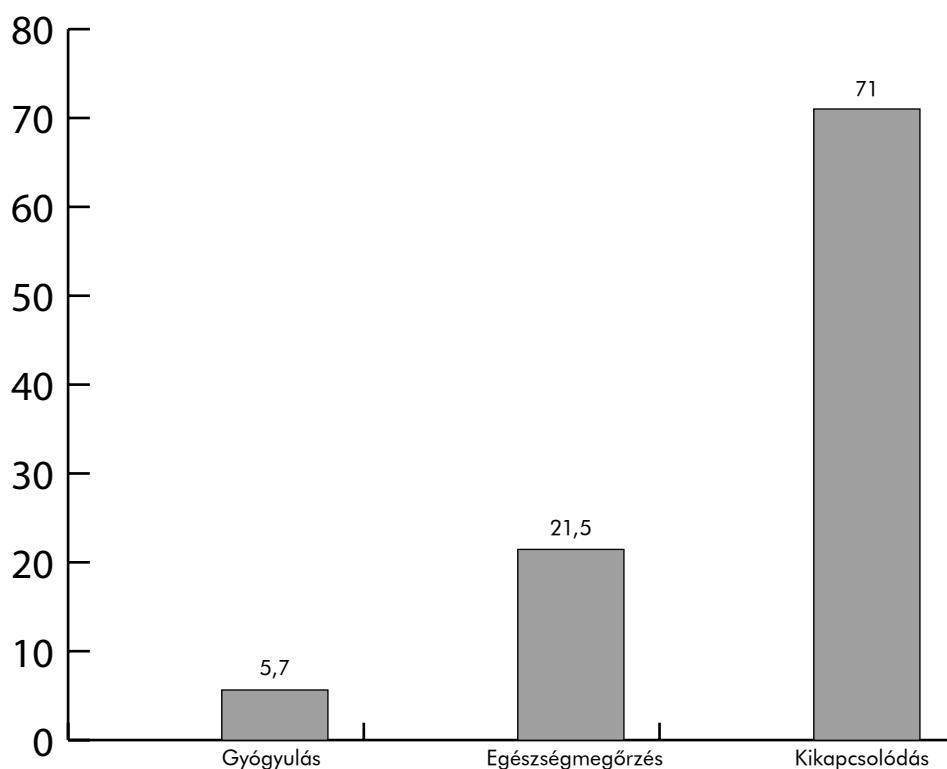
4. ábra

A wellness szolgáltatások előnyei (%-ban)



5. ábra

A wellness-szolgáltatások igénybevételének fő motivációja (%-ban)



8. táblázat

**A wellnessfogyasztók demográfiai, gazdasági és társadalmi jellemzői
(%-os megoszlásban)**

	Életkor				
	18–29 éves	30–39 éves	40–49 éves	50–59 éves	60 éves vagy idősebb
nők	32,0	25,8	34,4	25,7	12,2
férfiak	25,5	26,8	23,8	24,6	28,8
összesen	28,6	26,3	29,4	25,2	18,8

	Iskolai végzettség			
	8 általános	szakmunkás	érettségi	diploma
nők	16,6	32,8	41,0	49,0
férfiak	22,4	22,2	33,0	50,9
összesen	18,8	25,9	37,7	50,0

	Vagyoni helyzet			
	alsó	alsó közép	felső közép	felső
nők	10,7	22,9	37,5	55,7
férfiak	14,7	21,4	27,2	48,6
összesen	12,6	22,3	32,2	52,1

	Jövedelmi helyzet			
	alsó	alsó közép	felső közép	felső
nők	15,1	22,1	39,8	46,8
férfiak	20,3	16,3	30,7	44,4
összesen	17,3	19,3	35,4	45,5

