



Tartalom

TOVÁBBKÉPZÉS

Az egészségműveltség értelmezése és főbb kihívásai

a mai magyar társadalomban – II. rész

Taller Ágnes, Dr. Makara Péter, Tonté Dóra

2

2014 – A CSALÁD ÉVE

HPV-fertőzéssel kapcsolatos ismeretek vizsgálata

édesanyák és leányaik körében

Millei Krisztina, Vajda Réka, Kívés Zsuzsanna,

Dr. Máté Orsolya PhD., Dr. Pakai Annamária PhD.

9

FELMÉRÉSEK

Érték-e az egészség?

Gondolatok a 13–14 éves korosztály

táplálkozási szokásairól – II. rész

Dr. Huszka Péter PhD.

17

Az egészségturizmus, mint turisztikai termék

választásának motivációs tényezői – I. rész

Csíkász Emőke

27

AZ EGÉSZSÉG ÜGYE ANNO ÉS MOST

Sportsérülések a fociban – a tömegsportot érintő tanulságok

Csányi Zsófia

35

Health
Development

EGÉSZSÉG- FEJLESZTÉS

A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet folyóirata.

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

A szerkesztőbizottság tagjai:
prof. dr. Balázs Péter,
dr. Gyárfás Iván, dr. Kovács Attila,
prof. dr. Molnár Péter,
prof. dr. Simon Tamás

Főszerkesztő: dr. Török Krisztina

Felelős szerkesztő:
prof. dr. Simon Tamás

Vezető szerkesztő:
Balogh-Háromszéki Zsuzsanna

Szerkesztőség: NEFI,
1096 Budapest, Nagyvárad tér 2.
Levelezési cím: 1437 Budapest, Pf. 839/3.
Telefon: (1) 428-8272.
Fax: (1) 428-8273.
E-mail: titkarsag@oeffi.antsz.hu
Honlap: www.oeffi.hu

Kiadja:
a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet.
Terjeszti:
előfizetésben a Magyar Posta Rt.
Hírlap Üzletága,
1080 Budapest, Orczy tér 1.
Előfizethető valamennyi postán,
a kézbesítőknel,
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.





Az egészségműveltség értelmezése és főbb kihívásai a mai magyar társadalomban II. rész

Taller Ágnes, Dr. Makara Péter, Tonté Dóra

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Társadalmi hátrány és korlátozott egészségműveltség

A korlátozott, elégtelen egészségműveltség kihat az egészség és a társadalmi élet legkülönbözőbb elemeire, és kiemelkedő jelentősége van a méltányosság, az egyenlőtlenségek, a társadalmi kohézió és az integráció vonatkozásában. A korlátozottabb egészségműveltségre, információhiányra, eligazodási nehézségekre nem csupán az jellemző, hogy a „több–kevesebb” tengely alsó részén helyezkednek el. Az egészségműveltség társadalmi egyenlőtlenségei általában elkerülhetők, csökkenthetők, s az adott társadalmi kontextusban az egyes rétegek egészségműveltségbeli színvonalának különbségei általában igazságtalannak minősülnek.

A *Health of Canada* kutatási eredményeket összefoglaló ábrája (2008) jól jelzi az egészségműveltség helyét az egészség-meghatározók rendszerében, s egyúttal jól illusztrálja a hátrányos hatásokat is (1. ábra).

A korlátozott egészségműveltséggel rendelkező emberek:

- gyakrabban veszik igénybe a sürgősségi szolgáltatásokat;
- nagyobb valószínűséggel kerülnek kórházba;

- kevésbé tartják be a gyógyszerelési utasításokat;
- kisebb valószínűséggel vesznek igénybe népegészségügyi szolgáltatásokat és vesznek részt szűrővizsgálatokon;
- kezelési költségei magasabbak.

A kedvezőtlen egészségműveltség szempontjából kritikus társadalmi csoportok Magyarországon:

- idősök;
- romák;
- alacsony iskolázottságúak;
- kisebb településeken élők;
- egyéb, társadalmilag kirekesztett csoportok (mélyszegénységben élők, hajléktalanok, fogyatékkal élők, stb.).

Társadalmi méretekben a fő problémát az idősök és a hátrányos helyzetű rétegek egészségműveltségének hiányosságai, jártasságuk alacsony szintje jelenti, tehát a népegészségügyi tevékenység súlypontja itt kell, hogy legyen. Az egyes hátrányt okozó tényezők gyakran halmozódnak is.

Különösen fontos az egészségműveltség fejlesztése a szocializációs folyamatban, az óvodában, az iskolában, hiszen ez a hátrányok, az elégtelen műveltség újratermelésének, kialakulásának és rögzülésének időszaka.



innovative policies for healthy ageing



Jelen tanulmány az IROHLA-projekt kilencedik munkacsomagja keretében készült, mely az Európai Unió Egészség Programja keretében pénzügyi támogatásban részesült. A tanulmány első részét 2015/1–2. lapszámunkban olvashatták.





1. ábra

Az egészségműveltség helye az egészség-meghatározók rendszerében**KÖZVETLEN HATÁSOK**

A korlátozottabb egészségműveltséggel rendelkező emberek kisebb valószínűséggel

- értik meg és használják fel az egészséggel kapcsolatos olyan információkat, mint az öngyógyítás tudnivalói, a gyógyszerek használati utasítása, az ételkészítéskék, a biztonsági előírások, stb.
- férnek hozzá az egészséggel kapcsolatos szolgáltatásokhoz
- képesek tájékozódni és eligazodni a bonyolult egészségügyi rendszerben
- tartanak megfelelő kapcsolatot az egészségügyi szolgáltatókkal

KÖZVETETT HATÁSOK

A korlátozottabb egészségműveltséggel rendelkező emberek nagyobb valószínűséggel szegények, így

- kevésbé jutnak hozzá biztonságosabb élelmiszerekhez
- silány lakáskörülmények között élnek
 - nem biztonságos munkakörülmények között dolgoznak
 - társadalmilag elszigeteltek és kirekesztettek
 - mindennapi életük erős stresszel áthatott
- fizikai aktivitásuk alacsonyabb, táplálkozásuk kedvezőtlenebb és gyakrabban dohányoznak
- a korai gyermekkori fejlődés körükben kedvezőtlenebb

Forrás: *Health Literacy in Canada: A Healthy Understanding*
<http://www.ccl-cca.ca/CCL/Reports/HealthLiteracy.html>

Nem ritkák az egészségműveltség súlyos hiányosságai orvosok, egészségügyi szakalkalmazottak körében sem, különösen népegészségügyi, jogi és szervezeti kérdésekben. Súlyos következményekkel járhat a döntéshozók ilyen jellegű műveltségének hiánya, ami komoly akadály a egészséget támogató közpolitikai gyakorlatnak.

A magyar lakosság egészségműveltségi szintjének és egyenlőtlenségeinek kutatása, a bizonyítékok összegyűjtése kiemelkedő népegészségügyi feladat, a tennivalók tényeken alapuló megtervezésének elemi feltétele.

Az idősek egészségműveltsége – a legnagyobb kihívás

A magyar népesség körében már középtávon az időskori egészséggel kapcsolatos gondok dramatikus növekedésére kell számítani. A demográfiai előrejelzések szerint ugyanis az évtized vége felé a hazai népesség jelenleginél lényegesen kedvezőtlenebb korösszetételével kell számolnunk, mely azután feltehetően tovább romlik. Ez elkerülhetetlenül bekövetkezik, de ennek következményeire fel lehet és fel is kell készülni.

E változás része az is, hogy az időskor kezdete az egyéni életút során – egészségügyi és szociális szempontból – egyre későbbre tolódik, s ennek elősegítése a népegészségügy egyik kiemelkedő feladata.

Az életkor előrehaladtával óhatatlanul emelkedik a mindennapi életvitelükben korlátozott személyek, a mások segítségétől függő, ápolásra, gondoskodásra szoruló aránya. Ennek súlya és mértéke azonban befolyásolható. Ugyanaz a betegség, sérülés, vagy beavatkozás egy időskorú esetében sokkal hosszabb regenerálódási időt igényel, így az idős ember hosszabban szorul rá az igénybe vett külső segítségre, ápolásra és gondozásra.

A hazai 65 év felettiek jövedelemfelhasználását és fogyasztását visszafogottság jellemzi. Többségükönél nem a szegénységkockázat a legveszélyesebb, hanem az aktivitás hiányából származó problémák. A magyarországi idős állampolgárok helyzetének egyik legfontosabb megoldandó kérdése az időskorúak diszkriminációjának megszüntetése és esélyegyenlőségének megteremtése. Sok idősebb ember ki van téve a társadalmi kirekesztés valamely kockázatának, mint például az elszigetelődés vagy az ellátásokhoz való korlátozott hozzáférés. A betegek és az ellátószemélyzet egészségműveltségének hiányosságaiban, a szervezethez, a szociális és az egészségügyi szféra közötti koordináció problémáiban, valamint a feladatokhoz képest szűkös erőforrásokban is keresendő annak közvetlen oka, hogy az időskorúak egy része nem jut időben a megfelelő ellátáshoz.

Településtípustól függően is változó a különféle egészséggel kapcsolatos, illetve egészségügyi és szociális szol-



gáltatásokhoz való hozzáférés esélye, de az egészségműveltség jellegzetességei is eltérnek. Általánosságban a városokban egyszerűbb igénybe venni a szolgáltatást, mint a kis lélekszámú településeken és a tanyákon élők esetében, ahová kevesebb információ jut el. Külön szolgáltatásokkal kell célba vennünk az olyan vidéki és távoli területeket, melyeken az időskorúak számára nem elérhető az egészségműveltség fejlesztését szolgáló szociális és egyéb típusú infrastruktúra.

Az életkor előrehaladtával az idősek körében egyre meghatározóbb a nők túlsúlya, ennek az egészségműveltségre gyakorolt – a nők egészségének sajátos vonásait tárgyaló bőséges szakirodalomban leírt – következményeivel együtt.

Meghatározó különbségek mutatkoznak az egészségműveltség fejlesztési lehetőségeiben és szükségleteiben az időskor előrehaladásának egyes életciklusai szerint. A WHO életkor szerinti felosztásában a 60–74 év közöttiek az idősedők, a 75–89 évesek az idősek, a 90 év fölötti személyek pedig a nagyon idősek, de a szakirodalom általában ennél jóval bonyolultabb tipológiából indul ki.

Mind az idős társadalom tagjainak, mind a velük találkozó személyzetnek hiányosak az ismeretei az életkorral összefüggő problémákról, a fiatalabbaktól eltérő kezelési igényekről és lehetőségekről, valamint a szűrővizsgálatok és a prevenció szükséges voltáról.

A WHO Európai Regionális Irodája az egészségesebb időskor elérése érdekében az egészségügyi rendszer alábbi célzott válaszait ajánlja mérlegelésre:

– Alapvető jelentőségű az ellátás koordinációja az egészségügyi és a szociális szolgálatok, illetve az egészségügyi ellátórendszer egyes szintjei között.

– Mivel számos időskorú indokolatlanul kerül kórházba, intézkedések szükségesek a kórházon kívüli kezelés, gondozás biztosítására.

– Olyan intézkedéseket kell hozni, melyek csökkentik a megbetegedések kockázatát, illetve elősegítik az egészségi állapot stabilizálását, a funkciók megtartását, a bizalmat és a részvételt: mindez támogatja az egészségesebb időskort, és csökkenti az egészségügyi rendszerre háruló nyomást. Különösen jelentősek azon egészségfejlesztő és betegségmegelőzési programok, melyek a morbiditás és az idő előtti halálozás fő okait – mint az elhízás, a magas vérnyomás és a mentális egészség hanyatlása – célozzák.

– Az intézkedések magukban kell foglalják a testmozgást és a társadalmi kapcsolatokat. Különösen fontos szempontból a középső életkori szakaszból való kilépés időszaka.

E javasolt alternatívák mindegyikének az idősek egészségműveltségének fejlesztésére gyakorolt végiggondolható és közvetlen következményei vannak.

Az IROHLA-projekt (*Intervention Research On Health Literacy among Ageing Population – Intervenció*

kutatás az idős népesség egészségműveltségéről) az FP7 Kutatási és Technológiafejlesztési Hetedik Keretprogram támogatásával valósult meg, s ez önmagában is jelzi fontosságát. (A projektről 2015/1–2. lapszámunk Csizmadia Péter, Dr. Koós Tamás és Novoszáth Ágnes által jegyzett, *Az IROHLA-projekt. Beszámoló és a második munkacsoport keretében lezajlott kvalitatív kutatás főbb következtetései* című tanulmányában részletesen beszámoltunk.)

Az IROHLA-projekt keretében a kvalitatív eszköztárat alkalmazó elemzés célja kettős volt:

1) feltárni az európai, deprivált lakókörnyezetben élő idősek szükségleteit és tapasztalatait az egészség, a prevenció és az ellátás területén az idősek és a velük kapcsolatba kerülő egészségügyi szakemberek nézőpontjából;

2) elmélyíteni ismereteinket arról, hogy a társadalmi és kulturális különbségek hogyan befolyásolják ezen szükségleteket és tapasztalatokat.

A projekt magyarországi partnere a *Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet* volt.

Az IROHLA-projekt keretében végzett vizsgálat eredményei képet adnak arról, hogy melyek az egészség, az ellátás és a prevenció területén tapasztalható jellegzetességek, illetve milyen különbségek vannak a különböző helyzetű idősek, illetve az egészségügyi szakemberek igényei és tapasztalatai között. Az egészségműveltség fejlesztésében érdekelt – a közvetlen ellátáson kívüli – érdekhordozók sajátos nézőpontját is meg kell jelenítenünk ahhoz, hogy teljesebbé tehesük az idősek egészségműveltségéről alkotott képet.

Az idős népesség azon része számára, mely hozzáfér és képes használni az eszköztárat, az elektronikus úton hozzáférhető információk lehetőségei viharos fejlődése különösen jelentős. Számukra ez rendkívüli mértékben megnöveli az egészséggel kapcsolatos információk hozzáférhetőségét, az egészség kézben tartásának esélyét. Ma már az idősek egyre növekvő csoportja számára nem az egészségügyi szolgáltatók jelentik az egyedüli és fő információforrást. Ezt erősíti, hogy a kutatások szerint az idősek körében gyakoribb a tudatos egészségmagatartás, erőteljesebb az egészséggel kapcsolatos információk megszerzése iránti aktivitás – elsősorban az interneten.

Az e-műveltség tényleges életvezetésre gyakorolt hatása (a vitathatatlan problémák és anomáliák ellenére) alapvetően kedvező és egyre jelentősebb, különösen a krónikus betegségekben szenvedők körében. E körülmény egyre sürgetőbben veti fel az idősek számára kulturálisan specifikus elektronikus egészségműveltség-fejlesztés lehetőségeinek megteremtését Magyarországon. A népességügy szakembereinek azt is végig kell gondolniuk, mi a teendő azokkal az – általában hátrányos helyzetű – időskorúakkal, akiknek hiányzik az elektronikus egészséginformációkhoz való hozzáférési lehetősége vagy tudása.



Az idősek számára az egészségügyi szolgáltatások biztonságáról, megbízhatóságáról, hozzáférhetőségéről és felhasználóbarát voltáról minőségi szempontok alapján is ismereteket kell nyújtanunk. Többféle módon – többek között képzésekkel – kell az önellátással és az életminőség megőrzésével kapcsolatos ismereteket, egészségműveltséget biztosítanunk. Meg kell teremtenünk az élet-hosszig tartó tanulás, az önépítés és az öngondoskodás változatos lehetőségeinek, valamint az önkéntesség szélesebb körű kiépítésének lehetőségeit is. Ez az évtized hátralevő részének egyik legsürgetőbb és legjelentősebb népegészségügyi feladata.

Egészségműveltség és egészségkommunikáció

Az *egészségműveltség* fejlesztése jelentős részben *egészségkommunikáció* révén valósítható meg. A két fogalom szorosan összefügg, hiszen a műveltség – a család, a helyi közösség és az oktatás mellett – döntően kommunikációs forrásokból épül fel.

A népegészségügyi alapkommunikációval foglalkozó, a WHO Európai Regionális Bizottsága által 2011-ben kidolgozott EPHO (*Essential Public Health Operation*) az alábbi módon fogalmazza meg a kommunikáció célját és az elvégzendő feladatokat:

„A népegészségügyi kommunikáció célja az egyének és populációk egészségi alapismereteinek és egészségi állapotának javítása. A kommunikáció annak művészete és technikája, hogy miként lehet egyéneket, intézményeket és a nagy nyilvánosságot fontos egészségi kérdésekről és determinánsokról tájékoztatni, befolyásolni és motiválni. Erősíteni kell továbbá a képességeket a kockázatok csökkentésére, a betegségek megelőzésére, az egészség fejlesztésére, az egészségügyi szolgáltatásokban való eligazodásra és azok igénybevételére, az egészségügyi szakpolitikák népszerűsítésére, a közösségen belül az egyének jóllétének, életminőségének és egészségének jobbítására vonatkozó információkhoz való hozzáférés, azok megértése és hasznosítása terén.” Ez a definíció normatív jellegű, egy kívánatos állapotot ír le. A mindennapi valóságban az egészséggel összefüggő kommunikáció rendkívül sokrétű, és nem csak egészségfejlesztési szempontból célzott, kívánatos üzeneteket tartalmaz.

Az egészségkommunikáció sokszínű területet ölel fel, beleértve az egészségügyi újságírást, a szórakoztatást, a szervezeti kommunikációt, a kockázat- és kríziskommunikációt, a társadalmi kommunikációt és a szociális marketinget. Számos formája alkalmazható: a tömeg-, a multimédia- és az interaktív kommunikációtól (beleértve a mobiltelefont és az internetet is) kezdve a hagyományos és kultúraspecifikus kommunikációig, számos csatorna – az interperszonális kommunikáció,

a szervezeti és kiscsoportos média, a rádió, a televízió, a nyomtatott sajtó, a blogok, az üzenőfalak, az internetről automatikusan letölthető programok (*podcast*), a videomegosztás, az online fórumok és a mobiltelefonos üzenetek – felhasználásával.

A WHO fenti dokumentuma kiindulási alapul szolgál a korszerű, következetes és célcsoportspecifikus egészségfejlesztés és népegészségügyi kommunikáció kialakításához és alkalmazásához, így alapvető jelentőségű az egészségműveltség fejlesztésében.

Az egészségkommunikáció környezete az utóbbi két évtizedben lényegesen megváltozott. Ez nemcsak a kommunikációs csatornák számának és intenzitásának drasztikus növekedésében jelentkezik, hanem abban is, hogy megnőtt azon egészségműveltséghez tartozó témák száma, melyek közfigyelmet keltenek, illetve nőtt a jobb minőségű egészséggel és az egészségügyi intézményrendszerrel kapcsolatos információk iránti lakossági igény is. Ehhez hozzá kell tennünk azt is, hogy a kereskedelmi reklámokban is lényegesen megnövekedett az egészséggel kapcsolatos üzenetek súlya. Mind a kommunikációs eszközök és csatornák megsokszorozódása, mind pedig a közérdeklődés fokozódása és differenciálódása versenyhelyzetet teremtett az egészséggel kapcsolatos tartalmak kommunikációja területén. Ez részben együtt járt az egészségkommunikációs rendszer kommercializálódásával is.

Napjainkban számos kutató úgy látja, hogy a technológia, a kommunikációs csatorna maga vált a társadalmi folyamatok, így az egyéni és csoportszintű motiváció legfőbb szervezőerejévé. Felnőttkorba lépett az internet- és a web2-generáció, melynek a nyilvános, virtuális, mennyiségelvé információs csere fontosabb, mint a társadalmi érintkezés eddig működő formái. Egyéni és csoportszintű érdeklődésüket eddig soha nem tapasztalt tartalom-bővvel érik el a tematikus kábeltelevíziók, a helyi és közösségi rádiók, az internetes közösségi oldalak, a blogok, a fórumok és az okostelefon-alkalmazások. Egyre gyakoribb, hogy közösségek kommunikációs gerillaakciókat szerveznek.

Ebben a kommunikációs környezetben kell a népegészségügyi kommunikációnak megfelelő minőségű, célcsoportspecifikus válaszokat adnia korunk egyre erősödő tartalmi és információs igényeire. Világosan kell látnunk, hogy az egészségkommunikáció nem önmagában, hanem az egyént érő összes kommunikáció kontextusában fejti ki – kisebb vagy nagyobb – hatását. A kommunikációs tér pedig szükségképpen a legkülönbözőbb tartalmakat közvetíti, s benne a népegészségügyi megfontolásoktól eltérő, vagy azzal ellentétes információk hatalmas tömege jelenik meg.

A lakosság egészségműveltségének javítása érdekében az egészségkommunikáció egydimenziós szemlélete, a tömegkommunikációs kampányokra való szorítózkodás





alapvető egészségpolitikai hiba. A közelmúlt hazai egészségfejlesztési programjaiban jónéhány példát láthatunk, ahol megfelelő koncepció és eszközök híján a kommunikációs kampányokra korlátozott stratégia megvalósítása legfeljebb arra volt jó, hogy leplezze a valós, a lakosság egészségét ténylegesen javító intézkedések teljes hiányát. Bármilyen hatékony egészségkommunikációnak egy multidimenzionális cselekvés részeként kell működnie, összhangban a közösségi szintű programokkal, az alapvető szakpolitikai változtatásokkal, illetve az egészségügyi rendszer fejlesztésével.