	Településtípus			
	megyei jogú város	10.000+ település	2.000–10.000 település	–2.000 település
nők	35,7	34,4	31,8	15,5
férfiak	34,3	27,0	31,2	16,7
összesen	35,0	31,2	31,5	16,1

a nők 26,2%-a, a férfiak 25,7%-a vett igénybe wellness-szolgáltatásokat a vizsgált évben. Az iskolázottságot vizsgálva egyértelműen elmondható, hogy a magasabb végzettségűek között szignifikánsan nagyobb arányban vannak igénybevevők, mint a kevésbé iskolázottak között, de a legalacsonyabb végzettségűek között is jelen vannak (18,8%) a wellness fogyasztók. Az életkort tekintve a 18–29, és a 40–49 éves korosztályban láthatók az átlagosnál magasabb arányok, de a legidősebbek között is, csaknem minden ötödik ember volt valamilyen wellness szolgáltatónál 2007-ben. Lakóhely szerint a megyeszékhelyen és a kisvárosokban élők között magasabb az igénybevevők aránya, szemben a kis településeken élőkkel. A legmarkánsabb különbség az anyagi viszonyok mentén látható, mivel mind jövedelmi, mind vagyoni szempontból, egyértelműen a kedvezőbb helyzetben lévők adják a fogyasztók többségét (8. táblázat).

5. ÖSSZEFOGLALÁS

Az attitűdökre, motivációkra és asszociációkra vonatkozó empirikus vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy a wellness kifejezés hazánkban is a hétköznapi részévé vált. A társadalom jelentős része hallotta, illetve ismeri a kifejezést, amellyel szemben a korábban megfogalmazott negatív vélemények egyértelműen visszahúzódnak látszanak. Az emberek többsége számára – elsősorban a médiának köszönhetően – ismert wellness kifejezéshez széles sávban mozgó beállítódások és asszociációk kapcsolódnak. Az életkor, az iskolai végzettség, a nem és a vagyoni helyzet mentén látható jellemző eltérések mellett a hazai felnőtt lakosság összességében az általános európai felfogáshoz hasonlóan vélekedik a wellnessről, főként a kikapcsolódást, kényeztetést és passzív időtöltést kötve a területhez. A csaknem az összes

wellnesskoncepcióban megfogalmazott, hétköznapokra vonatkozó egészségmegőrzés-orientált életmódfelfogás is megjelent, de ez ma még a társadalom egy szűkebb, társadalmi jellemzőit tekintve specifikusabb csoportjához köthető.

A kutatási eredményekből látható, wellnesshez kapcsolódó lakossági attitűdök felhívják a figyelmet arra, hogy az igénybevevők körének szélesedését, illetve a kifejezés gyors terjedését nem követi, követte az eredeti wellness-elképzelések és koncepciók üzenetének megjelenése. Ez főként azért jelenthet problémát, mert a wellness akkor tölti, tölthetné be hatékonyan preventív szerepét, ha nem csak az „elviselhetetlen” hétköznapokból pár napra szóló kikapcsolódást jelentene, hanem a mindennapokban jelenlévő életmódot (amelynek természetesen részét képeznék a különböző szolgáltatók felkeresése). Ennek közvetítésében nagyobb szerepet kellene vállalnia a területhez kötődő szereplőknek – például hoteleknek, fürdőknek, egyéb szolgáltatóknak és oktatási intézményeknek –, hogy a wellness ne csak a különböző szolgáltatóknál eltöltött hosszabb-rövidebb hétvégéken igénybe vehető szolgáltatási kört jelentse.

Absztrakt

A fejlett társadalmakhoz hasonlóan az elmúlt évtizedben hazánkban is egyre szélesebb körben vált ismertté a wellness összetett világa. Megjelent az idegenforgalomban, mint az egyik legdinamikusabb forgalmi bővülést mutató turisztikai termék, a fogyasztási cikkek között, mint az egészségmegőrzést feltételező és segítő termékek és szolgáltatások folyamatosan növekvő köre, a marketingkommunikációban, mint alapvető hívószó, illetve a társadalom egyre bővülő rétege számára, mint a hétköznapokra érvényes életmód.