A kutatások azt is bizonyítják, hogy a hatékony kommunikáció feltétele a közönség-központú perspektíva, ami azt jelenti, hogy a célzott egészségkommunikációnak tükröznie kell a célközönség preferált csatornáit, formai megoldásait és kontextusait. Különösen igaz ez a társadalmilag hátrányos helyzetű rétegek és az idősek felé irányuló kommunikáció esetén. A roma közösségek irányába történő kommunikáció csak óvatos tervezéssel, az érintett népesség kulturális jellegzetességei, médiahasználati szokásai és nyelvhasználata ismeretében lehet esélyes a sikerre.

Az egészségkommunikáció két fontos eszköze a specifikus érdekhordozók, népességek célzott megközelítése, illetve az üzenetek kulcsérdekeltek számára történő személyre szabása. A módszerek megválasztásánál figyelembe kell vennünk, hogy éppen azok az egyének, csoportok férnek hozzá legkevésbé az információhoz, a kommunikációs technológiákhoz, akik társadalmilag hátrányos helyzetűek, illetve egészségi állapotuk kedvezőtlenebb, így körükben a kommunikációra alapozott intervenciók hatékonysága alacsony. Ez tovább növelheti az egészségműveltség, általánosabban az egészségi állapot társadalmi egyenlőtlenségeit. (Az olvasásszociológiai vizsgálatok szerint a magyar felnőtt lakosság több mint negyede funkcionális analfabéta, azaz nem érti, amit olvas.)

A népegészségügyi kommunikáció hazánkban

A szakmai és lakossági egészségkommunikáció Magyarországon hiányos, nincsen sem egységes koncepció, sem olyan forrás, ahol naprakész, az egészséggel, a népegészségüggyel kapcsolatos, hiteles információk széles körben elérhetőek lennének.

A mai társadalom egyik alapvető jövőbeni kihívása az elektronikus információhoz való hozzáféréssel összefüggő társadalmi egyenlőtlenség, melyet a szakirodalom *digitális megosztottságnak* nevez. Hazánkban a lakosság egyre nagyobb részének elérhető az internet, és az iskolai fejlesztési programok egy része is a modern kommunikációs eszköztár beszerzésére, alkalmazására irányul.

Egészség-tematikájú internetes oldal nagy számban

hozzáférhető. Ez a „kínálati” oldal növekedésének előnyei mellett veszélyt is rejt magában, amennyiben az oldalak információit nem ellenőrzik, a tájékoztatás tartalmát piaci érdekekhez vagy áltudományos nézetek népszerűsítéséhez igazítják, s az oldalakon heterogén, gyakran egymásnak ellentmondó információk találhatók. Az olvasók – különösen a kevésbé képzettek – nehezen tudják kiszűrni a hamis vagy káros üzeneteket. Az egészségkommunikációs tartalmak felülvizsgálatára viszont akkor sincsen mód, ha bizonyítható a jogsértés, a tartalomszolgáltatók csak a jogszabályok betartására kötelezhetőek.

Az *egészség–betegség, egészséges életmód, megelőzés* témakörében szükséges egy olyan megbízható szakmai bázis létrehozása, mely a szakemberek, a lakosság és a média információs igényeit is kielégíti. A népegészségügy eddig nem használta kellőképpen a modern kommunikációs lehetőségeket, így az információk nem mindig a legmegbízhatóbb forrásból érték el célcsoportjukat.

Egy egészségműveltségi program sikerének alapfeltétele a tervezés és a megvalósítás komplexitása. Ennek jegyében 2013 nyarán elindult a *TÁMOP 6.1.3/B/12/ Népegészségügyi kommunikáció fejlesztése* című projekt, melynek alapvető célja a hazai egészségfejlesztési, betegségmegelőzési tevékenység, valamint szabadidősportot támogató, a társadalom különböző célcsoportjainak sajátosságaihoz illeszkedő, hatékony népegészségügyi beavatkozások folyamatos megvalósítására képes, országos szintű kapacitás kialakítása. A projekt keretében az egészségkommunikáció szakszerű és felelős menedzselésének hiányát megszüntetendő, a *Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet* bázisán létrejött az *Egészségkommunikációs Központ*. A projekt tervezett és remélt eredményeképpen jelentősen javulhat a lakosság egészségműveltsége, az egészséges élet iránti attitűdje, valamint növekedhet az egészségfejlesztési és betegségmegelőzési programokban való lakossági részvétel.

Néhány tanulság

Az egészségműveltség koncepciójának újraértelmezése és előtérbe kerülése jelzi, hogy a modern népegészségügyben a reális és hatékony cselekvés lehetőségeinek feltárása a hangsúlyos. A fentiek alapján néhány átfogó szakmapolitikai következtetés is levonható.

– Az egészségműveltség kedvező változása célzott készségfejlesztést támogató intézkedésekkel és szolgáltatásokkal lehet fenntartható és hatékony.

– Bár a *társadalmi helyzet*, a *nem* és az *életciklus* alapvető szakmai differenciálási szempontok, az egészségműveltségi programok kialakításánál tekintetbe kell vennünk az egészség-meghatározókat is.

– Az egészség társadalmi meghatározóinak az egészségműveltséget is célzó kedvező befolyásolására irá-





nyuló intézkedések – mint például az egészséggel kapcsolatos, megbízható információkhoz való hozzáférés javítása – több sikerrel és fenntarthatóbb eredménnyel kecsegtetnek, mint az egészségügy egyes szereplőinek elszigetelt akciói.

– Az alapellátás és a népegészségügy egészségműveltségre fordított nagyobb figyelme tényleges egészségnyereséget eredményezhet. Ezért az egészségműveltség kérdésének az orvosok és egészségügyi szakalkalmazottak képzésében, továbbképzésében, illetve a népegészségügyi kutatásban nagyobb teret kell adni.

– Az egyén egészségműveltségének többlete javítja az egészségügyi rendszer hatékonyságát, és ez fordítva is érvényesül.

– Az egészségpolitikai intézkedéseket egészségműveltségre gyakorolt hatásuk szerint elemezni és értékelni kell.

E megfontolások érvényesítése elsősorban nem jelentős többletforrásokat, hanem korszerű stratégiai gondolkodást és több szakmapolitikai figyelmet igényel. A következő fél évtizedben eldől, képes-e erre a magyar népegészségügy.

Összefoglalás

A népegészségügyi szakemberek körében az utóbbi évtizedben egyre többet emlegetett *egészségműveltség* az *Egészségügyi Világszervezet* legegyszerűbb definíciója szerint az emberek azon kognitív és szociális képességét, valamint készségét jelenti, amellyel hozzáférnek, megértik és felhasználják a jó egészséget elősegítő és fenntartó információkat. Az egészségműveltség hangsúlyos, jellemző vonása a képességek, készségek aktív alkalmazása. Segítségével az emberek kezükben tarthatják egészségük alakítását, az ehhez szükséges információk megszerzését, így felelősen alakíthatják életük, emberi-társadalmi környezetük minőségének e meghatározó elemét.

A mai magyar társadalom egészségműveltségére irányuló célzott felmérések nem állnak rendelkezésünkre. Az egészségismeretek terjesztésére, így az egészségműveltség fejlesztésére irányuló tevékenység azonban évtizedek óta jelen van a magyarországi egészségfejlesztésben. A tanulmány – hiánypótló jelleggel – az egészségműveltség fogalmának kialakulását, kereteit, jelentőségét, valamint egészségpolitikai és társadalmi vetületeit foglalja össze magyarországi viszonylatban.

Társadalmi szinten a fő problémát leginkább az idősek és a hátrányos helyzetű rétegek egészségműveltségének alacsony szintje jelenti, de a hiányosságok az egészségügyi dolgozók körében sem ritkák. Az egészségműveltség jelentős részben az egészségkommunikáció segítségével fejleszthető, mely akkor lehet hatékony, ha az egészséget támogató közpolitikai keretek társulnak hozzá, össz-

hangban van az alapvető szakpolitikai változtatásokkal, az egészségügyi rendszer fejlesztésével, valamint a közösségi szintű akciókkal. A *Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet* jelenleg az *Intervenciós kutatás az idős népesség egészségműveltségéről* című *IROHLA-projekt* magyarországi partnereként, valamint a *TÁMOP 6.1.3.B/12 Népegészségügyi kommunikáció fejlesztése* című projekt megvalósítójaként foglalkozik a témával.

Kulcsszavak: egészségműveltség, egészségkommunikáció, az egészség társadalmi meghatározói, egészség-egyenlőtlenségek, *IROHLA-projekt*, *TÁMOP 6.1.3.B/12 Népegészségügyi kommunikáció fejlesztése* című projekt

Abstract

Health literacy was mentioned by public health experts more and more often in the last decade. According to the simplest definition of the *World Health Organisation*, *health literacy* means the cognitive and social competencies and skills to access, understand, and apply health information promoting and maintaining good health. An important and characteristic feature of health literacy is the active usage of competencies and skills. Health literacy helps people to control their health and to gain the necessary information to this, thus, they can shape this decisive element of their life and the quality of their human-social environment in a responsible way.

There are no targeted surveys available on the health literacy of the current Hungarian population. However, activities have been taken in health promotion to disseminate health knowledge, thus, to improve health literacy for decades. This article is first to summarize the development of the concept, frameworks, importance and health policy and social relevance of health literacy in Hungary.

At social level the main problem is mostly the low level of health literacy among the elderly and socially disadvantaged people. Although, deficiencies of health literacy among health care staff is also prevalent. Health literacy can be improved mainly by health communication, which is only effective if coupled with health promoting public policy frameworks and harmonised with basic policy changes, the development of the health care system and community actions. The *National Institute for Health Development* deals with health literacy at the moment as associated partner in the *IROHLA* (*“Intervention Research On Health Literacy among Ageing population”*) project and by implementing the project *“Developing Public Health Communication”* (*TÁMOP 6.1.3.B/12*).

Keywords: health literacy, health communication, social determinants of health, health inequalities, *IROHLA* project, *“Developing Public Health Communication”* (*TÁMOP 6.1.3.B/12*) project



IRODALOM

- Az OEFI története. <http://www.oefi.hu/tortenet.htm>
- Canadian Public Health Association – Health Literacy Portal. <http://www.cpha.ca/en/programs/portals/h-l.aspx>
- Dr. Kishegyi Júlia–Dr. Makara Péter (szerk.): *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai.* Egészségfejlesztési Módszertani füzetek, 2004. <http://www.oefi.hu/modszertan1.pdf>
- Dr. Métneki János: *40 éves az intézményes egészségnevelés.* Nemzeti Egészségvédelmi Intézet, Budapest, 1989.
- EuroHealthNet's Healthy Ageing Website. Healthy Ageing.* www.healthyageing.eu
- Health Literacy.* Public Health Agency of Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/hl-ls/index-eng.php>
- Health Literacy in Canada: A Healthy Understanding.* <http://www.ccl-cca.ca/CCL/Reports/HealthLiteracy.html>
- Health literacy: The solid facts.* World Health Organization. Regional Office for Europe, 2013. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
- Healthy ageing.* WHO/Europe. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthyageing>
- IROHLA. Innovative policies for healthy ageing.* <http://www.irohla.eu/home/>
- Kickbusch, I.: „Health literacy: addressing the health and education divide.” In: *Health Promotion International*, 2001; 16(3).
- Kickbusch, I.: „Health literacy: a search for new categories.” In: *Health Promotion International*, 2002; 15(3):183–4.
- Kickbusch, I.–Wait, S.–Maag, D.: *Navigating Health. The role of Health Literacy.* Alliance for Health and the Future, London, 2006.
- Makara, P.: *Social Cohesion and Health Literacy – Conseil de l'Europe.* <http://www.coe.int/t/dg3/health/Position%20Paper%20Prof%20Makara-EN.pdf>
- Marmot, M.–Wilkinson, R.G. (ed.): *Social determinants of health.* Oxford University Press, 2006.
- Nairobi Call to Action, the 7th Global Conference on Health Promotion.* <http://en.thaihealth.or.th/system/files/Nairobi%20Call%20to%20Action%20Nov09.pdf>
- National Prevention Strategy. America's Plan for Better Health and Wellness.* National Prevention, Health Promotion and Public Health Council, 2011. <http://www.surgeongeneral.gov/initiatives/prevention/strategy/report.pdf>
- Ritsatakis, A.–Makara, P.: *Gaining Health. Analysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases.* World Health Organisation, 2009.
- Rootman, I.–Gordon-El-Bihety, D.: *A Vision for a Health Literate Canada. Report of the Expert Panel on Health Literacy.* Canadian Public Health Association, 2008. www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/report_e.pdf
- Scholman, B.F.: „Health literacy: a key ingredient for managing personal health.” In: *Online Journal of Issues in Nursing*, 2004. <http://nursingworld.org>.
- Solar, O.–Irwin, A.: *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion. Paper for the Commission on SDH2 (Policy and Practice), 2007. Strategy and action plan on healthy ageing Europe 2012–2020.* http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf
- The 10 Essential Public Health Operations.* WHO/Europe. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations>
- UNESCO: *Literacy as Freedom.* Paris, 2003. p. 209.
- Vadász Katalin–Sallai Antalné (szerk.): *Derűs időskor – aktív időskort támogató közösségi programok.* Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2007. <http://mek.niif.hu/08100/08120/08120.pdf>
- WHO Ageing Strategy.* World Health Organization. http://www.who.int/healthinfo/29_ALC_Beard.pdf



HPV-fertőzéssel kapcsolatos ismeretek vizsgálata édesanyák és leányaik körében

Millei Krisztina osztályvezető főnövér,¹ Vajda Réka szakoktató,²
Kívés Zsuzsanna szakoktató,² Dr. Máté Orsolya PhD., adjunktus,³
Dr. Pakai Annamária PhD., adjunktus, mb. tanszékvezető⁴

¹Hévízgyógyfürdő és Szent András Reumakórház, Hévíz

²Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségbiztosítási Intézet

³Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolástudományi,
Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet

⁴Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolástudományi,

Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet, Védőnői és Prevenációs Tanszék

ENSZ: 2014 a család nemzetközi éve

2014-ben húsz éves évfordulóját ünnepli a család első nemzetközi éve. Az *Egyesült Nemzetek Szövetsége* az évforduló kapcsán a családok társadalmi szerepére irányítja a figyelmet: 2014 a család nemzetközi éve lesz, május 15-ét pedig a *Családok Nemzetközi Napjává* nyilvánították. Az évforduló egyben arra is lehetőséget ad, hogy áttekinthessék a család társadalmi fejlődésben betöltött szerepét, illetve a családpolitika aktuális trendjeit – fogalmaz az ENSZ honlapja (www.family2014.org).

A tematikus év súlypontjai között szerepel a családi szegénység leküzdése, a szociális kirekesztődés megakadályozása, a család és a munka viszonyának problémái, a szociális integráció előmozdítása és a generációk közötti szolidaritás erősítése, a családi struktúrák változásainak vizsgálata, valamint a családbarát döntéshozatalt ösztönző javaslatok kidolgozása.

A *Nemzetközi Családfejlesztési Szövetség (International Federation for Family Development – IFED)* az évforduló kapcsán arra kéri a tagországokat: vegyék figyelembe a családokat érintő társadalmi és gazdasági körülményeket, segítsék a családbarát intézkedéseket, melyek célja, hogy a családok számára fenntartható, megfizethető és minőségi életkörülményeket biztosítsanak, elismerve a családoknak a társadalmi kohézió, valamint a gazdasági fejlődés elősegítésében játszott szerepét.

Folyóiratunk az évforduló kapcsán felmerülő kérdéseknek szenteli új sorozatát. Elsőként a terápiás munka családi krízisek megelőzésében játszott szerepét, lehetőségeit, majd az első gyermeküket váró fiatalok szülői szerepre való felkészültségét, illetve középiskolás tanulók szexuális magatartását vizsgáltuk. Ismertettük a „*Családok krízishelyzetben – a magánélet és a munka közötti egyensúly biztosítása nehéz gazdasági körülmények között*” címmel 2014 áprilisában, Athénban rendezett konferencia célkitűzéseit és eredményeit; a nagycsaládos életforma gyermekvállalási tervekre gyakorolt hatását; a családalapítás útvesztőinek, az elakadások megelőzésének lehetőségeit; a szülésznők várandósgondozás során játszott, megváltozott preventív szerepét; valamint a németországi *KITA*-intézményekben végzett pedagógiai munkát.

A későbbiekben bemutatjuk a gyermekágyi hangulatváltozásokkal kapcsolatos primer prevenciók javaslatokat, egy speciális kismama-gerinctorna jótékony eredményeit, valamint a szülésznők HPV-fertőzés megelőzésében, illetve mozgásukban korlátozott várandós nők ellátásában játszott egészségnevelési szerepét.

(A szerk.)



Bevezetés

A 2012-es európai adatokat áttekintve láthatjuk, hogy a méhnyak daganatos megbetegedése a hatodik leggyakoribb női rosszindulatú daganat. Az 1. ábra szemlélteti, hogy a volt szocialista országokban az incidencia továbbra is magas – Romániában 100.000 lakosra 28,6 új esetszám jut, míg például az Egyesült Királyságban, Németországban vagy Finnországban 4,3–8,2 között ingadozik. Hazánk a fejlett államokhoz viszonyítva kedvezőtlenebb tendenciát mutat, azonban az incidencia alacsonyabb, mint a fejlődő országokban, és egyes volt szocialista országokban (HPV Information Centre, 2014).

Magyarországon 4,51 millió 15 évnél idősebb, a méhnyakrák szempontjából veszélyeztetett nő él. A mutatók alapján Magyarországon az emlő-, a vastagbél- és a tüdőrák mögött a méhnyakrák a negyedik leggyakrabban előforduló daganatos megbetegedés, míg a 15–44 éves korú nők között – az emlőrák után – a második helyet foglalja el (WHO, 2015). A halálloki gyakoriság 1990 óta csökkenő tendenciát mutat, a halálozási trend 2002-ig (1998 és 2000 kivételével) jellemzően meghaladta az évi 500 esetszámot, majd ezt követően – a méhnyakrák-szűrés bevezetésének köszönhetően – jól érzékelhető csökkenés következett be. Aktuális becslések szerint évente 1178 nőt diagnosztizálnak méhnyakrákkal és megközelítőleg 460 nő veszíti életét (HPV Information Centre, 2015).

Hazánkban 2003 óta létezik szervezett lakossági szűrés. A magyar egészségügyi és népegészségügyi rendszer strukturális, működési és finanszírozási jellemzőivel számos hazai tanulmány foglalkozik (Boncz et al., 2005, 2006, 2007; Ágoston et al., 2010).

A humán papillomavírus (HPV) világszerte a leggyakoribb, szexuális úton terjedő kórokozó (Gavillon et al., 2010). Kiemelt orvosi és társadalmi jelentőségét az adja, hogy az invazív méhnyakrák 84,8%-ának kialakulásáért az onkogén 16–18-as HPV-típusokkal való fertőzés tehető felelőssé (HPV Information Centre, 2015). A méhnyakrák kialakulásának megelőzésében így fontos szerepet játszik a HPV elleni vakcina, melynek két formája kapható: a két (Cervarix), illetve a négy (Gardasil) támadáspontú védőoltás. Mindkettő tartalmazza a HPV16 és a HPV18L1 fehérjét, a négykomponensű változatban pedig a HPV6 és a HPV11 is megtalálható (Bősze, 2009, 2013).

Szakirodalmi adatok szerint 22 európai ország állami támogatással biztosítja a népességben élő 9–12 éves lányok beoltását. Hazánkban 2014 szeptemberétől a Cervarix az államilag is támogatott vakcina. A HPV elleni

önkéntesen vállalt védőoltást olyan leánygyermekek kaphatják meg első alkalommal, akik betöltötték 12. életévüket, és az adott tanévben a 7. osztályt végzik. Egyes országokban folyik a felzárkóztató oltások (catch-up vaccination) szervezése is, például Belgiumban, Luxemburgban, Svédországban 18, Macedóniában 26 éves korig biztosítják az állami támogatást (Bősze, 2009, 2013).

A vizsgálat célja

Vizsgálatunk célkitűzése, hogy felmérjük az édesanyák és 18–25 év közötti leánygyermekük humán papillomavírussal és HPV-oltással kapcsolatos ismereteit, valamint az oltással szembeni attitűdjüket.

Adat és módszer

A kvalitatív, keresztmetszeti vizsgálat 2013. május 1. és augusztus 31. között zajlott le. A nem véletlenszerű, kényelmi mintavétel során Zalaegerszegen és vonzáskörzetében élő, beleegyezésüket adó édesanyák és 18–25 év közötti leánygyermekük kerültek a célcsoportba. A kutatás során alkalmazott, saját szerkesztésű kérdőív a következő kérdésköröket tartalmazta: szociodemográfiai kérdések (pl. az életkor, a családi állapot, a gyermekek száma, a lakhely, az iskolai végzettség, a foglalkozás és annak jellege, az anyagi helyzet), valamint a HPV-vírussal és a HPV-oltással kapcsolatos ismeretek és attitűd (Vajda, 2012; Songthap et al., 2012; Paul et al., 2012).

A kérdőív kitöltése önkéntes és anonim volt. Az adatgyűjtés során 200 db kérdőívet osztottunk ki. Kizártuk azokat, akik a kérdőív több mint 70%-át nem töltötték ki ($n = 37$). A végleges mintát 77 édesanya és 86 fiatal leány adta ($n = 163$). Az adatok elemzéséhez Microsoft Office Excel és SPSS 19.0 programokat használtunk. A leíró statisztika keretén belül abszolút és relatív gyakoriságot, átlagot, illetve szórást számoltunk. A matematikai statisztikán belül kétmintás t-próbát alkalmaztunk. Az eredményeket átlag megbízhatósági tartománnyal prezentáltuk és $p < 0,05$ esetén tekintettük szignifikánsnak (Lampeck et al., 2012; Pakai et al., 2013).

Eredmények

Szociodemográfiai adatok

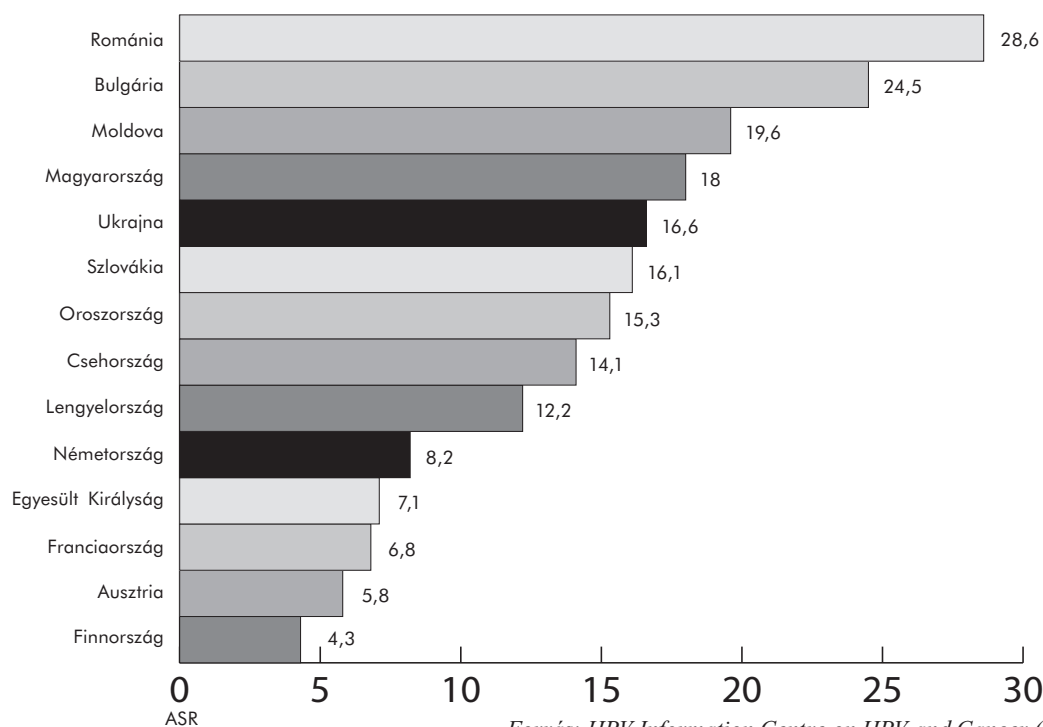
A megkérdezett édesanyák átlagéletkora 50,16 év (szórás: 3,99), a legfiatalabb 42, a legidősebb 57 éves volt. A megkérdezettek több mint fele szakközépiskolai, illet-

LEVELEZÉSI CÍM:

Dr. Pakai Annamária PhD., Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet, Védőnői és Prevenációs Tanszék. Postacím: 7621 Pécs, Vörösmarty út 4. Telefon: +36-92-311-115. E-mail: annamaria.pakai@etk.pte.hu

1. ábra

**A méhnyak daganatos előfordulása egyes európai országokban
(100.000 fő standard életkor alapján)**



Forrás: HPV Information Centre on HPV and Cancer (2014)

ve gimnáziumi érettségivel (50,7%), 24 fő szakiskolai vagy szakmunkás végzettséggel rendelkezik (31,2%). Mindösszesen 14 fő (18,2%) rendelkezik főiskolai vagy egyetemi diplomával. A válaszadók közel fele (n = 43) házasságban él, míg 10 fő elvált, illetve 16 fő özvegy.

A vizsgálatban résztvevő fiatal leányok átlagéletkora 20,17 év (szórás: 1,21), a legfiatalabb 18, a legidősebb 23 éves volt, valamennyien szakközépiskolai vagy gimnáziumi érettségivel rendelkeznek (100%). Többségük hajadon (67,4%), míg 13 fő (15%) élettársi kapcsolatban, 6 fő pedig (6,98%) házasságban él.

A nőgyógyászati szűrésen való részvétel

A válaszadók 81,3%-a, az édesanyák 94,6%-a, a leánygyermek 69,8%-a életében legalább egyszer már járt méhnyakrák-szűrésen. Az átlagéletkor az első nőgyógyászati vizsgálat idején 19,5 év (szórás: 3,41, minimum: 14, maximum: 53). A leányok átlagosan 17,72 évesen (szórás: 1,34), az édesanyák átlagosan 4 évvel később, 21 évesen jelentek meg az első vizsgálaton (2. ábra). A két csoport között a különbség szignifikáns (p<0,05). Azok közül, akik életük folyamán egyszer már jártak szűrésen, 62,6% évente, 24,5% két évente, 3,6% három évente, 9,4%

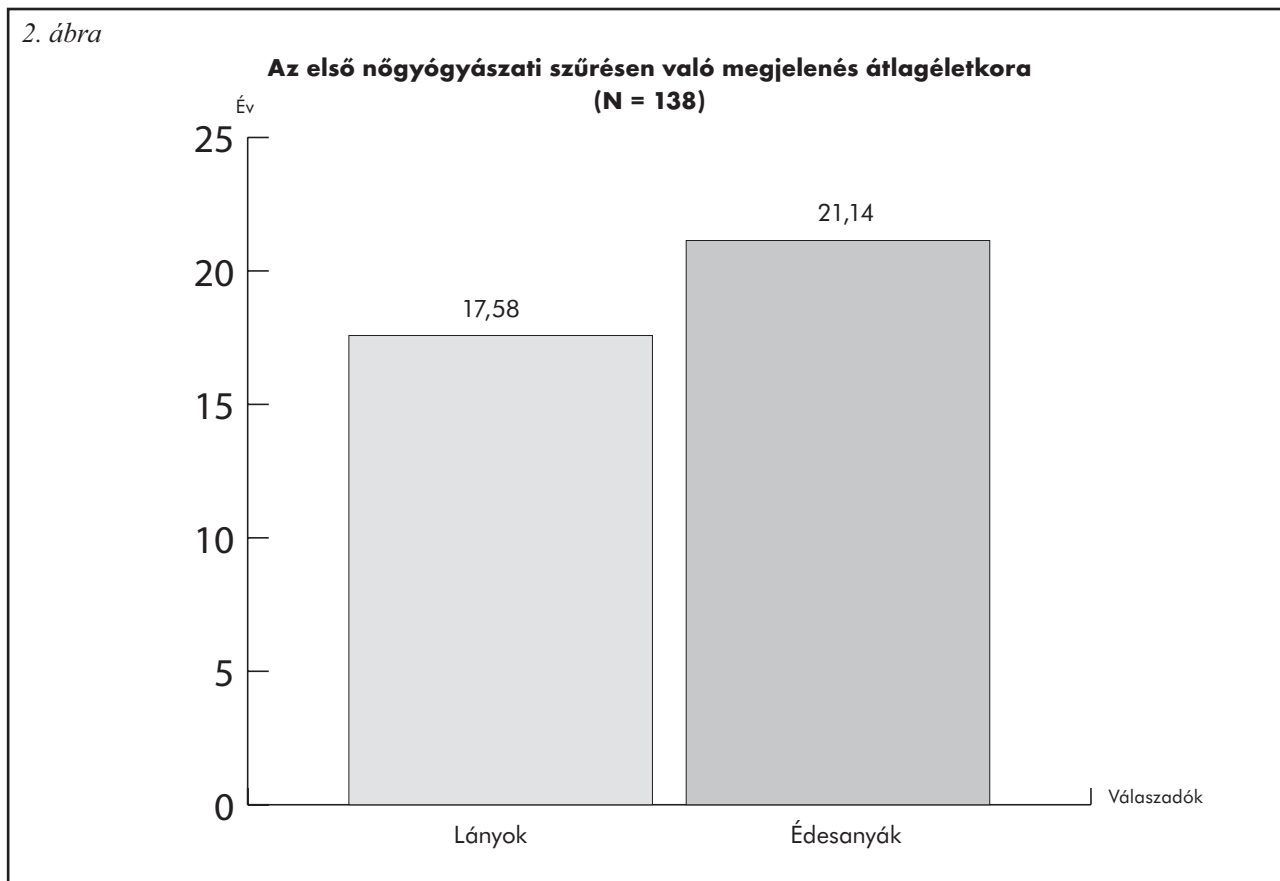
ennél ritkábban jár. Sajnos 18,8%-uk (n = 30) ez ideig távolmaradt a nőgyógyászati szűréstől.

A fiatal leányok szexuális magatartása

A fiatal lányok átlagosan 17,09 évesen (szórás: 1,12) kezdi a szexuális életet, a legfiatalabb életkor 15 év volt. Szexuális partnereik számát tekintve 76,8%-uknak egy partnere volt, 12,2%-uk már új partnerével él szexuális életet, 10,9%-uk pedig több szexuális partnert is bejelölt. A szexuális magatartásra vonatkozó kérdést az édesanyák számára nem tettük fel.

A HPV-oltással kapcsolatos ismeretszint

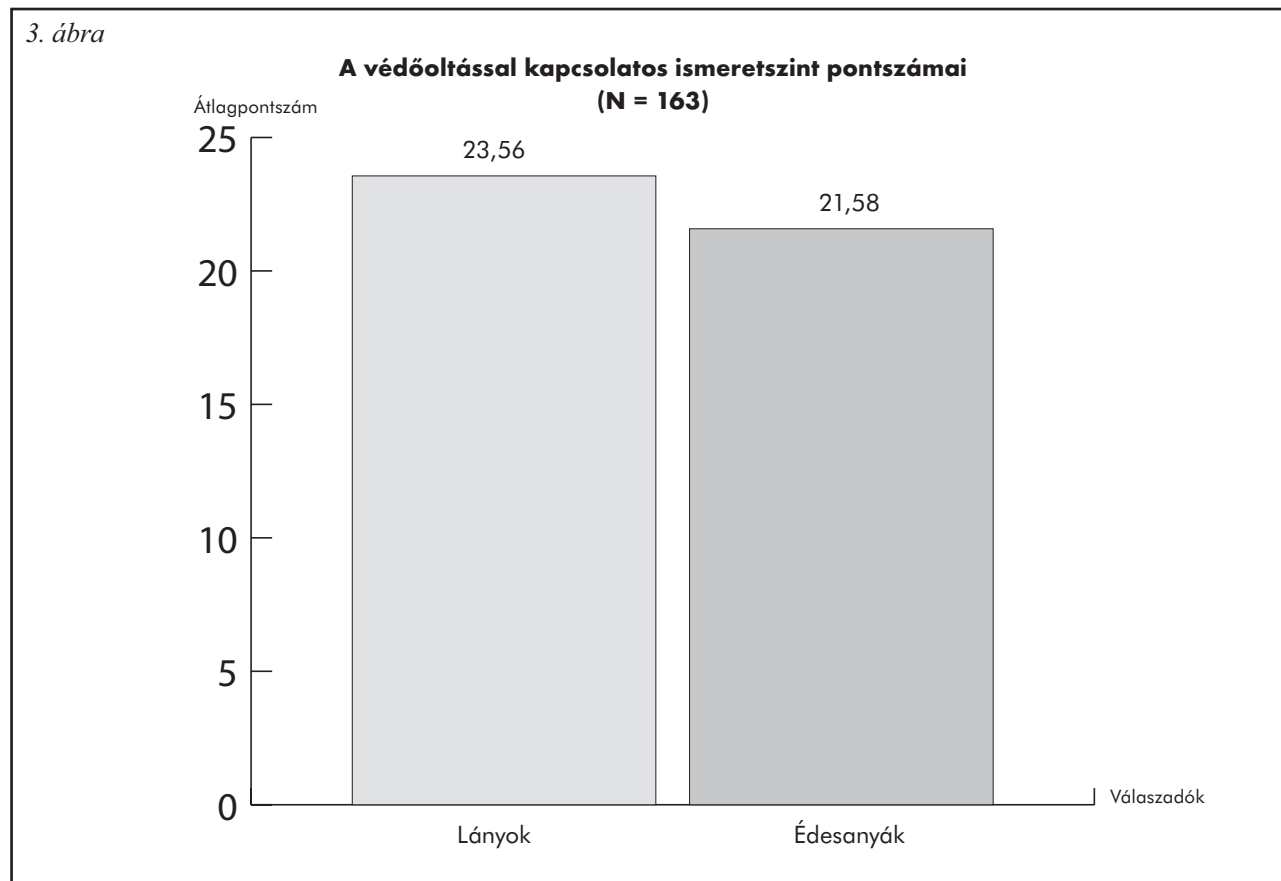
A HPV-vírussal és a védőoltással kapcsolatos ismeretek szintjét 16 egyszerű és többszörös feleletválasztásos kérdéssel vizsgáltuk. A kapott válaszokból kiderül, hogy az édesanyák 79%-a helyesen adta meg a HPV jelentését, míg 19%-a helytelenül baktériumot jelölt meg a lehetséges válaszok közül. A leányok kedvezőbb eredményt értek el, 97%-uk helyesen a vírust jelölte meg, csupán 2%-uk válasza volt helytelen. Arra a kérdésre, hogy a HPV-nek melyik típusa okozza a betegséget, az édesanyák 63%-a



helyesen adta meg a választ (*HR – high-risk törzsek*), 33%-uk szerint nem azonosított (*non-classified*), 2%-uk véleménye alapján alacsony kockázatú törzs a kiváltó ok. A fiatal leányok 93%-a erre a kérdésre helyesen a magas rizikójú törzset jelölte be. Az anyák 46,8%-a tudta, hogy a HPV-fertőzés sokszor tünetmentes, de tüneteként szeméremtesten megjelenő rózsaszínű szemölcs is megjelenhet. A fiatal leányok 54,7%-a helyesen válaszolt, 45%-uk azonban nem volt tisztában a HPV-fertőzés tüneteivel. A válaszadó édesanyák 63%-a, a fiatal leányok 70%-a helyesen tudta, hogy a fertőzés egyaránt érinthet nőket és férfiakat. Az anyák 59%-a, a leányok 81%-a helyesen válaszolt arra a kérdésre, hogy lehet-e fertőzött anélkül, hogy tudna róla. A fertőzés módjára vonatkozó kérdésre az édesanyák 98%-a, a fiatal leányok 88%-a helyesen tudta, hogy szexuális úton terjed. Arra a kérdésre, hogy a fertőzés okoz-e problémát a menstruáció során, az anyák 38%-a nyilatkozta, hogy igen, míg 7%-uk válaszolta helyesen, hogy nem. Az édesanyák 89%-a jól tudta, hogy a HPV-fertőzés kezelés nélkül nem gyógyul meg. Erre a kérdésre a fiatal leányok 93%-a válaszolt helyesen. A HPV-fertőzés megelőzhetőségével kapcsolatban az anyák 94%-a adott helyes választ, míg a fiatalabb válaszadók mindegyike tisztában volt azzal, hogy a fertőzés megelőzhető.

Az édesanyák 79%-a, a fiatal leányok 97%-a már korábban is értesült a HPV elleni oltásról. Arra a kérdésre, hogy milyen védőoltás hozzáférhető Magyarországon, az anyák 72,7%-a helyesen jelölte a két leginkább rákkeltő típus, a *HPV 16* és *18* elleni védőoltást, 27,3%-uk gondolta úgy, hogy még nem kapható hatékony védőoltás. A fiatal leányok 91%-a adott helyes választ, csupán 7 fő szerint nincsen hatékony oltás. Az édesanyák 39%-a helyesen válaszolta, hogy a gyerekek kórházban, háziorvosi rendelőben, esetleg iskolában kaphatnak oltást, 61%-uk viszont nem tudta, hogy hol. A fiatal leányok 38%-a jelölte helyesen, ahol megkaphatják az oltást, 53 fő azonban nem volt tisztában az oltást biztosító intézményekkel. Arra a kérdésre, hogy a HPV elleni védőoltás 100%-os védeltséget nyújt-e a méhnyakrákkal szemben, az anyák 22,1%-a, fiatal leányok 16,3%-a válaszolta helyesen, hogy igen.

Összesítve az eredményeket, az egyszerű választásos kérdéseknél 1 pontot ért a helyes válasz, míg a többször választásos kérdéseknél a felkínált alternatívák száma határozta meg a maximálisan elérhető pontértéket. Az elérhető legmagasabb pontszám 33 volt. A teljes mintát tekintve a legalacsonyabb pontszám 16, a legmagasabb pontszám 28 pont volt. A résztvevők átlagosan 22,6 pontot (szórás: 2,79) értek el. A megkérdezett édesanyák szignifikánsan ($p < 0,001$) kevesebb átlagos pontszámot



érték el (mean: 21,58, szórás: 2,39 pont), mint leányaik (mean: 23,55, szórás: 2,80 pont) (3. ábra).

A HPV-fertőzés elleni védőoltásokkal kapcsolatos attitűd

A HPV-vakcináció célpopulációja a 9–26 éves korosztály, ezért a következő kérdéskörben a fiatal lányok HPV elleni védőoltással kapcsolatos hozzáállását vizsgáltuk. Közülük csupán 29,8% igényelte a védőoltást. A válaszadók 82,4%-ának szándékában áll beoltatni magát, mert felelősnek érzi magát egészségéért (84,1%), és úgy érzi, hogy hosszú távon ennyit meg kell tennie ennek érdekében (83,5%). A megkérdezettek többsége (78,9%) szeretné megelőzni a méhnyakrákos megbetegedést. Több mint 90%-uk vallja, hogy közvetlen környezetükben sem HPV-fertőzés, sem méhnyakrákos megbetegedés nem fordult elő, ezért nem ez fogja motiválni abban, hogy kérje a védőoltást. 67,9%-uk gondolja úgy, hogy kellő információval rendelkezik az oltásról, ezért nem utasítja el. Tisztában vannak azzal, hogy ők is lehetnek betegek (88,9%), és a méhnyakrák korosztályukban is előfordulhat (77%), ezért a védőoltás mellett döntenek. Mindössze 8,6%-uk állítja, hogy nem oltatja be magát, mert drágának találja a vakcinát.

Megbeszélés

Európában a méhnyakrák előfordulási aránya 100.000 lakosra vetítve 10,6 fő, a keleti régióban kétszer magasabb, mint Nyugat-Európában. Az incidenciát és a mortalitást tekintve hazánk is kedvezőtlen képet mutat (Kesic 2013). Számos hazai és nemzetközi kutatás foglalkozik a szervezett nőgyógyászati szűrésektől való távolmaradás okainak feltárásával, az oki tényezőkre és a megelőzésre vonatkozó ismeretek felmérésével, a szűréssel szembeni attitűd vizsgálatával, valamint a daganatos megbetegedések pszichoszociális elemzésével (Németh, 2011; Karamánné, 2009; Pakai, 2010; Dégi, 2006, 2007, 2008).

Vizsgálatunk célja az volt, hogy kvalitatív módszer segítségével feltárjuk a Zalaegerszegen és vonzáskörzetében élő édesanyák és leánygyermekük HPV-vírussal és HPV-oltással kapcsolatos ismereteit, valamint az oltással szembeni attitűdjüket.

Munkánk során elméleti kiindulópontul szolgáltak azon hazai kutatások és statisztikai adatfelvételek, melyek a választott témával kapcsolatos ismeretszinttel, attitűddel foglalkoznak (Pakai, 2011; Vajda, 2014). Szakirodalmi adatok is alátámasztják, hogy a méhnyakrák magasabb előfordulási gyakorisága és a humán papillomavírus által okozott fertőzéssel kapcsolatos hiányos ismeretek összefüggésben állnak.

Kutatási eredményeink alapján a megkérdezettek elméleti ismeretei – az elérhető 33 pontból átlagosan 22 ponttal – közepes szintnek felelnek meg (67%). A hazai és nemzetközi kutatási eredmények hasonlítanak az általunk végzett kutatások eredményeihez. *Marek és mtsai* 2012-ben publikált eredményei alapján a serdülők 95%-a hallott már a méhnyakrákról, a HPV-ről és a vírussal való megfertőződésről, de az ok-okozati összefüggéseket nem ismerik (*Marek, 2012*). Saját kutatásunkban a fiatal leányok tisztában voltak azzal, hogy mit jelent a HPV rövidítés, a vírussal való megfertőződés módját is ismerték, valamint nagy arányban tudták azt is, hogy a magas rizikójú HPV-törzsek felelősek a méhnyakrákos megbetegedés kialakulásáért.

A szexuális partnerek gyakori váltogatása, illetve a korán megkezdett nemi élet növeli a méhnyakrákos megbetegedés kialakulásának kockázatát. A megkérdezett fiatal leányok átlagosan 17 évesen kezdték a szexuális életet, 21,1%-uk már két vagy több partnerrel is létesített szexuális kapcsolatot. A fertőzést elősegítő tényezők közül a szexuális partnerek számával 79,8%-uk, a korán megkezdett szexuális élet rizikófaktorával 87,7%-uk volt tisztában.

A megkérdezettek 88,45%-a hallott már arról, hogy a HPV-vel való megfertőződés megelőzhető, és arról is, hogy létezik ellene védőoltás.

Annak ellenére, hogy a vakcina magas szintű védelmet nyújt a méhnyakrák kialakulásáért felelős humán papillomavírus ellen, nem szabad megfélemlíteni az évente egyszer ismételt méhnyakrákszűrésről sem. A válaszadók több mint fele évente, 13,1%-uk azonban csak háromévente vagy ennél ritkábban vesz részt nőgyógyászati szűrővizsgálaton.