A wellness gyors megjelenését nem minden esetben követte az eredeti koncepció elterjedése és az egységes fogalmi rendszer kialakítása, ami számos problémát okoz a terület szerepének értelmezésében, lehetséges egészségtudományi és gazdasági előnyeinek kihasználásában.

A tanulmányban bemutatjuk a wellnesskoncepciók és -értelmezések időbeli fejlődését, illetve jellemző térbeli különbségeit, a második részében pedig „*A wellness régióspecifikus jellemzői*” című kutatás – témához illő – eredményeit. Ezekben a fejezetekben vizsgáljuk a Dél-Dunántúli Régió felnőtt lakossága wellnesshez kapcsolódó asszociációit, attitűdjeit és az azokat befolyásoló demográfiai, társadalmi tényezőket.

Abstract

In the past few decades the notion of wellness has become renowned all over Hungary: in tourism it is one of the most dynamically growing product, among consumer's goods both as a product and a service of health promotion, in marketing communication as a basic buzz word, whilst for the society as life style.

The rapid emergence of wellness was not always accom-

panied neither by the disperse of the original concept nor by the development of a solid classification system, therefore the definition of its role and its advantages both in health sciences and the economy raises several problems.

In the first part of the study the development of the concept of wellness and its geographical differences are introduced, whilst in the second part the outcome of the survey: „*The regional characteristics of wellness*”, including the association and attitude towards wellness of the South-Danubian Region's adult population's and the impact of socio-demographic factors.

Irodalom

- Ardell D.: *High Level Wellness: An Alternative to Doctors, Drugs and Disease*. Emmaus, PA: Rodale Press, 1977.
- Dunn H.: „High Level Wellness for Man and Society.” In: *American Journal of Public Health*, February 1959, 786–792. old.
- Fóris Á.: „A wellness terminológiája.” In: *Wellness alapismeretek I.* (Szerk.: Laczkó T.) PTE ETK, Bocz Kft. Pécs, 2007. pp. 24–36.
- Friedl, H.: „Wer braucht Wellness – und warum gerade jetzt?” In: *Zeitschrift für integrativen Tourismus und Entwicklung*, 4.06.S. 6–10. Wien, 2007.
- Hermes, K.: „Medical Wellness. Wellnesskonzepte aus den USA in Deutschland.” In: *Ökotrophologische Forschungsberichte*, Band 7., Verlag Dr. Rüdiger Martineß, Schwarzenbeck, 2005.
- Horx, M.: *Was ist wellness? Anatomie und Zukunftsperspektive des Wohlfühlrends*. Zukunft Institut, Frankfurt, 2001.
- Illing, K.: *Medical Wellness und Selbstzahler. Zur Erschliessung neuer Märkte für Rehabilitations-, Kurkliniken und Sanatorien*. TDC Verlag, Berlin, 2002.
- Nahrstedt, W. (Hrsg.): *Freizeit und Wellness. Gesundheitstourismus in Europa. Die neue Herausforderung für Kurotrte, Tourismus und Gesundheitssysteme*. Bielefeld, 2001.
- Töröcsik M.: *Fogyasztói magatartástrendek*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2006.
- Travis, J. W.–Ryan, R. S.: *Wellness Workbook*. 3. kiadás, Berkeley, 2004.
- Zsigmond E.: „A wellnesskoncepció története.” In: *Wellness alapismeretek I.* (Szerk.: Laczkó T.) PTE ETK, Bocz Kft., Pécs, 2007. pp. 3–21.

Jegyzetek

1. A kutatás az EU által támogatott Regionális Operatív Program 3.3 kiírásban nyertes ROP-3.3.1-05/1.-2005-09-0006/33 számú pályázat részeként valósult meg.
2. Az állításokra 1-től 7-ig terjedő skálán lehetett válaszolni, amelyeket három kategóriába soroltunk be (egyért ért (6–7), semleges (3–5), és nem ért egyet (1–2) kategóriákba).
3. A wellness szolgáltatások igénybevételének értelmezéséhez el kell mondani, hogy a megkérdezettek a wellness-szolgáltatások alatt gyakran a különböző fürdő-, szauna- és masszázs-szolgáltatásokat értik, és nem komplex szolgáltatáscsomagokat. Mivel ezek a szolgáltatások egyéntől függően külön-külön is biztosíthatják a „wellnessérzést” (testi, lelki és szellemi egyensúly érzését), illetve az egészségmegőrzés motivációját ezért nem szűkítettük le az igénybevett wellness szolgáltatások körét a különböző kezelések, aktív és passzív programok kombinációjából álló úgynevezett wellnesscsomagokra.