Összefoglalásként megállapítható, hogy a fiatal leányok több ismerettel rendelkeznek mind a HPV-vírusról, mind a HPV elleni oltást illetően, mint az édesanyák ($p < 0,05$). Az eredmények felhívják a figyelmet arra, hogy az édesanyák ismeretei hiányosak, sok esetben tévesek, pontatlanok. A nem megfelelő tájékozottság emelheti a méhnyakrák kialakulásának kockázatát, hiszen ha nem rendelkeznek megfelelő ismeretekkel, nem érzik eléggé fontosnak a HPV elleni védőoltást, illetve a szűrővizsgálatokon való rendszeres részvételt sem. Előfordulhat, hogy a téves ismeretek terjesztése és az ismerethiány korlátozza a védőoltás beadásának lehetőségét.

Az édesanyák számára fontos annak felismerése és megértése, hogy a kamaszkorú leánygyermek is – attól kezdve, hogy szexuális kapcsolatot létesítenek – ki vannak téve a méhnyakrák kialakulásában szerepet játszó vírusfertőzésnek. Ezért kiemelten fontos nem csak a fiatal leányok, de az édesanyák körében végzendő egészségnevelés, szemléletformálás is. Az egészségtudomány területén (pl. egészségfejlesztés, egészségnevelés, a szülői szerepek,

a szülői szerepekre való felkészítés, a családok egészségvédelme, szűrővizsgálatok) magas színvonalú kutatások valósulnak meg, így a témában való oktatás és publicitás révén szemléletformálás érhető el (*Soósné Kiss, 2007, 2008; Vajda, 2014.a, 2014.b*). A szülői szerepekre való felkészítés során sikeresen alkalmazott programozott oktatási módszer – mely önálló tanulással megszerzett, kontrollált tudást biztosít (*Soósné Kiss, 2002, 2004, 2009*) – ezen területre történő adaptálását is javasoljuk.

A HPV védőoltás nem kötelező, de a felelős egészségmagatartás kialakítása érdekében meggyőző lenne részletes írásbeli tájékoztató mellett, szülész-nőgyógyász szakorvos és védőnő bevonásával, a védőoltás beadása előtt, előadás formájában tájékoztatást nyújtani a védőoltás beadásának céljáról, népegészségügyi jelentőségéről, összetevőiről, hatásmódjáról, a védőhatás időtartalmáról, hatékonyságáról, valamint a csekély számban előforduló enyhe mellékhatásokról a leánygyermek és édesanyjuk számára.

Emellett tudatosítani kell a nőgyógyászati vizsgálat folyamatát, lehetséges hasznát, illetve azt, hogy milyen következményekkel járhat a részvétel elmulasztása. Az előadás után célszerű kötetlen beszélgetést vagy személyes konzultációt biztosítani, ahol a résztvevők a témával kapcsolatban felmerülő kérdéseikre pontos választ kaphatnak. A szakemberek által végzett személyes konzultációnak további előnye, hogy eloszlathatóak a téves információból fakadó félelmek, így csökkenthető az oltás elutasításának aránya is.

A méhnyakrákos megbetegedések számának csökkentésében nélkülözhetetlen, hogy a célpopuláció megismerje a nőgyógyászati prevenció fontosságát, hogy a leánygyermek a felnőtté válás folyamán tudatosan, felelősséget vállalva mindent megtegyenek jó egészségi állapotuk megőrzéséért.

Összefoglalás

Célkitűzés: A humán papillomavírus (HPV) a XXI. század leggyakoribb, nemi úton terjedő kórokozója. A daganatkeltő HPV-típusokkal történő fertőzés felelős a méhnyakrák kialakulásáért. Célunk, hogy felmérjük az édesanyák és 18–25 év közötti leánygyermekük humán papillomavírussal és HPV-oltással kapcsolatos ismereteit, valamint az oltással szembeni attitűdjüket.

Adat és módszer: 2013. május 1. és augusztus 31. között saját szerkesztésű kérdőív segítségével kvantitatív, keresztmetszeti vizsgálatot végeztünk. Nem véletlenszerű, kényelmi mintavétel során célcsoportunk Zalaegerszegen és vonzáskörzetében élő, 18 és 25 év közötti leányok és leánygyermeküket nevelő édesanyák voltak ($N = 163$). Az adatok elemzéséhez Microsoft Office Excel-t és SPSS-programot használtunk. A leíró statisztika-



ka (átlag, szórás, gyakoriság) mellett matematikai statisztikát is (t-próba) alkalmaztunk ($p < 0,05$).

Eredmények: Felmérésünk során a fiatal leányok 97%-a, az édesanyák 79%-a ismerte a HPV jelentését. Jelentős részük ($n = 119$) nem részesült oltásban, bár hallottak róla. A fiatal leányok HPV-oltással kapcsolatos ismeretszintje átlagosan magasabb az édesanyáknál ($p < 0,05$).

Következtetések: Az eredmények tükrében fontos, hogy a célpopuláció megismerje a nőgyógyászati prevenció fontosságát, és a leánygyermek a felnőtté válás folyamán – tudatosan felelősséget vállalva – mindent megtegyenek jó egészségi állapotuk megőrzéséért.

Abstract

Introduction: Human papillomavirus (HPV) is the most common sexually transmitted pathogen of the 21st century. Infection by the oncogenic HPV-types is responsible for the development of cervical cancer. Our aim was to evaluate mothers' and their daughters' level of knowledge regarding HPV, cervical cancer and HPV-injection.

Data and methods: We conducted our quantitative, cross-sectional study with the help of a self-edited questionnaire between May 1st 2013 and August 31st 2013. Our sample was assembled by non-randomised, convenience sampling technique, and contained mothers and their daughters aged 18 to 25 ($N = 163$) living in Zalaegerszeg and its neighbourhood. The applied questionnaire focused on the following topics: socio-demo-

graphic questions, knowledge on HPV and HPV-injection, attitude. For data analysis we applied Microsoft Office Excel and the SPSS software, and completed descriptive statistics (mean, standard deviation, and frequency) and mathematical statistics (two-sample t-test) ($p < 0,05$).

Results: 81.3% of the respondents have participated in cervical cancer screening at least once in their lives: 94.6% of mothers and 69.8% of daughters. Average age at the first gynaecologic examination of the respondents was $19,5 \pm 3,41$ years; for the daughters this age was $17,72 \pm 1,34$ on average, for the mothers this age was 4 years more on average, around age 21.97% of the mother respondents and 79% of the daughter respondents know correctly what HPV means. Most of the respondents ($n = 119$) never received any HPV-injection, although they have heard about this option. Generally the level of knowledge on HPV-injection is higher in case of young women compared to their mothers ($p < 0,05$).

Conclusions: Based on our results we may claim that it is important to emphasize the gynaecological prevention within the target group, and that young girls – being aware of their responsibility – should do everything to maintain their good health during adolescence.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Jelen tudományos közleményt a szerzők a Pécsi Tudományegyetem alapításának 650. évfordulója emlékének szentelik.

IRODALOM

1. Ágoston, I.–Sándor, J.–Kárpáti, K.–Péntek, M. (2010): Economic considerations of HPV vaccination. *Prev Med.* 50(1–2):93.
2. Balla B C.–Dobos G. (2010): „Felmérés a fiatal magyar nők körében a méhnyakrákról, szűrésről és a HPV-oltásról.” In: *Egészségfejlesztés*, 51(3):22–24.
3. Boncz, I. (2006): „Prevention of cervical cancer in low-resource settings.” In: *JAMA*, 295(11):1248.17.
4. Boncz, I.–Sebestyén, A.–Ember, I. (2007): „Organized, nationwide cervical cancer screening programme in Hungary.” In: *Gynecol Oncol*, 106(1):272–273.
5. Bószé P. (2009): „Az emberi papillomavírus elleni oltás (HPV-oltás): orvostörténeti esemény.” In: *Nőgyógyászati Onkológia*, 14: 152–162.
6. Bószé P. (2013): „Az első védőoltás a rák ellen: az emberi papillomavírus elleni oltás.” In: *Orvosi Hetilap*, 154(16):603–618.
7. Dégi L. Cs. (2008): „Pszichoszociális kockázati tényezők szerepe a daganatos megbetegedésekben.” In: Kopp, M. (szerk.): *Magyar lelkiállapot, 2008*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 557–568.
8. Dégi L. Cs. (2007): „Egészségi állapot, egészségvédő és kockázatos egészségmagatartási szokások vizsgálata erdélyi felnőtt populációban a daganatos megbetegedés rizikója szempontjából.” In: *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, 8(4):251–269.
9. Dégi L. Cs.–Szabó B. (2006): „A felnőtt középkorú lakosság egészség-magatartásának pszichoszociális vetületei.” In: *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, 7(3):191–205.
10. Éliás Zs.–Táncsics D.–Tóth B.–Vajda R.–Sélleyné Gyuró M. (2013): „A szervezett emlőszűrések való megjelenés és távolmaradás motívumainak szakirodalmi áttekintése.” In: *Egészség-Akadémia*, 4(2):104–111.
11. Galamb Á.–Pajor A.–Langmár Z.–Sobel G. (2011): „Az első magyarországi humán papillomavírus központ tapasztalatai (2007–2011).” In: *Orvosi Hetilap*, 152(45):1804–1807.



12. Gavillon, N.–Veraet, H.–Derniaux, E.–Terrosi, P.–Graesslin, O.–Qverenx, C. (2010): „Papillomavirus Humán (HPV): comment ai-je attrape ca?”. In: *Gynecologie Obstetrique Fertil*, 38(3):199–204.
13. Hegyaljai R.–Paál A.–Sobel G.–Bánhidly F. (2010): „A nők ismeretei a méhnyakrákról.” In: *Orvosi Hetilap*, 151(8):302–305.
14. HPV Information Centre: *Human Papillomavirus and Related Diseases Report*. <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/HUN.pdf> Letöltve: 2015.04.08.
15. Karamánné Pakai A.–Németh K.–Kriszbacher I.–Dér A.–Lampek K.–Mészáros L.–Betlehem J.–Balázs P. (2009): „A szervezett méhnyakrák-szűrés távolmaradás okainak vizsgálata a Nyugat-dunántúli régióban élő nők körében.” In: *Magyar Epidemiológia*, 6(1): 9–20.
16. Kesic, V. (2013): „Prevention of Cervical Cancer in Central and Eastern Europe and Central Asia: A Challenge for the Future.” In: *Vaccine*, 31, Suppl. 7:H1–H84.
17. Koiss R.–Siklós P. (2010): „A humán papillomavirus és a méhnyakrák kapcsolata.” In: *LAM*, 20(2):96–102.
18. Kriszbacher, I.–Oláh, A.–Bódis, J.–Boncz, I. (2007): „Health sciences research in Hungary.” In: *CMAJ*, 176(6):809–812.
19. Lampek K.–Kívés Zs. (2012): „Kutatásmódszertani és biostatistikai ismeretek.” In: Oláh, A.: *Az ápolástudomány tankönyve*. Budapest, Medicina.
20. Langmár Z.–Németh M.–Kornya L. (2011): „Méhnyakszűrés Magyarországon – epidemiológiai, történeti és módszertani vonatkozások.” In: *Orvosi Hetilap*, 152(51):2063–2064.
21. Németh, K.–Kállai, J.–Tiringer, I.–Mangel, L.–Farkas, Sz.–Dér, A.–Balázs, P.–Pálfiné Szabó, I.–Pakai, A. (2011): „The Relationship of Coping Mechanisms and Social Support Among Hungarian Women Suffering from malignant Breast Cancer.” In: *New Medicine*, 14(1):26–29.
22. Pakai A. (2011): *A méhnyakrákszűrésen való megjelenés motívációjának vizsgálata*. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Doktori Iskola.
23. Pakai, A.–Dér, A.–Kriszbacher, I.–Németh, K.–Zsigmond, E.–Balázs, P. (2010): „Why don't Hungarian Women take part in organized cervical screening?” In: *New Medicine*, 1(1):27–30.
24. Pakai A.–Kívés Zs. (2013): „Kutatásról ápolóknak. Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségügyi kutatásokban.” In: *Nővér*, 26(3):20–43.
25. Párduczné Sz. A.–Lukács A.–Párducz L. (2012): „A Human Papillomavírussal kapcsolatos ismeretek Békés megyei fiatalok körében.” In: *Egészségfejlesztés*, 53(1–2):28–35.
26. Paul, P.–LaMontage, D. S.–Le, N. T. (2012): „Knowledge of cervical center and hpv vaccine post-vaccination among mothers and daughters in Vietnam.” In: *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(6):2587–2592.
27. Marek, E.–Dergez, T.–Rebek-Nagy, G.–Keicskovics, A.–Kovács, K.–Bozsa, S.–Kiss, I.–Ember, I.–Göcze, P. (2011): „Adolescent's awareness of HPV infections and attitudes towards HPV vaccination 3 years following the introduction of the HPV vaccine in Hungary.” In: *Vaccine*, 29(47):8591–8598.
28. Songthap, A.–Pitisuttithum, P.–Kaewkungwal, J.–Fungladda, W.–Bussaratid, V. (2012): „Knowledge, attitudes, and acceptability of a human papilloma virus vaccine among students, parents and teachers in Thailand.” In: *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 43(2):340–353.
29. Soósné Kiss Zs.–Feith H. J. (2008): „Végzés után a családok egészségfejlesztésében szerepet vállaló védőnő hallgatók családkepe.” In: *Egészségfejlesztés*, 49(3):16–20.
30. Soósné Kiss Zs. (2007): „A szülésre felkészülés egy új lehetősége, az „aktív szülésre felkészülés (ASZF)” – modell.” In: *Védőnő*, 17(2):3–7.
25. Soósné Kiss Zs. (2009): „Ergebnisse des Programms „Vorbereitung auf aktive Elternschaft”: Werdende Eltern erfolgreich schulen.” In: *Pflegezeitschrift*, 62(5):268–269.
26. Soósné Kiss Zs. (2002): „Programozott oktatás és alkalmazási lehetősége a szülésre felkészítésben.” In: *Egészségnevelés*, 43(6):276–279.
27. Soósné Kiss, Zs.: „Spezielle Unterstützung der Eltern, die Ihre Kinder in Ungarn bekommen.” In: *Pflegezeitschrift*, 2004; 57(7): 476–280.
28. Vajda R.–Karamánné Pakai A.–Éliás Zs.–Sélleyné Gyuró M.–Tamás P.–Várnagy Á.–Kívés Zs. (2014): „A méhnyakrákkal kapcsolatos ismeretek és szűrővizsgálaton való részvételi mutatók vizsgálata.” In: *LAM*, 24(3):118–125.
29. Vajda R.–Kívés Zs.–Éliás Zs.–Sélleyné Gyuró M.–Tamás P.–Várnagy Á.–Karamánné Pakai A. (2014): „A humán papillomavírussal (HPV) kapcsolatos attitűdvizsgálat.” In: *Magyar Nőorvosok Lapja*, 77(3):18–25.



Érték-e az egészség? Gondolatok a 13–14 éves korosztály táplálkozási szokásairól II. rész

Dr. Huszka Péter PhD., egyetemi docens

Széchenyi István Egyetem, Gazdaságtudományi Kar, Marketing és Menedzsment Tanszék, Győr

Adat és módszer

A kutatás feladata egy megbízható adatsor felállítása volt a 13–14 éves korosztály egészségtudatosságának, egészséges életmódjának, egészségi állapotának és táplálkozási szokásainak vizsgálatára. A vizsgálat több lépcsőben zajlott, és terveink szerint a következő években is folytatódik. Jelen tanulmányban a fiatalok táplálkozási szokásaival foglalkozó vizsgálat eredményeit ismertetem.

Mindezen célok és feladatok korrekt megvalósítása érdekében az alapsokaságból vett minta összeállításánál szándékom volt a reprezentativitás és a véletlenszerűség biztosítása. Egy korábban kidolgozott többlépcsős mintavételi eljárás segítségével (Szakály Z., 1994; Huszka P., 2006) többszörös reprezentativitást sikerült elérnünk. A kvótarendszert nem és iskolai végzettség szerint úgy állítottam össze, hogy a megadott korosztályt tükrözze.

A megbízható eredmények alapja – a reprezentativitáson túl – az, hogy a véletlenszerű kiválasztás lehetőségét is biztosítanunk kell. Ehhez az ún. „minden n -edik” módszert alkalmaztam, melynek fontos jellemzője, hogy minden egyes személynek azonos esélye van arra, hogy bekerüljön a mintába.

A fentieknek megfelelően a kérdőívek kitöltése véletlenszerűen kiválasztott oktatási intézmények 8. évfolyamában történt, oly módon, hogy minden második iskolában csupán egy osztályt (A, B, C sorrendben) kérdeztem

meg. A többi (páratlan sorszámú) iskolában ugyanakkor az osztályok közül véletlenszerűen két osztályt választottam ki (feltéve, hogy több évfolyam is volt az intézményben). A kérdőíveket az adott osztály minden egyes tanulója kitöltötte. A vizsgálatban 205 fő vett részt.

A nagyszámú adat feldolgozása az SPSS for Windows 14.0 matematikai-statisztikai programcsomag segítségével történt. A program felhasználásával gyakorisági eloszlások, keresztábrák segítségével vizsgáltam az egyes változók egymással, valamint a háttérváltozókkal való összefüggéseit. Az átlagszámítások mellett a χ^2 -próbaival (Malhotra, 2001) szignifikancia-vizsgálatokat is végeztem.

Az eredmények és értékelésük

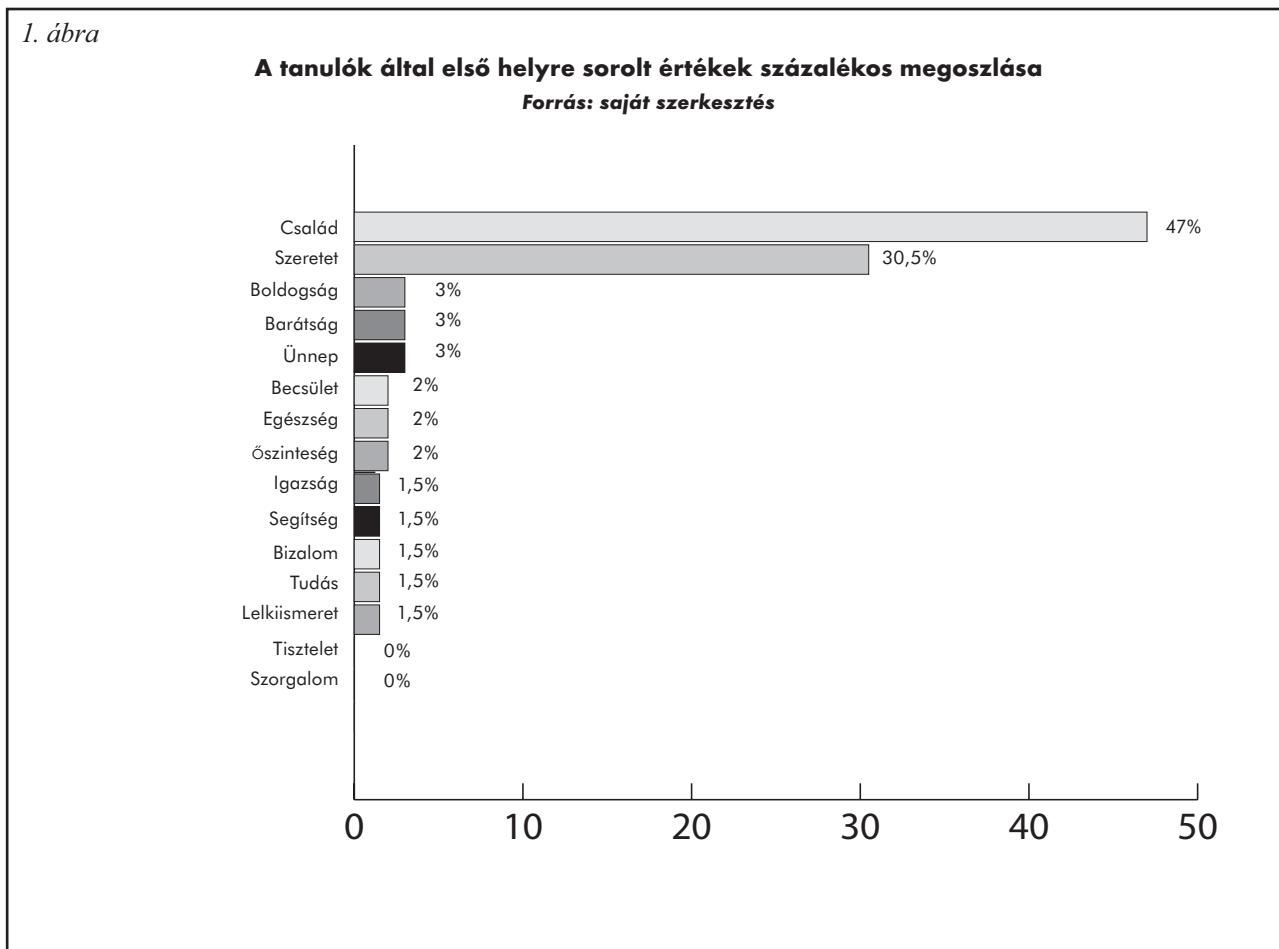
Érték-e az egészség?

Napjainkban már nem csak a felnőtteknek, hanem a gyermekeknek is lehetőségük nyílik a számukra fontos értékek megválasztására. Míg az ókorban a bátorság, a becsületesség, az őszinteség és a barátság számítottak a legfontosabb értékeknek, addig ez manapság már nem ilyen egyértelmű, sőt, ezen értékek egyre inkább veszélybe kerülnek. Ezért is fontos, hogy az értékekre való nevelést már kisgyermekkorban elkezdjük. A kutatás során

LEVELEZÉSI CÍM:

Dr. Huszka Péter, Széchenyi István Egyetem, Gazdaságtudományi Kar, Marketing és Menedzsment Tanszék. Postacím: 9026 Győr, Egyetem tér 1. Telefon: +36-96-503-489. E-mail: huszkap@sze.hu – A tanulmány első részét 2015/1–2. lapszámunkban olvashatták.





azt is szerettem volna megtudni, hogy az egészség értéként jelenik-e meg gyermekeink mindennapjaiban.