50 éves az Országos Egészségfejlesztési Intézet

Konferencia a Magyar Tudományos Akadémián
2008. december 4.

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet konferenciát szervezett megalakulásának 50. évfordulója alkalmából „Az 50 éves OEFI és az egészségfejlesztés új kihívásai” címmel 2008. december 4-én a Magyar Tudományos Akadémián.

A konferencián az alábbi előadások hangzottak el:

- Métneki János: *Megemlékezés az Országos Egészségfejlesztési Intézet fennállásának 50. évfordulója alkalmából*
- Clive Needle: *Az EU szerepe az egészség gazdasági és társadalmi meghatározóinak kezelésében*
- Gábor Edina: *Az Országos Egészségfejlesztési Intézet fél évszázada*
- Erio Ziglio: *A WHO együttműködése az OEFI-vel*
- Piroska Östlin: *A „WHO Commission on Social Determinants of Health” munkacsoport zárójelentésének főbb gondolatai*

– Makara Péter: *Az egészség társadalmi és gazdasági meghatározóinak kezelési esélyei a mai Magyarországon*

– Solymosy József Bonifác: *Egészségfejlesztési tapasztalatok a társadalmilag hátrányos helyzetű csoportok körében*

– Taller Ágnes: *A DETERMINE projekt az egészség társadalmi és gazdasági meghatározóiról*

– Demjén Tibor: *Az OEFI tevékenységei a dohányzás visszaszorítása érdekében*

– Kiss Judit: *Az OEFI színtérprogramjairól*

– Monspart Sarolta: *Munkahely – Életmód – Egészség*

Az előadások szövege honlapunkról letölthető.





Contents

SURVEYS

Health Behavior and Self-Rated Health in Youth of Various Levels of Physical Activity 2
Dr. Edit Paulik–Prof. Dr. László Nagymajtényi–Ferenc Bóka

The Background Factors of Drug Consumption – Emphasizing the Family Relationship, 8
Freetime Activities and the Value System – among Faith-Based and Public Adolescents
Magdolna Katalin Kádár–Mónika Balogh

Survey of Adolescent Young Adults’ Sexual Culture and Sex-Educational Programmes 19
in the XVII. District of Budapest
Dr. Arnoldné Gritz

TRAININGS

Improving Health Equity via the Social Determinants of Health in the EU 26
Update on the First Year of Work by the DETERMINE Consortium
Ágnes Tallár

REVIEWS, INFORMATION

I am Growing Up Movement 34
Gábor Köteles

190th Anniversary of Birth of Ignác Fülöp Semmelweis 35
Dr. Péter Schmidt

SURVEYS

The Rapid Emergence of Wellness in Hungary 36
Tamás Laczkó–Edit Zsigmond–Dr. Kinga Lampek

ANNIVERSARY

50th Anniversary of the National Institute for Health Development 50
Conference at the Hungarian Academy of Sciences
4 December 2008

Megrendelőlap

Előfizetésben megrendelem az Egészségfejlesztés című lapot példányban.

Előfizetési díj: 1 évre 12 000 Ft 1/2 évre 6000 Ft

Megrendelő (fizető):

Cím:

Kézbesítési cím:
(csak akkor töltse ki, ha a fizető cím nem azonos a kézbesítési címmel)

.....
aláírás

A megrendelőlapot a következő címre borítékban szíveskedjen feladni: Magyar Posta Rt. Telefonos értékesítési csoport
1900 Budapest