A kérdőívben tizenöt értéket soroltam fel. Arra kértem a tanulókat, hogy 1-től 15-ig állítsák őket fontossági sorrendbe úgy, hogy az egyes a legfontosabb, a tizenötös a legkevésbé fontos értéket jelentse. Az eredmény a következőképpen alakult (1. ábra): gyermekeink többségének (47%) a *család* a legfontosabb érték, ezt követi a *szeretet* (30,5%), majd a *boldogság* (3%), a *barátság* (3%) és az *ünnepek* (3%), a harmadik – két százalékos eredményt elért blokkban – pedig a *becsület*, az *őszinteség* és az *egészség*. Az e csoportba tartozó értékeket a tanulók közül négyen-négyen rangsorolták az első helyre. A *tisztelet* és a *szorgalom* úgy tűnik, nem jelent értéket gyermekeinknek.

A *szeretet*, illetve a *család*, mint a társadalom legfontosabb szocializációs színtere, nem véletlenül jelent értéket a 13–14 éves korosztály számára. Mint mindannyian, a gyermekek is először a családban, családtagjainkon keresztül sajátítják el első ismereteiket az együttélés szabályairól, így minden családnak jól, kevésbé jól, vagy rosszul működő, önszabályozó rendszerként kell – vagy inkább kellene – működnie. Az ábráról jól látható, hogy e két érték a legfontosabb, mégpedig nemtől és a család

anyagi helyzetétől függetlenül. Messze ezen értékek után jelennek meg a társas együttlét jelzőszavai, mint a *boldogság*, a *barátság* és a *becsület*, míg a *tisztelet* sajnos senki nem rangsorolta az első helyre.

A kamaszok számára az *egészség* nem jelent kiemelkedő fontosságú értéket (jelzem, az *őszinteség* és a *becsület* sem szerepelt jól). Meglepő volt számomra az is, hogy négy tanuló az egészséget utolsó helyre sorolta. Ez utalhat arra, hogy szerencsések, hiszen valószínűleg nem találkoztak családjukban komolyabb betegséggel, azonban arra is, hogy nincsenek tudatában az egészség fontosságának, mert sem otthon, sem máshol nem beszélnek erről.

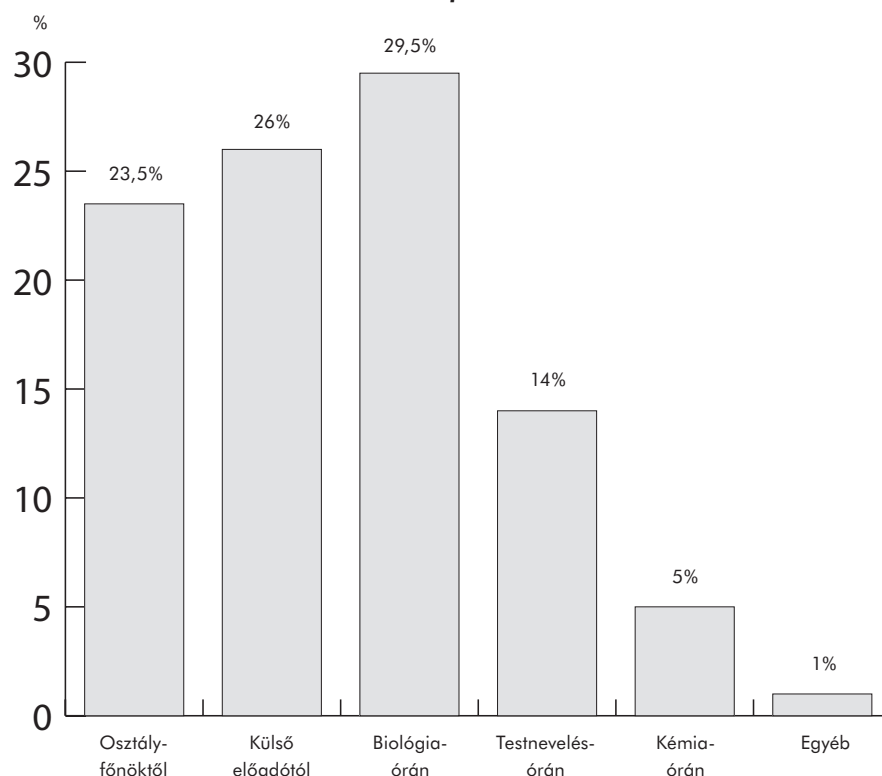
Az egészség mint érték

Az egészség értékességét többnyire nem kérdőjelezi meg egy középkorú ember sem, mivel ismeri annak értékét. Az egészség tehát rendkívül fontos és pótolhatatlan. A család, mint elsődleges szocializációs közeg, központi szerepet tölthet be minden érték, így az egészségtudatosság kialakításában és rendszerré szerveződésében is. Azon családok, melyek értékrendszerükben megjelentetik az egészséges életmódot, és mintával segítik az egyes

2. ábra

Honnan tájékoznak a tanulók az egészséges életmódról?

Forrás: saját szerkesztés



értékek megfelelő rendszerbe szerveződésének folyamatát, valamint azok fejlődését, képesek arra, hogy egészséges nemzedékeket neveljenek.

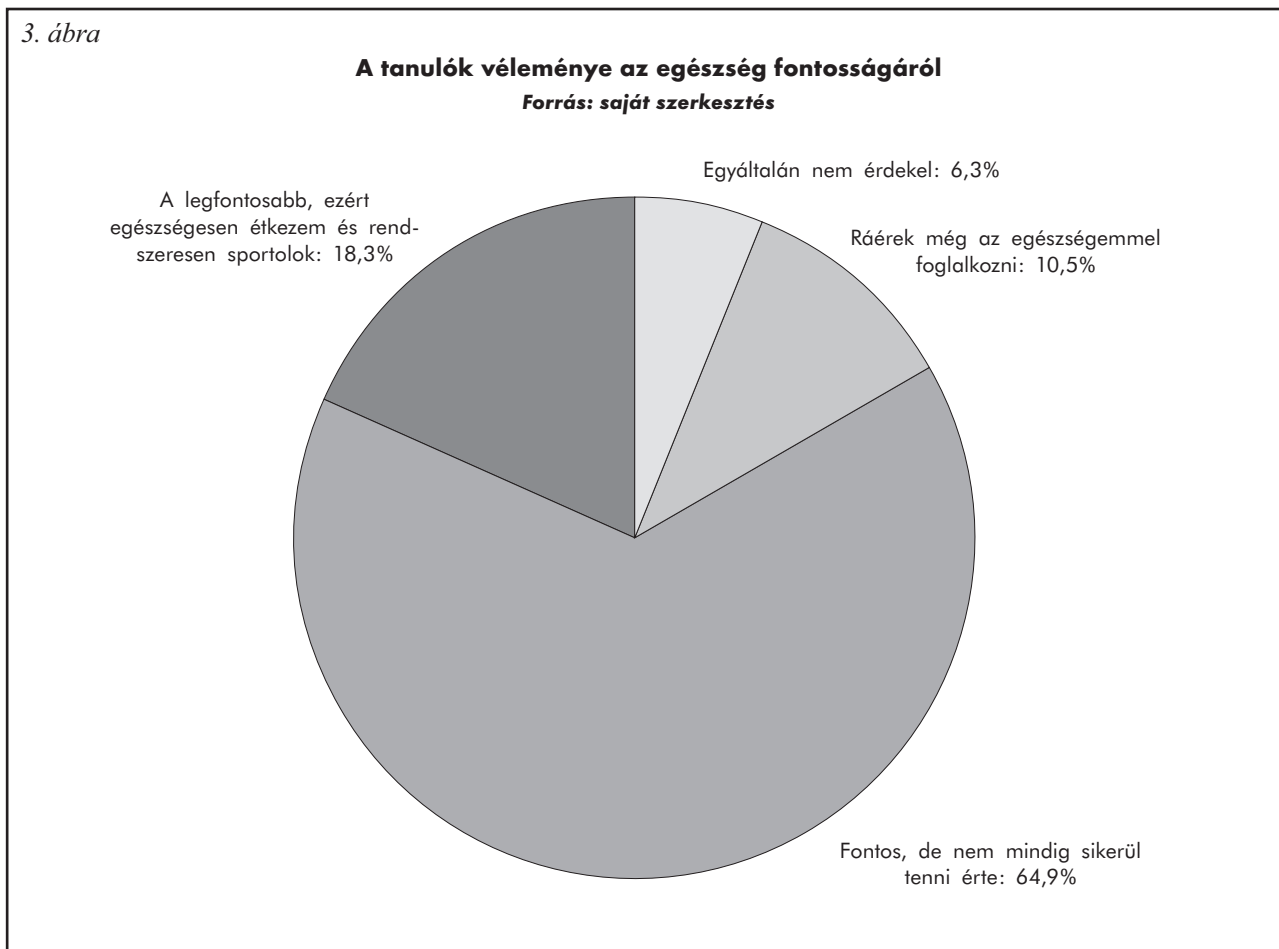
Kutatásom során kíváncsi voltam arra is, hogy a megkérdezett gyermekek hogyan vélekednek saját egészségi állapotukról, illetve családjuk táplálkozási szokásairól. Nem kevésbé fontos annak ismerete sem, hogy az iskolában van-e lehetőségük az egészségről, az egészséges életmódról tanulni, tájékozódni.

A megkérdezettek közül a többség, 93,6% hallott az iskolában az egészséges életmódról (2. ábra). Ez véleményem szerint jó arány, bár sok esetben kérdéses annak szakmai megalapozottsága. Az ábrából kiderül, hogy a legtöbben biológiaórán (29,5%), külső előadótól (26%), illetve az osztályfőnöktől (23,5%) kaptak információt. Meglepetésemre testnevelésórán mindössze 28 gyermek (14%) hallott az egészséges életmódról. Úgy gondolom, a táplálkozás mellett az egészséget befolyásoló egyik legfontosabb életmódbeli jellemző az, hogy egy társadalom tagjai milyen gyakran üznek valamilyen rendszeres fizikai aktivitást, mivel a civilizált társadalmakra már gyermek- és fiatalkorban is egyre inkább jellemző az ülő, mozgásszegény életmód. A fiatalok számára

a fizikai aktivitás egyik legfontosabb területe az iskolai testnevelés kellene, hogy legyen, a testnevelés és a sport ugyanis – amellet, hogy egészségünket nagymértékben befolyásolja – alkalmas kapcsolatteremtő képességünk fejlesztésére, a tolerancia szellemének megismertetésére, valamint – sajátos eszközein keresztül – aktívabb szerepvállalásra nevel, önkifejezésre, önmegvalósításra ad lehetőséget. Habár a kutatás nem tér ki arra a kérdésre, hogy a fiatalok milyen mértékben szereznek ismereteket egymástól, de a korosztály esetében – korábbi vizsgálatok alapján – feltételezhető, hogy jellemzőbb az információ- és tudásmegosztási hajlandóság, mint a felnőttek esetében (Lore, 2008).

Érdekes eredmény, hogy a gyermekek egy részének szerepel *Egészségtan* tantárgy az órarendjében, ám mindössze három gyermek tüntette fel az *Egyéb* kategóriában ezt az információforrást. Volt, aki szüleit vagy osztálytársát nevezte meg, és volt, aki egy kereskedelmi televíziós csatorna műsorában hallott az egészséges életmódról.

A felmérés egyik sarkalatos kutatási területe a saját egészség megítélése volt. Arra a kérdésre, hogy mennyire fontos a fiatalok számára az egészség, 64,9%-uk azt válaszolta, hogy fontos, de nem mindig sikerül tenniük



érte. Habár 18,3%-uk a legfontosabbnak tartja, ez az arány véleményem szerint igen csekély. Aggasztóan sok diák (10,5%) úgy gondolja, ráér még az egészségével foglalkozni, a megkérdezettek 6,3%-át pedig egyáltalán nem érdekli a kérdés (3. ábra).

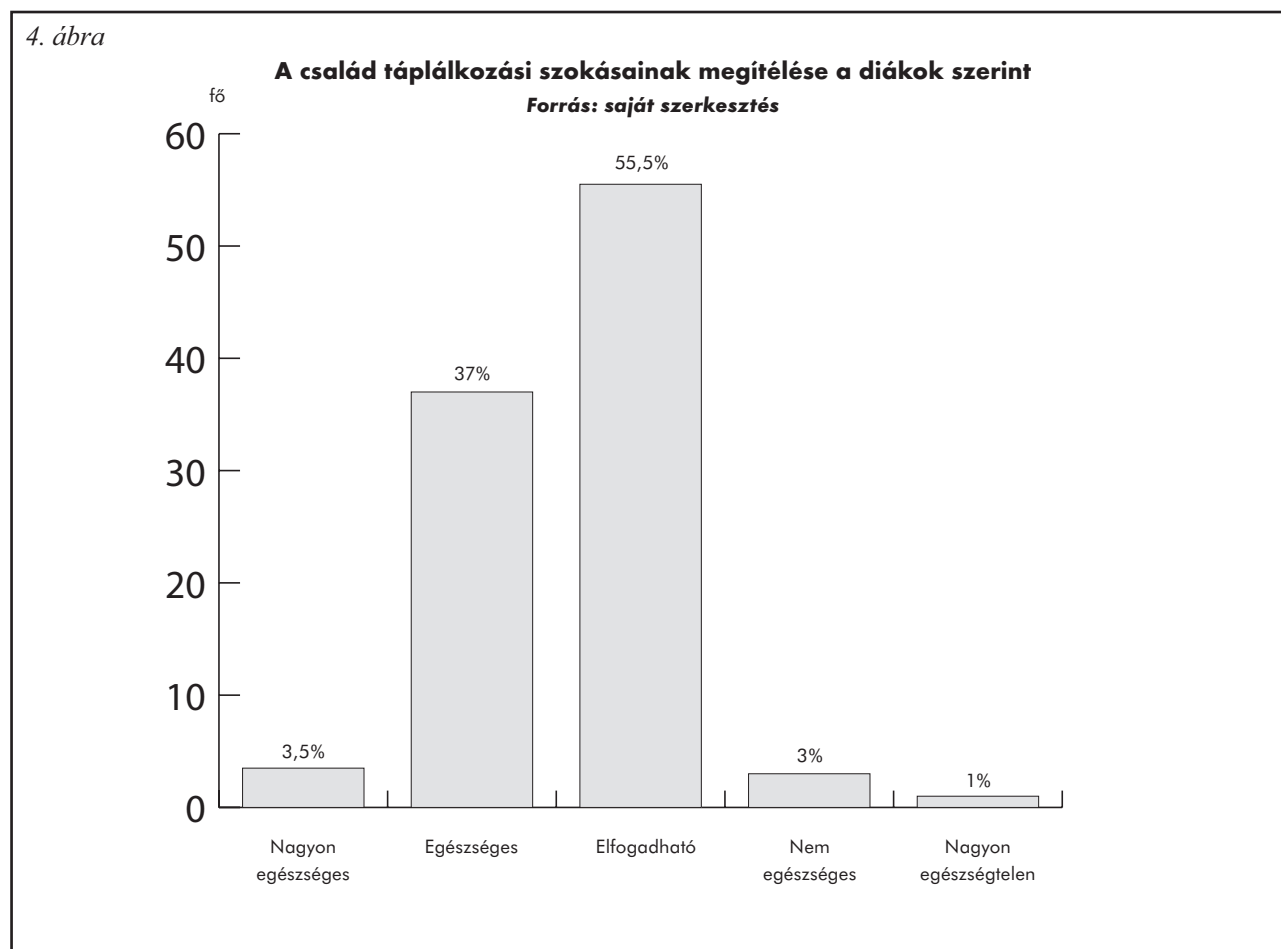
Annak ellenére, hogy többségük számára fontos az egészség, mégis aggodalomra ad okot, hogy közel 17%-uk számára mégsem fontos. A diákok közül 191-en adtak értékelhető választ erre a kérdésre, egy osztálynyi tanuló – 32 fő – vélekedett így. Közülük 21 fő volt a fiú, ami sajnos ismét azt mutatja, hogy a kamaszkor elején a fiúk – talán nemtörődomségből – nem mérik fel az egészség fontosságát. A helyzetet súlyosbítja, hogy a srácok közül 9 fő sportol.

A megkérdezettek az általános iskola nyolcadik osztályába jártak – vajon ők mit láttak, hallottak környezetükben, mit hallottak az iskolában, otthon a családban az egészségről mint értékről? Mennyit érhet a közoktatásban (is) folyó felvilágosító munka, ha ennyien nem látják, hogy az egészség az egyetlen érték, melyre tényleg vigyáznunk kell? A kutatás érdekes megállapítása, hogy az egészségükkel nem törődő fiatalok több mint 70%-a jó anyagi körülmények között él, illetve kétharmaduk fiú.

Ez utóbbi megállapítás nem újszerű, de az mindenképpen problematikus, hogy a számtalan, az egészség fontosságát hirdető üzenet nem éri el célját, és gyermekeink nem törődnek eleget egészségükkel.

Táplálkozási szokásainkban a legmeghatározóbb szerepet családunk játssza, így születésünktől fogva fontos odafigyelnünk étkezésünkre. Sokat segíthet, ha a család együtt fogyasztja el a reggelit, ebédet, vacsorát. A gyermek így könnyedén megtanulhatja, hogy az étkezés során mire érdemes figyelnie, ugyanis a nem megfelelő, egyhangú étkezésnek azonnali következményei vannak, mint pl. a lassú súlygyarapodás vagy a vitaminhiány. A helytelen táplálkozásnak a későbbi gyermek- és kamaszkorban is megvan az ára: elhízás, étkezési zavarok, fogyókúra.

Kutatásom során kíváncsi voltam arra is, hogy a gyermekek hogyan értékelik családjuk étkezési szokásait. A 4. ábrán jól látható, hogy mindössze 3,5%-uk válaszolta, hogy családjá nagyon egészségesen táplálkozik, 37%-uk szerint egészségesen, többségük szerint (55,5%) viszont csak elfogadhatóan. Hatan (3%) nem tartják egészségesnek, ketten pedig nagyon egészségtelennek gondolják családjuk táplálkozási szokásait – ennek ellenére mindketten jónak ítélik saját egészségüket.



Sajnos a társadalmi különbségek a családok étkezési szokásaiban is megjelennek. A kétszáz – értékelhető választ adó – megkérdezett tizenéves közül heten, akik azt választották, hogy családjuk nagyon egészségesen táplálkozik, kimondottan jó anyagi körülmények között élnek, és az egészségesen étkező családok többsége is az átlagnál érezhetően jobb anyagi helyzettel bír. Megfordítva is igaz: a jó anyagi körülmények között élő diákok egyike sem vélekedett úgy, hogy családjá egészségtelenül táplálkozik.

Táplálkozási szokások

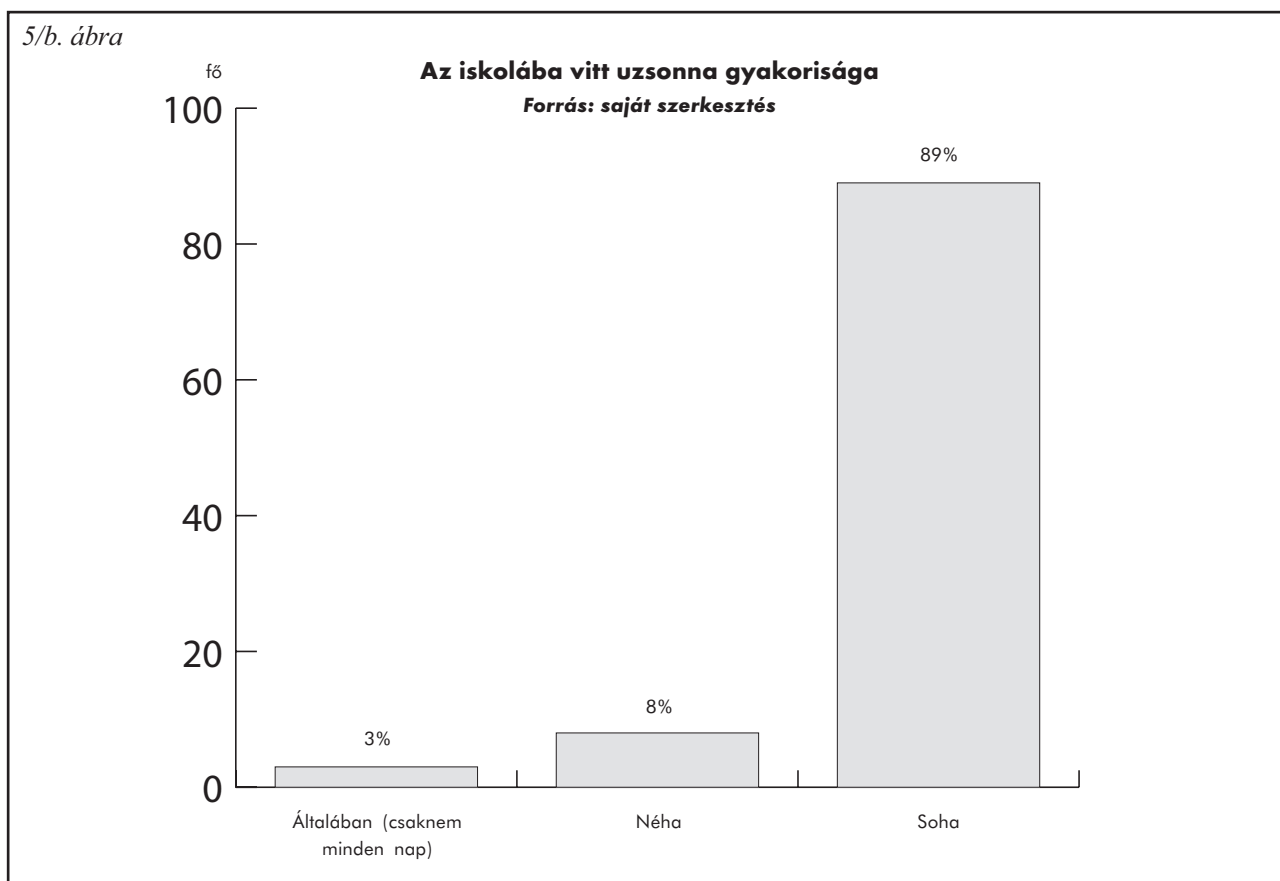
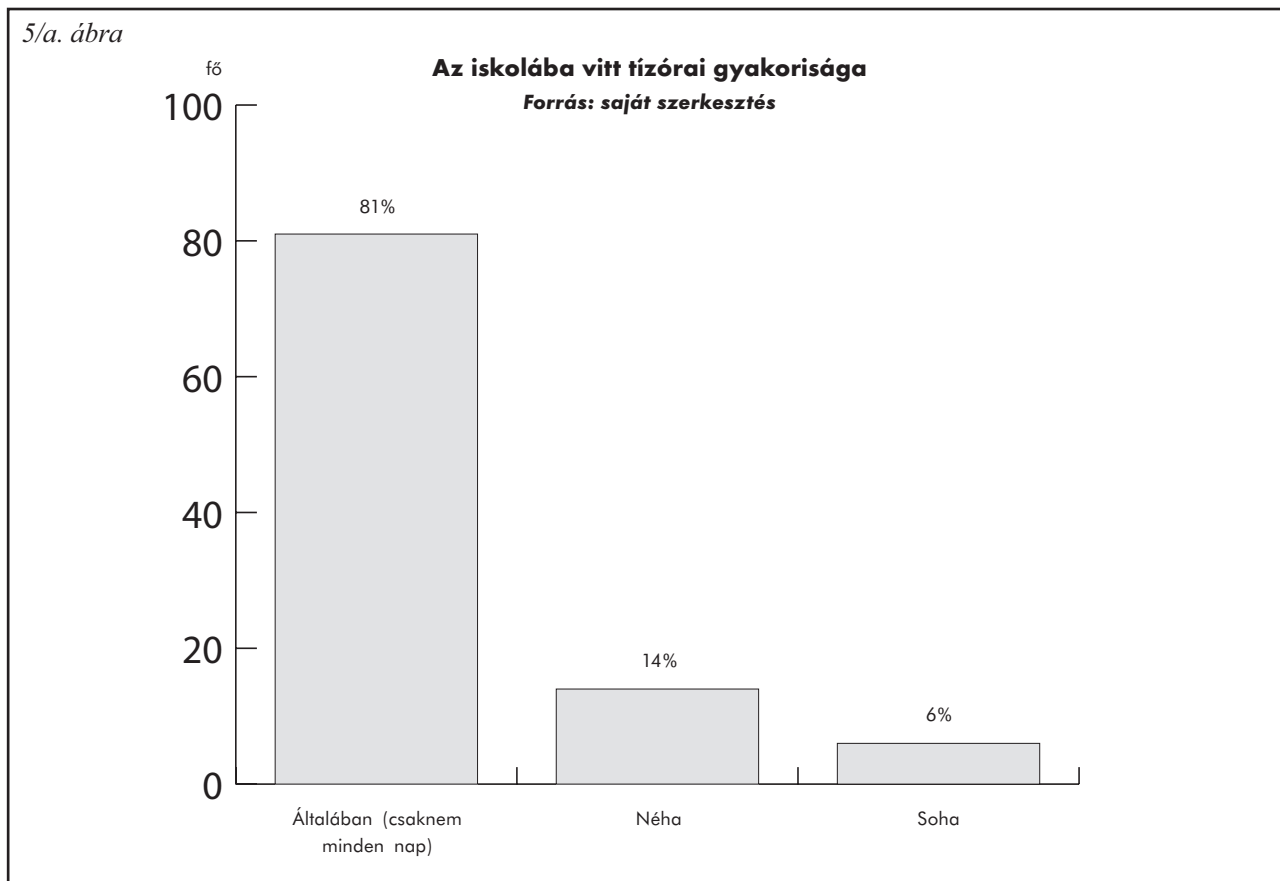
Elengedhetetlen, hogy a jó táplálkozási szokásokat már kisgyermekkorban kialakítsuk, ebben az életciklusban érdemes a helytelen étkezési szokásokat befolyásoló, s amennyiben szükséges, átalakító ismereteket a gyermekeknek megtanítani, hiszen így a felnőttkorban megjelenő, táplálkozási eredetű kórformák előfordulása jelentős mértékben csökkenthető.

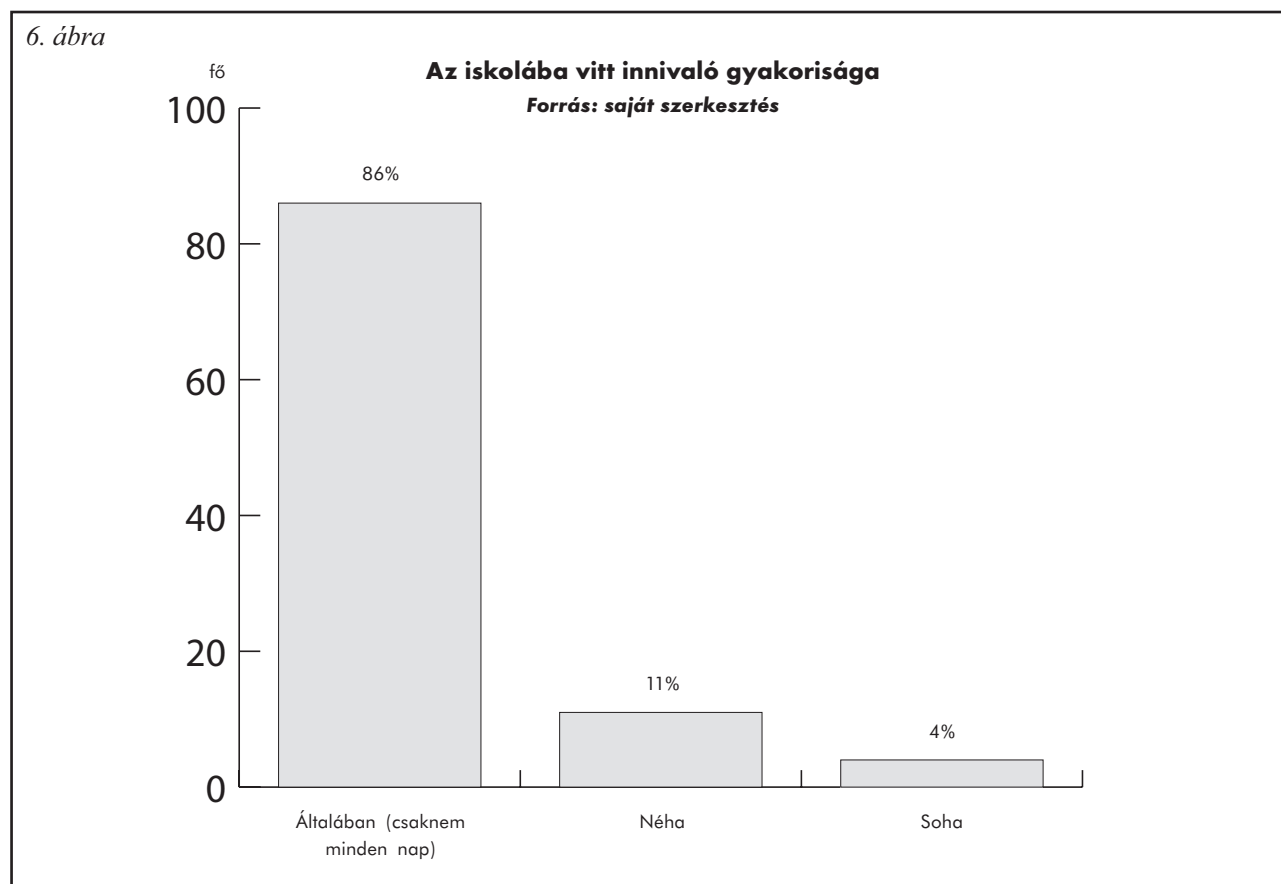
A kiegyensúlyozott táplálkozáshoz az ajánlások szerint napi öt étkezésre van szükség. A főétkezések szerepe, hogy szükségletünk nagy részét fedezze, emellett fon-

tos, hogy a köztes étkezések kiegészítsék napi tápanyagbevitelünket. Ezáltal a táplálkozás kiegyensúlyozottabbá válik, egy étkezéssel nem terheljük meg szervezetünket, valamint az energiamennyiséget a nap folyamán arányosan el tudjuk osztani. Kérdőívemben arról kérdeztem a tanulókat, hogy visznek-e magukkal tízórait, uzsonnát (5/a és 5/b ábra), innivalót az iskolába, és ha igen, akkor milyen jellegű termékeket (6. és 7. ábra).

Az ábráról leolvasható, hogy a gyermekek többsége, 81%-uk csaknem minden nap visz magával tízórait, 14%-uk csak néha, 9 fő pedig úgy nyilatkozott, hogy soha. Az uzsonna esetében fordított eredmény született. A legtöbben (89%) egyáltalán nem visznek magukkal uzsonnát, melynek legfőbb oka talán az lehet, hogy 13–14 éves korban kevesen járnak napközibe, többségük az utolsó iskolai óra után hazamegy és otthon uzsonnázik, vagy az uzsonna kimarad a napi étkezési rutinjából.

A háttérváltozók tekintetében vegyes kép született, azaz nem lehetett szegmentumokat észlelni sem a nem, sem a szülők iskolai végzettsége, sem pedig a család jövedelmi helyzete tekintetében. Az ugyanakkor látható volt, hogy a lányok némiképpen többen visznek magukkal elemőzsiát, mint a fiúk.





A főétkezésekből leggyakrabban a gyümölcsök, a zöldségek, a tejtermékek és az olajos magvak maradnak ki. Az uzsonna és a tízórai fogyasztása kiváló alkalom lenne ezen élelmiszerek pótlására. Mivel manapság egyre nagyobb hangsúlyt helyeznek az iskolai büfék választékának szélesítésére, a szülőknek érdemes tájékozódniuk a választékról, és megbeszélniük gyermekükkel, hogy csokoládét, édességet, péksüteményt lehetőleg ritkán fogyasszon, és a tízóraihoz, uzsonnához mindig válasszon gyümölcsöt vagy zöldséget.

Érdekes lehet annak vizsgálata is, hogy a tanulók otthon készített vagy boltban vásárolt tízórait, uzsonnát visznek-e magukkal. 149 fő rendszeresen visz magával tízórait, ebből 73,2%-uk otthon elkészített ételt, 26,8%-uk pedig boltban vásárolja. E tekintetben a család anyagi helyzete szignifikáns különbséget mutat. Boltban jellemzőbben a jó vagy átlag feletti jövedelemmel rendelkező családok gyermekei vásárolnak, az átlagos jövedelemmel rendelkezők pedig inkább otthonról viszik magukkal a tízórait. Sajnos (egy későbbi kérdésre adott válaszok alapján) ők sem visznek magukkal gyümölcsöt nagyobb arányban, sőt, megállapítható az is, hogy a gyümölcs nagyobb arányban szerepel a jómódú családok gyermekeinek étrendjében.

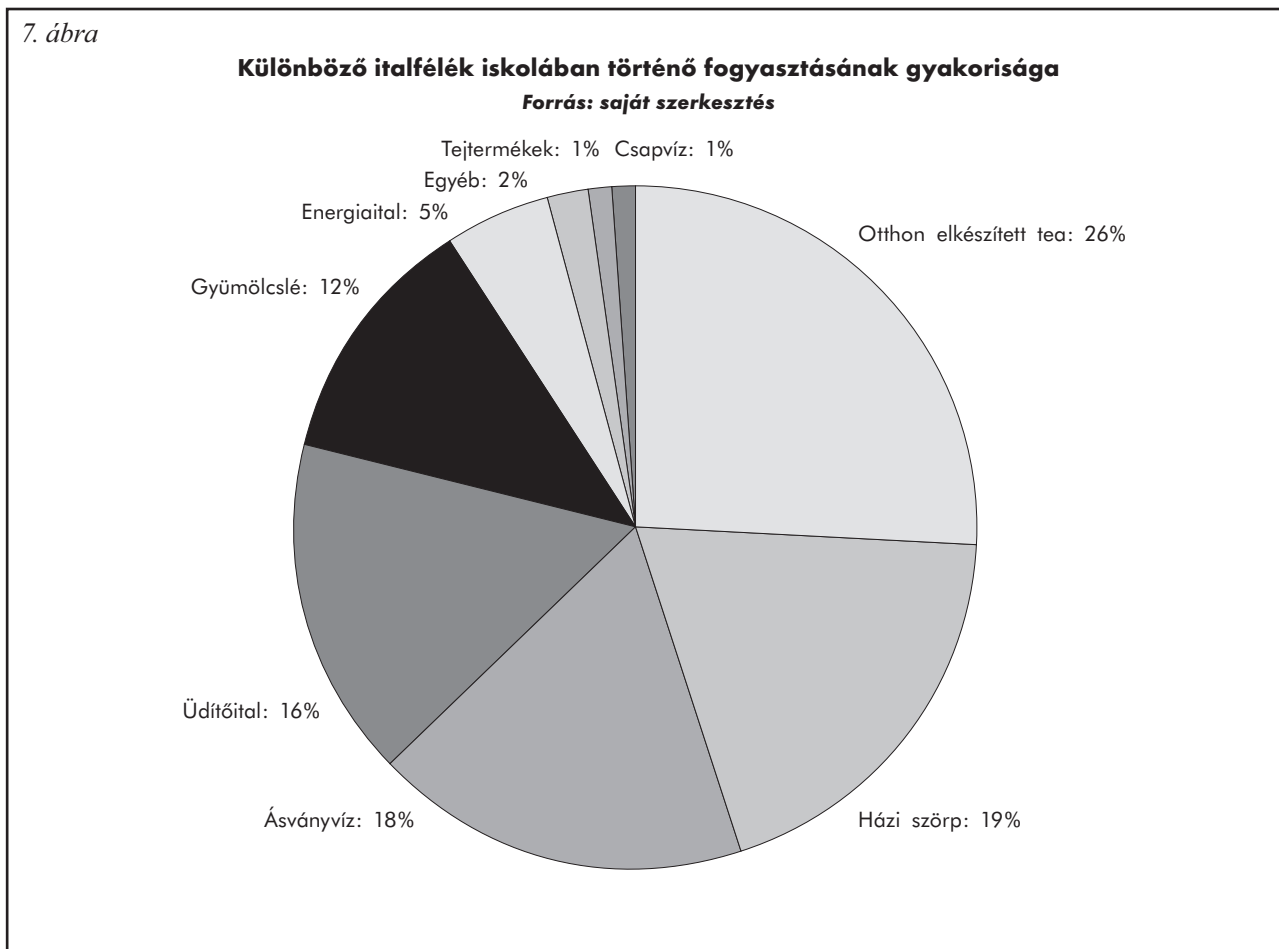
Kutatásunk során rákérdeztünk arra is, hogy a gyer-

mekek visznek-e magukkal valamilyen italféleséget az iskolába. Az eredmények világosan mutatják, hogy a legtöbb tanuló visz magával valamilyen italt, még az is, aki egyébként tízórait vagy uzsonnát nem.

A 6. ábrából kiderül, hogy a gyermekek 86%-a mindig, 11%-a csak néha, 8 gyermek pedig soha visz magával italt. Ez nem feltétlenül jelenti azt, hogy a tanuló egyáltalán nem vesz magához folyadékot az iskolában eltöltött idő alatt, hiszen a boltok, iskolai büfék bő választékot kínálnak.

Kutatásom során kíváncsi voltam arra is, hogy amennyiben a gyermek otthonról visz az iskolába valamilyen italt, az milyen jellegű. Ez esetben a megkérdezetteknek nyitott kérdésre kellett válaszolniuk.

A 7. ábrán láthatjuk, hogy többségük (26%) az iskolai szünetekben az otthoni teát kortyolgatja. Itt szignifikáns különbség ($p = 0,0456$) tapasztalható a kifejezetten jó anyagi körülmények között élő, illetve az átlagnál szegényebb családok között, a tehetősebb családok gyermekei ugyanis kevesebb otthoni teát isznak, jellemzőbb rájuk a boltban vásárolt üdítők és gyümölcslevek fogyasztása. Tehát – ahogyan arra Józsa, Makkos-Káldi és Németh (2011) is rámutatott – a fogyasztás szerkezetét a család anyagi körülményei jelentősen befolyásolják. Inkább a lányok és a vidéken élők fogyasztanak teát, de



szignifikáns különbség nem mutatható ki. Ha feltételezzük, hogy a tea ésszerű mennyiségben történő fogyasztása nem káros, akkor ezt pozitívumnak tekinthetjük.

Hasonló mondható el a házi szörpökről is, bár ezek egy része sok hozzáadott cukrot tartalmazhat. A gyermekek 19%-a visz magával szörpöt az iskolába, így nem biztos, hogy a legegészségesebb alternatívát választják. Jellemzően vidéken laknak, családjuk jövedelme pedig az „átlagos” jelzővel illelhető.

A szénsavas üdítők és gyümölcslevek fogyasztása némiképpen kettősséget mutat. Ezen két kedvelt folyadékféleség tekintetében az üdítőt az *is-is* pozíció jellemzi. Ez azt jelenti, hogy üdítőt mind a kimagasló jövedelmi helyzetben lévő családok gyermekei, mind az átlag alatti jövedelmi viszonyok között élő családok gyermekei kedvelik. A gyümölcslevek esetében a jövedelmi viszonyok és a nemek vonatkozásában is hasonló mondható el. Energiaitalt – anyagi helyzetüktől függetlenül – többségében fiúk fogyasztanak. Tejtermék és csapvíz fogyasztása gyakorlatilag nem jellemző.

Összefoglalás

Felgyorsult világunkban az emberek étkezési szokásai is folyamatosan változnak, időről-időre újabb trendek tűnnek fel, melyeket az emberek akarva-akaratlanul követnek. Magyarországon a lakosság krónikus megbetegedéseinek kialakulásában – az életmód mellett – a táplálkozással összefüggő kockázatok meghatározó szerepet játszanak, a táplálkozás életünknek, életmódunknak olyan eleme, mely közvetlenül befolyásolja egészségünket. Az étkezési kultúra és szokások az egyik legkorábban kialakuló olyan magatartásforma, melyben – a személyes motivációk mellett – nagy szerephez jut a család, valamint a nemzeti hagyományok. Jelen kutatás a közép-magyarországi régió 205 általános iskolai tanulójának táplálkozással kapcsolatos néhány attitűdjét mutatja be, reprezentatív felmérés keretében. Az adatok kiértékelésére SPSS matematikai-statisztikai programot használtam.

Kulcsszavak: egészséges életmód, fogyasztási gyakoriság, táplálkozás, élelmiszerek, fogyasztási szokások



Abstract

In our accelerated world also the eating habits of people are constantly changing. From time to time new trends appear and people are beginning to follow these trends. In Hungary, the healthy lifestyle is such a kind that begins to come in to vogue. But is this really true? Or is it just a smart trick of communication to increase the sales number of manufacturers' products? Nutrition is the element

of our life and lifestyle that affects our health directly. Eating culture and customs are one of the earliest evolving attitudes, where personal motivations, family and national customs play mean role. This research is based on a representative research made among 205 people in the middle Hungarian region. Data and results were valued in the mathematicalstatistical program called SPSS.

Keywords: healthy lifestyle, consumption frequency, nutrition, foodstuff, consumers' customs

IRODALOM

1. Berke Sz. (2003): *A funkcionális minőség összetevőinek fogyasztói megítélése állati eredetű alapélelmiszereknél*. Doktori értekezés, Kaposvár.
2. Bíró Gy. (1997): „Szükséges és várható trendek a magyarországi táplálkozáspolitikában.” In: *Élelmészeti Ipar*, 51(6):165–168.
3. Böröndi F. N. (2012): *A fiatalok táplálkozási szokásainak vizsgálata a Dél-Dunántúlon*. Doktori értekezés. Kaposvár.
4. Darabos F. (2008): „A környezeti hatások szerepe a wellness turizmusban.” In: *Apáczai Napok Tanulmányok*, Nyugat-magyarországi Egyetem, AK, 478–484.
5. Ercsey, I. (2012a): „The roles of the perceived value in the evaluation of the subjective quality of life.” In: Monkevicius, A. (ed.): *Ethics, Sustainable Consumption and Other Current Challenges for Public and Non-Profit Marketing, Abstract Book*. pp. 29. 11th International Congress on Public and Non-Profit Marketing, June 14–15, 2012, Vilnius. / Ercsey, I. (2014): „The subjective quality of life and the cultural activities.” In: *Contemporary Research on Organization Management and Administration*, 2:(2) 94–105. ISBN 2335-7959
6. Ercsey I. (2012b): *Észlelt érték szerepe a szubjektív életminőség vizsgálatában*. Marketing Oktatók Klubja 18. Országos Konferenciája, Miskolc. A konferenciához kapcsolódó CD.
7. Finkelstein, E. A.–Kosa, K. M. (2003): „Use of incentives to motivate healthy behaviors among employees.” In: *Gender Issues*, 21(3):50–59.
8. Halmy L. (2010): *Elhízás, avagy egy halálos népbetegség*. <http://www.lifenetwork.hu/lifenetwork/20100126-elhizas-mint-nepbetegseg>
9. Huff, E.: „Obesity Will Cost U.S. \$344 Billion a Year in Health Care Costs.” In: *Natural News, Online edition* http://www.naturalnews.com/z027868_obesity_health_care_costs.html
10. Huszka P. (2010): *A környezettudatos gondolkodás és szemlélet változása a nyugat-dunántúli régióban*. MTA Veszprémi Területi Bizottság Gazdaság-, Jog- és Társadalomtudományi Szakbizottsága–Komárom Város Önkormányzata, XIX. Komáromi Napok, Komárom, 2010. április 27. 235–248.
11. Huszka P. (2009): *Néhány alapvető élelmiszer fogyasztási szokásainak vizsgálata a Dél-dunántúli régióban*. Marketing Oktatók Klubja 15. Országos Konferenciája, Kaposvár, 378–384.
12. Józsa, L.–Makkos-Káldi, J.–Németh, Sz. (2011): *Is 'domestic' better to buy? – Study on consumer ethnocentrism among students*. ANZMAC Conference, Perth
13. Központi Statisztikai Hivatal (2010): *Egészségügyi kiadások 2003–2009. Statisztikai tükrök*. 4(121):1–5.



14. Konczosné Szombathelyi M.–Kovácsné Tóth Á.–Zakariás G.–Budaházi J.–Dusek T.: (2010a) „A generációs marketing jelentősége egy felsőoktatási intézmény példáján.” In: Csépe A. (szerk.): *Új marketing világtrend*. Marketing Oktatók Klubja 16. Országos Konferenciája, Budapest, 800–811.
15. Konczosné Szombathelyi M.–Kovácsné Tóth Á.–Zakariás G.–Budaházi J.–Dusek T. (2010b): „Nem csak a húszéveseké a világ”: az egészség/fittség/fiatalosság trend és az »új idősök generáció«-t célzó egyetemi marketingkommunikáció.” In: Kuráth G.–Pálfi M. (szerk.): *III. Felsőoktatási Marketing Konferencia. Konferencia CD*. Pécsi Tudományegyetem, Pécs, 188–199.
16. Kulcsár É. (2004, 2005): *A serdülőkorú fejlődés pszichológiai jellemzői*. Trefort Kiadó–ELTE PPK, Tanárképzési és Továbbképzési Központ, Budapest.
17. Lantos Z. (2011): *Egészségmagatartás trendjei*. Előadás a VII. Nemzetközi Táplálkozásmarketing Konferencián, 2011. október 13., Budapest.
18. Lehota J. (2001): *Élelmiszer-gazdasági marketing*. Műszaki, Budapest.
19. Lore, V.–Bencsik, A. (2008): „The Role of Education System in Knowledge Transfer among Young People.” In: *Problems of Education in the 21st Century*, 136–144.
20. Puska, P.–Waxman, A.–Porter, D. (2003): *The global strategy on diet, physical activity and health*. World Health Organization, Genova.
21. Rodler I.–Bíró L.–Greiner E.–Zajkás G.–Szórád I.–Varga A.–Domonkos A.–Ágoston H.–Balázs A.–Vitray J.–Hermann D.–Boros J.–Németh R.–Kéki Zs. (2005): „Táplálkozási vizsgálat Magyarországon 2003–2004.” In: *Orvosi Hetilap*, 146:1781–1789.
22. Rodler I.–Zajkás G. (2004): „Az egészséges táplálkozásról.” In: *Hippocrates*, 6(1):aaa27–32.
23. Rodler I. (2005): *Élelmiszer-és táplálkozás-egészségtan*. Medicina, Budapest, 160–167.
24. Susanne Stöcklin-Meier (2003): *Ami az életben valóban számít – Az értékek közvetítése a gyermekek felé*. Deák és Társa Kiadó, Pápa.
25. Süle, E. (2009): „The Role of Time in the Supply Chain.” In: *Acta Technica Jaurinensis Series Logistics*, 2(3):326–336.
26. Süle E. (2012): „Az idő – mint az egyik legfőbb logisztikai hasznosság – társadalmi és gazdasági értékelése.” In: Egri Imre–Földesi Péter–Szegedi Zoltán (szerk.): *Logisztikai antológia*. Universitas–Győr Nonprofit Kft., Stúdió Kiadó, 217–239.
27. Szakály S. (szerk.) (2001): *Tejgazdaságtan*. Dinasztia, Budapest.
28. Szakály Z. (2009): *Egészségmagatartás és funkcionális élelmiszerek: Hogyan vélekednek a hazai fogyasztók?* In: *Élelmiszer, táplálkozás és marketing*, 6(1–2):9–18.
29. Szakály Z. (2011): *Táplálkozásmarketing*. Mezőgazda, Budapest.
30. Szöcs R. S. (2011): *A fiatalok által fogyasztott néhány élelmiszeripari termék marketing és fogyasztóvédelmi szempontú vizsgálata*. Doktori értekezés, Debrecen.
31. Töröcsik M. (2007): „Food-trendek és vásárlói trendcsoportok.” In: *Acta Oeconomica Kaposvariensis*, Kaposvári Egyetem, Gazdaságtudományi Kar, 1(1–2):51–65.

Tisztelt Szerzőink!

Kérjük, hogy az *Egészségfejlesztés*be szánt írásait, az ábrákkal és a képekkel együtt, e-mailben küldjék el a szerkesztőség címére.

A szerkesztőség címe: 1096 Budapest, Nagyvárad tér 2.

Levelezési cím: 1395 Budapest, Pf. 839/3.

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

E-mail: haromszekizs@gmail.com *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



Az egészségturizmus, mint turisztikai termék választásának motivációs tényezői

I. rész

Csikász Emőke PhD-hallgató

Nyugat-Magyarországi Egyetem, Széchenyi István Doktori Iskola

Az egészségturizmus definíciója

A termálturizmus definíciója szerint „a termásvíz melletti üdülés a turizmusnak olyan, a természeti adottságokra épülő formája, mely amellelt, hogy önálló program, főként a körutazó és tranzitturizmus, valamint a városlátogató idegenforgalom, a sport- és kiránduló turizmus lehetőségeit bővítheti” (Vajda-Vadas, 1990).

Régebben a vizsgált terméktípust *termál- és gyógyturizmusnak* nevezték, napjainkban az *egészségturizmus* fő termékcsaládként értelmezendő. Fogalmának meghatározása régóta vitatott kérdés. Abban egyetértés mutatkozik, hogy az egészségturizmushoz többféle termék is köthető, de ezek pontos köréről, például a sporttal való kapcsolat mértékéről nem egységes az álláspont. A termék specialitása ugyanis az, hogy – amellelt, hogy klasszikus turisztikai termék –, az egészségügygel is szoros kapcsolatban áll, azaz saját akaratból vagy orvosi előírásra, utazással egybekötve vagy lakóhelyen is igénybe vehető szolgáltatás (KPMG, 2002).

Saját, korábbi kutatásaimból kiderült, hogy az egészségturizmus nem feltétlenül egyenértékű a gyógyfürdő- vagy a wellness-szolgáltatások jelenlétével. A természethez való közelség is fontos, hiszen az aktív kikapcsolódás, a túrázás nyugtató, pihentető hatással bír.

Ezt támaszja alá Hall (1992) kutatása is, akinek definíciója szerint az egészségturizmus egyfajta kimozdulás otthonról, melynek elsődleges célja a szabadidős környezet-

ben történő egészségmegőrzés. Hall utal Van Spielenre, aki az egészségturizmus öt összetevőjét az alábbiakban határozta meg:

– Napozással, szórakozással egybekötött tevékenységek

– Egészséges tevékenységek, melyek fókuszában nem az egészség áll (pl. túrázás, kerékpározás, stb.)

– Az utazás elsődleges célja az egészség

– Az utazás célja szauna- és masszázs-szolgáltatások igénybevétele, valamint egyéb, egészséggel kapcsolatos tevékenységek

– Gyógyászati kezelések

Van Spielen definíciója szerint Puczko és Smith (2010) az 1. táblázat szerint foglalta össze az egészségturizmus tevékenységi és motivációs skáláját. A tevékenységtípusokat az aktivitás, a motivációt pedig a versenyszerűség mértéke alapján sorolták be.

A magyar lakosság belföldi utazásait motiváló tényezők

A KSH (2012) szerint a magyar lakosság utazásainak legfontosabb motivációja a *szórakozás*, a *pihenés* (44%), illetve az *ismerősök meglátogatása* (41%). Az utazások 85%-át e célok valamelyike motiválta. Az *egészségmegőrzés* és a *hobbijellegű tevékenység* aránya 4–4%.

A motivációs tényezők négy vagy annál több éjsza-

LEVELEZÉSI CÍM:

Csikász Emőke, Nyugat-Magyarországi Egyetem, Széchenyi István Doktori Iskola. Postacím: 9026 Győr, Rónay u. 15. Telefon: +36-70-663-6764 E-mail: csikasz.emoke@gmail.com A tanulmány második részét 2015/4. lapszámunkban olvashatják.



1. táblázat

Az egészségturizmus tevékenységi és motivációs skálája

Forrás: Smith–Puczkó, 2010

Motiváció	Tevékenység		
	Kevésbé aktív		Aktívabb
	Egészségturizmus (spa-turizmus, egészségügyi célú utazás)	Egészségturizmus (pl. fitnesscélú üdülés)	Kalandtúra (vadvízi evezés, könnyű-búvárkodás, túrázás)
	Kalandtúra (jachtbérlés)	Turisztikai tevékenységek, melyek az egészség-, a sport- és a kalandturizmus bizonyos elemeit is magukban foglalják (pl. kerékpározás, tengeri kajakozás)	Kalandtúra (hegymászás)
Versenyszerű	Sportturizmus (szurkolás)	Sportturizmus (pl. gyepeteke)	Sportturizmus (pl. kajakozás)

kás utakon más megoszlást mutatnak. A hosszabb időtartamú utaknál szintén a *szórakozás, pihenés* került az első helyre, de magasabb aránnyal (55%). A *rokonok és ismerősök meglátogatása* (28%) is figyelmet érdemlő. Az utazások 5%-a *egészségmegőrzéshez*, 4%-a pedig *hobbijellegű tevékenységhez* – mint például a kertészkedés – kapcsolódik.

Az utazásból való kimaradás oka

2012-ben a magyar lakosság kétharmada nem utazott turisztikai céllal. A turizmusból való kimaradás legfőbb oka az *anyagi lehetőségek hiánya* (52%) vezet, s az Alföldön, Közép-Magyarországon és a Dél-Dunántúlon erre hivatkoztak a leggyakrabban. A másik két leggyakoribb ok az *egészségügyi probléma* (18%), illetve a *munkából adódó kötelezettség* (8%), utóbbira a fővárosban lakók hivatkoztak a leggyakrabban. 15% általában szokott utazni, de idén nem tette, 3% pedig egyszerűen azért nem utazik, mert nem szeret (KSH, 2012).

Az egészségmegőrzés mint motiváció

Sajnos az *egészségmegőrzésnek* mint motivációnak nem sikerült az élbolyba kerülnie. A többnapos utakat a legfeljebb háromnapos utazásokkal összehasonlítva csak 1%-kal magasabb az egészségmegőrzési céllal szervezett turizmus aránya. Ebből arra következtethetnénk, hogy a wellness-szállodák, a gyógy-szállodák, a gyógyfürdők, illetve az egyéb, egészségturizmushoz köthető szolgáltatások kapacitása nem kihasználta, ez azonban nem igaz. A wellness-szállodák évről-évre magasabb vendégéjszaka-számmal rendelkeznek, s az első 10 legkeresettebb magyarországi város között is többségében fürdővárosokat találunk (2. táblázat).

A wellness-szállodák statisztikai mutatóit 2004 óta találhatjuk meg a *Központi Statisztikai Hivatal* által évente kiadott jelentésben. 2004-ben 15, 2005-ben 31, 2008-ban 82, 2012-ben pedig már 164 wellness-szállodát tartottak számon. A forgalom a vendégéjszakák számát tekintve is növekedett, 2008-ban 1,66 millió, míg 2012-ben 3,78 millió éjszakával. A gyógy-szállodák száma ezzel szemben csökkenést mutat, 2004-ben 56, 2008-ban 52, 2012-ben pedig már csak 30 gyógy-szálloda szerepelt a nyilvántartásban. Ezzel párhuzamosan az itt eltöltött éjszakák száma is csökkent, 2008-ban 2,69 millió, míg 2012-ben már csak 1,83 millió vendégéjszakával.

A wellness életformává vált, terjedése az egészségturisztikai piacon pozitív változásokat hozhat (Michalkó-Rátz, 2011). Az a korosztály, mely kikapcsolódás, feltöltődés céljából veszi igénybe az egészségturizmus szolgáltatásait, életkora előrehaladtával terápiás céllal is részesülhet gyógykezelésekben.

A vízparti üdüléseket nyújtó desztinációkban – a Balaton-parton és a Velencei-tónál – is létrehoztak komplex egészségturisztikai létesítményeket (Dávid-Baros, 2007). Ezenkívül a klímaváltozás, a magas UV-sugárzás, a változékony időjárás mind-mind hozzájárulhat ahhoz, hogy a víz élményét egy fedett, időjárási szempontból is biztonságos, több szórakozási lehetőséget, illetve gyógyulást elősegítő kezeléseket nyújtó létesítmény adja (Kiss-Török, 2001).

Adat és módszer

Kérdőíves kutatást végeztem, mely nyitott és zárt kérdéseket egyaránt tartalmazott. A nyitott kérdésekre adott válaszokat kvalitatív kutatási eredménynek tartom, mert minden egyes válaszadó saját gondolatait írta le, befolyásolás nélkül. A kérdőív 4 ilyen kérdést tartalmazott.



2. táblázat

A leglátogatottabb magyarországi városok 2012-ben

Forrás: KSH, 2012

	Belföldi vendégkör	Külföldi vendégkör	Összesen
1.	Budapest	Budapest	Budapest
2.	Hajdúszoboszló	Hévíz	Hévíz
3.	Siófok	Bük	Hajdúszoboszló
4.	Hévíz	Sárvár	Siófok
5.	Zalakaros	Hajdúszoboszló	Bük
6.	Gyula	Balatonfüred	Balatonfüred
7.	Balatonfüred	Siófok	Sárvár
8.	Bük	Győr	Zalakaros
9.	Sopron	Zamárdi	Sopron
10.	Eger	Eger	Eger

Jelen tanulmányban az ezen nyitott kérdésekre adott válaszokat mutatom be. Egy esetben részletezem a demográfiai változók hatását, az egészségturisztikai desztinációajánlásaesetében, melyet keresztábra-elemzéssel vizsgáltam meg. A Chi²-próba szerinti szignifikancia értéke Sig < 0,05.

A mintastruktúrát nem kötöttem ki előre. A kérdőívek online kiküldéséhez a *Héderváry Kastély* címlistájában szereplő e-mail címeket használtam, így a minta nem tekinthető reprezentatívnak. 114 fős mintanagysággal dolgoztam. A mintavétel során 43 férfi és 71 nő töltötte ki a kérdőívet. A legidősebb kitöltő 74, míg a legfiatalabb 18 éves volt (az átlag és a medián egyaránt 39 év). Életkor szerint három csoportot hoztam létre: a 24 év alattiak, a 24 és 45 év közöttiek, valamint a legalább 45 évesek csoportját. A legtöbben (42 fő) nagyobb vidéki városból származnak. A válaszadók pontosan 21,1%-a származik községből, kisebb vidéki városból, illetve Budapestről. Iskolai végzettség tekintetében 39 fő középfokú végzettséggel, 23,7% Bachelor-, 32,5% pedig Master- vagy annál magasabb fokozattal rendelkezik.

Az egészségturizmushoz köthető asszociációk

Az első kérdésben arra voltam kíváncsi, hogy a válaszadók mire gondolnak elsősorban, ha az *egészségturizmus* fogalmát hallják. A válaszadók harmada (37 fő) a *wellness*, 28 fő valamilyen formában a *fürdőt*, 26 fő pedig a *vizet* említette (3. táblázat).

Látható, hogy a legtöbben a *wellnessre*, a *gyógyfürdő/fürdő* és a *víz* valamilyen formájára gondoltak, vagyis az egészségturizmusról leginkább a vízre épült fürdőkre és wellness-turizmusra asszociáltak.

A válaszadók 15,8%-a számára a *sport*, a *mozgás*, 7,9%-a számára a *túrázás* is az egészségturizmushoz kapcsolódik. 15,8%-uk említette a *természetet*, vagy ahhoz szorosan köthető fogalmat, mint *hegyek*, *állatok*, *napfény*, *jó levegő* vagy *erdő*, tehát az *aktív turizmus*, a *természet közelsége* is az *egészségturizmus* fogalomkörébe tartozik.

A megkérdezettek 20,1%-a említette a *kórházat*, a *magánklinikát*, az *orvost* és a *fogorvost*. A táblázatban ugyan nem szerepel, de 4 fő számára a *plasztikai sebészet* is egészségturizmushoz köthető asszociáció. Megjelentek továbbá olyan, általánosabb fogalmak, mint a *pihenés*, a *feltöltődés*, a *nyugalom*, a *csend*, a *terápia*, a *kezelések*, a *szálloda*, a *masszázs* és a *szauna*, illetve a *sport*, a *mozgás*, a *természet* és az ahhoz köthető szavak, gondolatok is gyakori válaszok voltak.

Egy külföldi vendég számára ajánlható egészségturisztikai célterületek

A következő nyitott kérdésben azt szerettem volna megtudni, hogy a válaszadó mely magyarországi, egészségturizmussal kapcsolatos szolgáltatásokat nyújtó desztinációt ajánlaná külföldi ismerősének.

Több mint ötvenféle válasz született. Az első helyre *Hévíz* került, 114 főből 69 fő említette a várost. *Bükkfürdő*, *Budapest*, *Sopron és környéke*, *Hajdúszoboszló*, *Sárvár*, *Zalakaros*, a *Balaton*, *Eger* és a *Mátra* legalább 10 említést kapott. Ahogyan az asszociációk esetében, itt is látható (4. táblázat), hogy a megkérdezettek elsősorban a gyógyfürdővel rendelkező településeket, városokat ajánlanák, bár a gyógyfürdőkön kívül említették a *Balatont*, a *Mátrát*, a *Bakonyt*, a *Bükk-hegységet*, a *Dunakanyart* vagy az *Őrséget* is.



3. táblázat

Mi jut eszébe az egészségturizmusról?

Forrás: saját kutatás, 2014

Wellness	32,5%
Fürdő / Gyógyfürdő	24,6%
Gyógyvíz / Termálvíz / Víz	22,8%
Sport / Mozgás	15,8%
Természet (erdő, hegyvidék, növény- és állatvilág, napfény, jó levegő)	15,8%
Masszázs	14,9%
Pihenés	14,9%
Orvos / Kórház / Műtét / Magánklinika	10,5%
Fogászat	9,6%
Kezelések	8,8%
Túra (gyalog-, kenu- vagy kajaktúra)	7,9%
Szálloda	6,1%
Utazás / Kirándulás	5,3%
Feltöltődés	4,4%
Nyugalom / Csend	4,4%
Szauna	4,4%
Terápia	4,4%

A legtöbben saját múltbéli élményeikben bíznak, azt ajánlják, melyről úgy tapasztalták, hogy valóban jó.

A válaszadók több mint 60%-a a hely gyógyhatása miatt ajánlja az adott települést vagy egyéb földrajzi egységet. A válaszadók 26%-a – még ha nem is járt ott – megbízik a hely hírnevében, míg csupán 19,3%-uk bízik mások ajánlásában.

A válaszadók közel 60%-a szerint a gyönyörű természeti környezet, pontosan 50%-uk szerint pedig a kiváló szálláshelyek miatt érdemes egy adott települést meglátogatni. Mindössze 3 fő válaszolta, hogy azért ajánlja, mert rokoni szálak fűzik az adott helyhez.

A demográfiai változók és az egészségturisztikai desztinációk

Keresztábra-elemzés segítségével megvizsgáltam, hogy bizonyos ajánlási faktorokra mely demográfiai változók vannak hatással. Az alábbiakban csak a szignifikáns eredményeket mutatom be.

A legfiatalabb generációra jellemző, hogy mások véleménye alapján úgy ajánlotta az adott helyszínt, hogy még nem járt ott. A 24 év alattiak 42,1%-a szerint elegendő mások ajánlása ahhoz, hogy megbízhatónak tartsák a célterületet.

Ugyanez a helyzet a desztináció hírnevével. Csúpan

hírnév alapján a fiatalok ajánlják inkább az adott települést, a 24 év alattiak 52,6%-a számára elegendő, ha az egészségturizmus piacán jó hírneve van.

Az idősebb generáció véleménye szerint közeli borvidék szükséges ahhoz, hogy jól érezzék magukat az ajánlott környéken. A 45 év felettek 32%-a, a 24–45 év közöttiek 6,2%-a, a 24 év alattiak 18%-a említette, hogy a közeli borvidék lényeges kínálati elem. A középfokú végzettségűek inkább ajánlanák emiatt az adott desztinációt, mint a magasabb végzettséggel rendelkezők.

A gyönyörű természeti környezet a nők számára fontosabb, mint a férfiak számára. A hölgyek 66,2%-a szerint ez a szempont befolyásolta az ajánlást, míg a férfiak esetében ez az arány csak 46%.

A borvidék közelsége ezzel szemben az urak számára lényegesebb elem. A férfiak 30%-a, míg a nőknek csupán 14%-a jelölte meg ezt a válaszlehetőséget.

Az egészségturizmus mint termék kiválasztásának szempontjai

Az 5. táblázatban összefoglaltam azokat a válaszokat, melyek arra a kérdésre érkeztek, hogy az utazásnak miért ezt a formáját választják.

A válaszadók nagy része elsősorban a *pihenést*, a *kikapcsolódást* említette: „A teljes kikapcsolódást, feltöltődést

4. táblázat

Milyen magyarországi egészségügyi desztinációt ajánlana?

Forrás: saját kutatás, 2014

Hévíz	60,5%
Bük	26,3%
Budapest	19,3%
Sopron (Balf, Hegykő)	18,4%
Hajdúszoboszló	18,4%
Sárvár	14,0%
Zalakaros	13,2%
Balaton (Balatonfüred, Keszthely, Tihany)	12,3%
Eger	10,5%
Mátra	9,6%
Győr	7,9%
Visegrád / Esztergom / Dunakanyar	7,0%
Gyula	6,1%
Harkány	6,1%
Bakony	6,1%
Egerszalók	5,3%
Miskolctapolca	5,3%
Órség	4,4%
Bükk-hegység (Szilvásvárad)	4,4%

*jelent a rohanó hétköznapok megkoronázásaként.”
„A nyugalom megszabadít a mindennapi stressztől”.*

Az *egészségturizmus* fogalmát sokan úgy értelmezik, mint a természetbe való menekülés egyik lehetőségét a hétköznapok elől. Fontosnak tartják, hogy legyenek *túralehetőségek, aktív programok, valamint természeti vagy kulturális látnivalók*: *„Többnyire kellemes kirándulóhelyekben és kulturális látnivalókban bővelkednek”.*

Sokan a *szép természeti környezet* miatt döntenek egy adott település mellett. Így például Hévíz esetében nem csak a gyógyfürdő, hanem a környék, a Balaton és a *Keszthelyi-hegység* szintén fontos vonzerővel bír.

Természetesen a *gyógyfürdő és annak hatása* is fontos szempont: *„Saját egészségem miatt is hasznosnak találok a gyógyvízi üdülőhelyeket/fürdőhelyeket!”*

A gyógyulás mellett általában olyan *szuprastruktúra* várja a turistákat az egészségügyi desztinációkban, mely teljes körű ellátást, kényelmet biztosít. *„Gyógyulás, kezelés reményében, mivel az emberek ide gyógyulni és ténylegesen pihenni járnak, nyugodt környezetben tölthetem a napokat. Itt biztos lehetek abban, hogy az ideá-*

lis körülmények biztosítva vannak, mind lakhatás, mind étkezés és egyéb szempontokból is.”

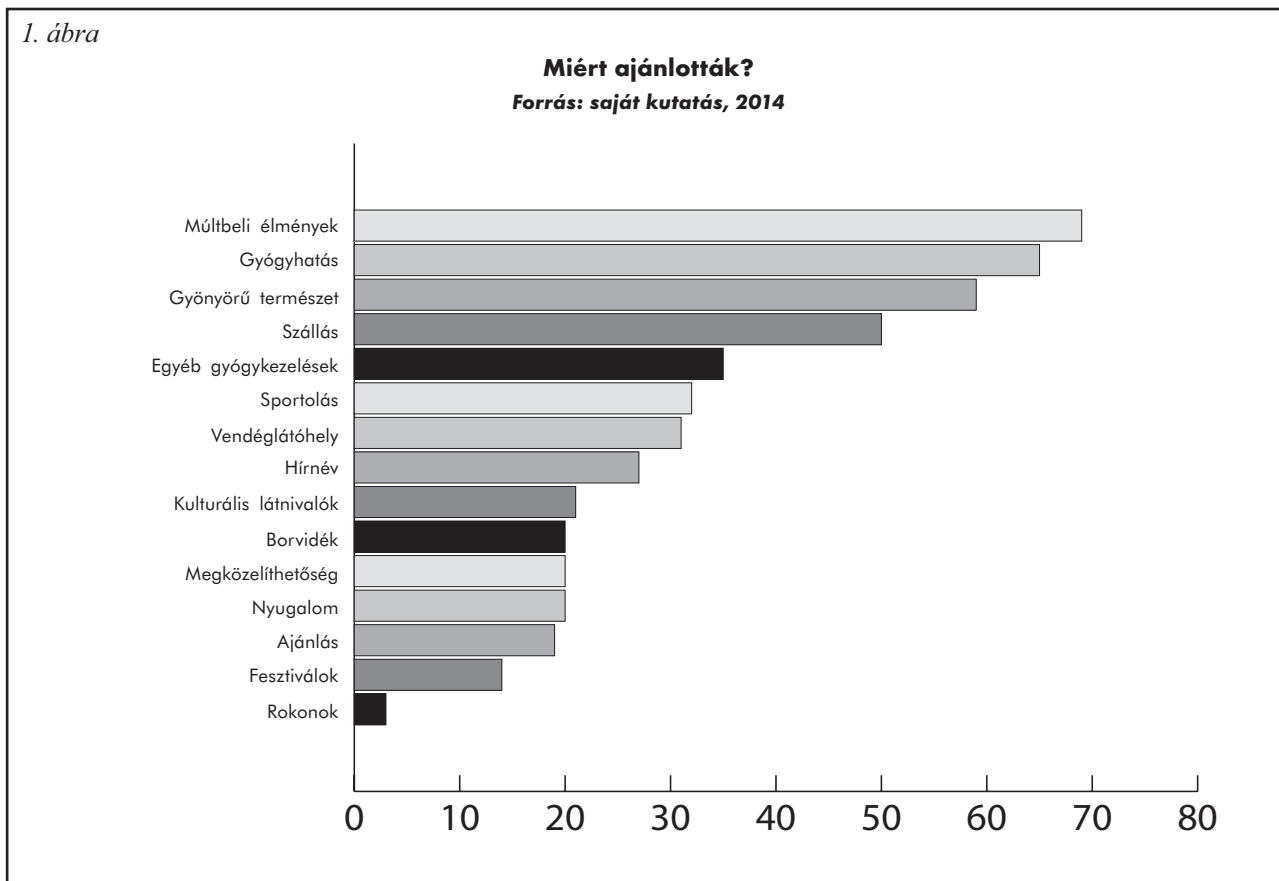
Az ország egész területén találunk színvonalas és széles kínálatú szálláshelyeket. *„Lakóhelyemhez közel csak ilyen szállodák (wellness- és gyógyfürdők) vannak. A kellemes összekötése a haszonnal.”*

Mindenképpen fő szempont a *kikapcsolódás, a pihenés, a nyugalom, a kényelem, a feltöltődés, a kényeztetés, a gyógyulás, az egészségmegőrzés, a szórakozás*. *„Kifejezetten a problémámra specializált kezeléseket kínáljon és legyen biztosított a teljeskörű kikapcsolódás, mint fő cél.”*

A víz is nagyon fontos szempont, nem is elsősorban a gyógyulás, hanem a vizes környezet, az úszás szeretete miatt: *„A víz számomra szükséges a pihenéshez.”*

Fontos szempont, hogy az időjárástól függetlenül lehet élvezni a vizes programokat: *„Olyan kikapcsolódási lehetőséget keresünk, ahol termálvízben tudunk fürdeni (gyógyvízben).”*

A *kényeztetés* fogalma alatt általában a wellness-szállodák teljes körű ellátását értették, vagyis a szép szobát,



a finom ételeket, továbbá a gyógy- és wellness-szolgáltatásokat. Oda mennek, ahol „szauzavilág (többfajta szauna, gőzkabin, tepidárium, sóbarlang) szolgáltatásai” áll rendelkezésükre, „és ahol ezeken felül felöntéseken és masszázson” tudnak részt venni.

„Kettő az egyben”, vagyis a desztináció látnivalói is vonzóak, de „jó egy wellness-szállodában 1–2 lazulós napot is eltölteni a városnézés után.”

Következésképpen a látogatók nem feltétlenül egészségmegőrzési céllal vesznek igénybe egészségügyi szolgáltatásokat. A válaszokból kiderül, hogy a *pihenés*, a *kikapcsolódás* a legfontosabb motiváló tényező. Ez megegyezik a KSH felméréssel, miszerint az utazások leggyakoribb előmozdító tényezője a *pihenés* és a *szórakozás*, tehát nem csak az utazóknak azon 4–5%-a vesz részt az egészségturizmusban, akik egészségmegőrzési motivációval utaznak, hanem valószínűleg azok közül is sokan, akik pihenési céllal mozdulnak ki otthonról.

Jó vendég az egészségturista

Elmondható, hogy magas azoknak az aránya, akik ismét felkeresnek egy egészségügyi desztinációt, hiszen a megkérdezettek 60%-a visszatérő vendég. A legtöbben *Hévízre* és a *Balaton* valamely településére látogatnak el ismét. Sokan nem konkrét várost említet-

tek, hanem általánosságban „wellness-szállodát” vagy „gyógyfürdőt”, konkrét településként több alkalommal *Sárvár*, *Zalakaros*, *Hajdúszoboszló*, *Bükfürdő*, *Eger* és *Egerszalók* neve merült fel. A megkérdezettek nem csak településekre, hanem nagyobb kiterjedésű földrajzi területekre (*Velencei-tó*, *Őrség*, *Bakony*, *Mátra*) is hivatkoztak.

A legkedveltebb települések megegyeznek az ország leglátogatottabb turisztikai célpontjaival. Látható továbbá, hogy a válaszadók nem csak fürdővel rendelkező városokat, hanem rendkívül nyugodt, természethez közeli, kevés zajáttal rendelkező tájegységeket is említettek.

Megbeszélés

A KSH (2012) szerint a magyar lakosság utazásainak legfontosabb motivációja a *szórakozás*, a *pihenés* (44%), illetve az *ismerősök meglátogatása* (41%). Az *egészségmegőrzés* és a *hobbijellegű tevékenység* aránya 4–4%.

Ebből arra következtethetnénk, hogy a wellness-szállodák, a gyógy-szállodák, a gyógyfürdők, illetve az egyéb, egészségturizmushoz köthető szolgáltatások kapacitása nem kihasználva, ez azonban nem igaz. A wellness-szállodák évről-évre magasabb vendégéjszaka-számmal rendelkeznek, s az első 10 legkeresettebb ma-



5. táblázat

Miért választ egészségturisztikai terméket/szolgáltatást?

Forrás: saját kutatás, 2014

pihenés, kikapcsolódás	43,0%	távolság, elhelyezkedés	11,4%
túra, aktív program, látnivalók	31,6%	egészségmegőrzés	9,6%
szép természeti környezet	21,9%	gyógyhatás	9,6%
gyógyfürdő és hatása	16,7%	wellness	7,9%
ár/érték arány	15,8%	víz	7,0%
nyugalom	14,9%	hírnév	5,3%
gyógyulás	14,0%	szórakozás	5,3%
felfrissülés, feltöltődés	13,2%	sportolás	4,4%
szállás kényelme	13,2%	kellemes és hasznos	4,4%
kényelem, kényeztetés	13,2%	úszás, fürdőzés	4,4%
szolgáltatás színvonala	11,4%	családi program	4,4%

gyarországi város között is többségében fürdővárosokat találunk.

Látható, hogy a legtöbben a *wellness*, a *gyógyfürdő/fürdő* és a *víz* valamilyen formáját említették, vagyis az egészségturizmusról leginkább a vízre épült fürdőkre és wellness-turizmusra asszociáltak.

A válaszadók 15,8%-a számára a *sport*, a *mozgás*, 7,9%-a számára a *túrázás* is az egészségturizmushoz kapcsolódik. 15,8%-uk említette a *természetet*, vagy ahhoz szorosan köthető fogalmat, mint *hegyek*, *állatok*, *napfény*, *jó levegő* vagy *erdő*, tehát az *aktív turizmus*, a *természet közelsége* is az *egészségturizmus* fogalomkörébe tartozik.

Egy külföldi vendégnek magyar egészségturisztikai desztinációként a legtöbben *Hévizet* ajánlanák, továbbá *Bükkfürdőt*, *Budapestet*, *Sopront* és *környékét*, *Hajdúszoboszlót*, *Sárvárt*, *Zalakarost*, a *Balatont*, *Egert* és a *Mátrát*.

Az *egészségturizmus* fogalmát sokan úgy értelmezik, mint a természetbe való menekülés egyik lehetőségét a hétköznapi élet elől. Fontosnak tartják, hogy legyenek *túra*lehetőségek, *aktív programok*, valamint *természeti* vagy *kulturális látnivalók*. Mindenképpen fő szempontok a *kikapcsolódás*, a *pihenés*, a *szórakozás*, a *nyugalom*, a *kényelem*, a *feltöltődés*, a *kényeztetés*, a *gyógyulás*, az *egészségmegőrzés*.

Következésképpen a látogatók nem feltétlenül egészségmegőrzési céllal vesznek igénybe egészségturisztikai szolgáltatásokat. A válaszokból kiderül, hogy a *pihenés*, a *kikapcsolódás* a legfontosabb motiváló tényező. Ez megegyezik a *KSH* felmérésével, miszerint az utazások leggyakoribb előmozdító tényezője a *pihenés* és a *szórakozás*.

Összefoglalás

Általában azt gondolhatjuk, hogy az egészségturizmus Magyarország egyik legkeresettebb turisztikai terméke, ennek ellenére a *KSH* felmérései nem azt tükrözik, hogy az egészségmegőrzés, mint utazási motiváció az elsők között állna. A wellness-szállodák forgalma évről-évre jelentős növekedést mutat, tehát valószínű, hogy vendégeik számára nem csupán az egészségmegőrzés az egyetlen motiváló tényező. Céлом az volt, hogy az egészségturizmus tágabb értelemben vett motivációira fényt derítsek, jelen esetben elsősorban kvalitatív jellegű nyitott kérdések formájában. Ahogyan a kutatásból kiderült, fő motiváló tényezők az *egészségmegőrzés* mellett a *kikapcsolódás*, a *pihenés*, a *szórakozás*, a *nyugalom*, a *kényelem*, a *feltöltődés*, a *kényeztetés*, a *gyógyulás*.

Kulcsszavak: egészségturizmus, motiváció, wellness, kvalitatív kutatás

Abstract

The most important motivations to travel of Hungarian population are *entertainment*, *relaxing* (44%) and *visiting friends and relatives* (41%). The share of the following activities are 4–4%: *preserving one's health* and *doing our recreational hobbies*.

In spite of this fact the wellness hotels year by year have more and more guests' nights. In addition to among the most visited Hungarian cities can be met mainly with spa towns.

The most respondents join the concept of the health tourism with words, like *wellness*, *medical spa*, or whichever forms of *water*. Consequently they have asso-





FELMÉRÉSEK

ciations referring to *baths* and *wellness*. Some respondents think other. For 15,8% of the respondents think that the *sport* and *keep moving* is the source of the health tourism. 7,9% said *hiking* too. 15,8% mentioned phrases refer to *nature*, like *mountains*, *animals*, *sunlight*, *fresh air* or *forest*.

Hévíz would be offered by the most respondents as health spa destination to a foreign tourist. Besides the following destinations worth visiting: *Bükfürdő*, *Budapest*, *Sopron and its area*, *Hajdúszoboszló*, *Sárvár*, *Zalakaros*, *Balaton*, *Eger és a Mátra*.

The tourists choose health tourism destination because of *rest* and *recreation*. Many respondents think that

health tourism is equal to the escaping into the nature to avoid the noisy, stressful weekdays. Anyway the main points of view are the *relaxation*, *recreation*, *to have rest*, *entertaining*, *quietness*, *comfort*, *refilling with energy*, *pampering*, *recovery*, *health promotion*.

Consequently health tourism services are consumed not only with the aim of *health promotion*. From the answers can be found out, that the *relaxing* is the most important motivation factor. This result is the same with the result of the *KSH*, that the travellers' main motivation is *having rest*.

Keywords: health tourism, motivation, wellness, qualitative research

IRODALOM

1. Dávid Lóránt–Baros Zoltán (2007): „A tavak turisztikai célú hasznosítása az éghajlatváltozás tükrében.” In: *Földrajzi Közlemények*, 55(3):171–186.
2. http://itthon.hu/documents/28123/8118959/VegAdatok_2013_HU_oldalankent.pdf/417562f0-bc3a-4411-8b05-6c674bf3ce5d
3. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/jeltur/jeltur13.pdf>
4. https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_evkozi/e_oga0-01.html
5. Kiss Kornélia–Török Péter (2001): „Az egészségturizmus nemzetközi keresleti és kínálati trendjei.” In: *Turizmus Bulletin*, 5(3): 7–14.
6. KPMG (2002): „Az egészségturizmus marketingkonceptiója.” In: *Turizmus Bulletin*, 6(2)
7. Michalkó Gábor–Rátz Tamara (2011): *Egészségturizmus és életminőség Magyarországon*. MTA Földrajztudományi Kutatóintézet, Budapest.
8. Puczkó László–Smith, M. (2010): *Egészségturizmus: gyógyászat, wellness, holisztika*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
9. Vajda Róbert–Vadas Vera (1990): *Magyarország gyógyidegenforgalma*. Kereskedelmi és Idegenforgalmi Továbbképző Kft., Budapest.
10. Hall, C.M. (1992): „Adventure, sport and health tourism.” In: Weiler, B.–Hall, C.M. (eds.): *Special Interest Tourism*. Belhaven Press, London, 1992.





Az „Egészség” című folyóirat (Egészségtani ismeretek terjesztésére s a közegészségügy érdekeinek előmozdítására, szerkesztő: Dr. Fodor József, kiadó: Országos Közegészségügyi Egyesület) 1887–1942 között megjelent példányait a közelmúltban az Országos Egészségfejlesztési Intézetnek ajándékozták. (A példányok tartalomjegyzéke az OEFI honlapján megtekinthető, betekintés személyes egyeztetés után lehetséges.) Folyóiratunk visszatekint a múltba, s az akkori szemléletmód – a mai állásponttal párhuzamos – bemutatásával új cikksorozatot indít el. Időutazásra invitálunk mindenkit az 1800-as és 1900-as évekbe, és ezzel párhuzamosan bemutatjuk a témával kapcsolatos aktuális adatokat, álláspontokat is.



Sportsérülések a fociban – a tömegsportot érintő tanulságok

Csányi Zsófia

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Szertelenkedés az atletaságban éppúgy elítélésre méltó, mint a tunyaság, restség. az edző játékok és mozgások kerülése. Az angol lapok megdöbbentő adatokat közöltek a mértéken felül üzött atletajátékok okozta egészségi károkról. Csupán a football (rugó-labda) játékok következtében 26 halálesetet tapasztaltak a múlt évben, mégpedig a játékra alkalmas 6 nyári hónap alatt, továbbá 19 lábtörést és a 12 kartörést, 25 kulcsonttörést és 75 egyéb sérülést. A testedzés ezen az áron nagyon drága, és elmondhatjuk, hogy az atlétáskodást is nem csupán erővel, hanem ésszel is kell üzni.

Egészség, 1893. április. Rövid Közlések, 146. oldal

Az „Egészség” című folyóiratról eredeti helyesírással digitalizálva.

A 100 évvel ezelőtti angol bajnokság, valamint a 2010-es labdarúgó-világbajnokság sérülési adatait összehasonlítva elmondhatjuk, hogy több mint 100 évvel ezelőtt az egy csapatra vetített sérülések aránya 8,06 sérülés/csapat volt. Figyelemreméltó azonban, hogy a 2010-es labdarúgó világbajnokságon – ahol 32 csapat játszott és a mérkőzéseken összesen 229 sérülés történt – az egy csapatra vetített sérülések aránya 9,34 sérülés/csapat volt (ugyanakkor haláleset nem történt).

A sporttudomány fejlődésével – a kockázatok csökkentése érdekében – a sportteljesítmények mérésével, elemzésével, valamint a szabályrendszer változtatásával folyamatosan igyekeznek a sportolók sérülési lehetőségeit csökkenteni. A magas szintű sportteljesítmény és a sérülések elkerülése érdekében nagy hangsúlyt fe-

tetnek a pszichikai felkészültségre is, mely hozzájárulhat a játékosok koncentrációs képességének növeléséhez.

Összességében elmondhatjuk, hogy míg a sporttudomány fejlődésével, a kockázati tényezők elemzésével és kiküszöbölésével a labdarúgók sérüléseinek jellege ugyan megváltozott, a sérülések relatív száma azonban nem csökkent.

Ez a tendencia tanulságokat hordoz a lakossági sport modern értelmezéséhez is, hiszen a sérülések elkerülése, illetve megelőzése itt is központi kérdés. Az egészséget támogató, közepes és nagy erőfeszítést igénylő mozgások előtt szükséges bemelegítést végezni, majd levezetéként izmainkat nyújtani. Ezzel is hozzájárulhatunk a jó közérzet, a jól-lét érzés megteremtéséhez, egészségünk megőrzéséhez, fejlesztéséhez.





CONTENTS

TRAININGS

Health Literacy – Development of the Concept and its Social Relevance in Hungary – Part II. 2

Ágnes Taller, Péter Makara Dr., Dóra Tonté

2014 — INTERNATIONAL YEAR OF THE FAMILY

Examining Mothers' and Daughters' Knowledge Level Concerning HPV, HPV-Injection and Cervical Cancer 9

Krisztina Millei, Réka Vajda, Zsuzsanna Kívés, Orsolya Máté Dr., PhD., Annamária Pakai Dr., PhD.

SURVEYS

Thoughts about Eating Culture and Customs of 13–14 year Old Youths and their Family – Part II. 17

Péter Huszka Dr., PhD.

Motivational Factors of Health Tourism Choices as a Product – Part I. 27

Emőke Csíkász

THE MATTER OF HEALTH — PAST AND PRESENT

Sport Injuries in Football – Consequences Concerning Mass Sport 35

Zsófia Csányi

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

