

**FARAGÓ BEATRIX, KOVÁCSNÉ TÓTH ÁGNES, LENGVÁRI BALÁZS,
PÁPAI ZSÓFIA, KONCZOS CSABA, SZAKÁLY ZSOLT**

AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁS ÉS AZ ÉLETMÓD VIZSGÁLATA A NAGYVÁROSI KÖRNYEZET HATÁSÁBAN

Széchenyi István Egyetem, Győr

Absztrakt

Kutatási célunkként határoztuk meg a preventív, diagnosztikai és rehabilitációs eljárások vizsgálatát az egészségmagatartásra, az életmódra az egészségpiaci termékek vonatkozásában. Jelen tanulmányunkban a kutatás bemutatását és területi megjelenítését tűztük ki célul. Az első kutatási terület módszere kérdőív volt, amely tartalmazta a primer és szekunder prevenció mértékét befolyásoló, az egészségmagatartásra, az egészségtudatosságra vonatkozó kérdéseket. A minta résztvevői: az SZE ESK hallgatói (18–20 évesek), vállalati felnőttek (20–50 évesek) és idősek (60 év felettiek). A kutatási programunk alapján a vizsgálati eredmények megmutatják a lakosság egészségképét és az erre ráépülő egészségmagatartást, amely egyéni és társadalmi szinten is megjelenik. A kutatási projekt kiemelten kezeli az egészségmegőrzés, egészségfejlesztés hatását az életmódra, az egészségtudatosság kialakításával, az egészségmagatartás tudatos művelésével.

Kulcsszavak: egészségfejlesztés, egészségmagatartás, fittség, prevenció, rehabilitáció

Abstract

Our research objective is defined by the examination of the effects of preventive, diagnostic and rehabilitation procedures on health preservation and lifestyle with special concern in healthcare-market products. Research methods: The research method, from one hand involves questionnaires containing questions focusing on factors affecting the primary and secondary prevention levels as well as health preservation and health consciousness. The participants of the research sample: students of the SZE ESK (aged 18-20 years), corporate business adults (aged 20-50) and aging people (60 year-old and above). Results: based on the findings of our research program we shall obtain the health-image scan of the population and their health-behavior based on it, also displayed

on individual as well as on community level. Conclusions: the research project tends to emphasize the effects of health preservation and development on quality lifestyle through promoting health-awareness and pursuing health-conscious behavioral manners.

Keywords: health behavior, health promotion, fitness, rehabilitation, prevention

Bevezetés

Az utóbbi évtizedekben a fejlett országok lakosságának átlagéletkora dinamikus növekedésnek indult. A lakosságot a javuló életkilátások mellett számos káros hatás éri, melyek következtében a nem-fertőző betegségek megjelenése gyakoribbá válik. A kardiovaszkuláris rendszert érintő megbetegedések, a túlsúly, az elhízás, a cukorbetegség, a csökkent mennyiségű fizikai aktivitás szemléletváltozást követelnek az ellátók és ellátottak oldaláról is. Ezek a betegségek a korai szakaszban még kevés tünetet okoznak, ezért diagnosztizálásuk sem hatékony. A korai felismerés (szűrővizsgálatok), a hatékony terápiák alkalmazása a visszafordíthatatlan folyamatok, szövődmények kialakulását előzheti meg (Ádány, 2011). Az egészségtudatos magatartás, az egészségkultúra ismerete a fizikai aktivitást mennyiségét növeli (Szakály és mtsai. 2016), amely meghatározó az életminőség javításában, az egészség megtartásában. Az egészséges életmód tetten érhető az egyén fogyasztási szokásaiban is, tudatosan, egészséges életvitelt folytat, egészséges termékeket és prevenciót célzó egészségügyi szolgáltatásokat is vásárol. Az egészségtudatos fogyasztás nagymértékben hozzájárulhat a jó egészségi állapotunkhoz.

Ezek alapján a kutatási területünk a preventív, diagnosztikai és rehabilitációs eljárások hatásvizsgálata az egészségmagatartásra, az életmódra az egészségpiaci termékek vonatkozásában. A kutatás irányvonala a fogyasztói magatartás és a szervezeti hatékonyság vizsgálatát közösen érintő, az „egészség-sport”, az egészségfejlesztő sportterületen megjelenő társadalmi, gazdasági hatásokat elemző kutatás. A tanulmány célja bemutatni a kutatási projektet és a kutatás elméleti hátterét. A kutatás területi behatárolása Győr városa, amelynek gazdasági, egészségügyi, oktatási érintettsége magas a kutatott területen. Így ennek továbbgyűrűző hatásaként egészséggazdasági befolyása is kiemelkedő, meghatározó telepítési tényezővé válhat. E témakörben szándékunk kutatni az egészségügyi szűrővizsgálatok, a fittségi vizsgálatok és az egyéb diagnosztikai jellegű vizsgálatok piaci igényét. Az egészséges életmód az egyén fogyasztásában is megnyilvánul, tudatosan egészséges életvitelt folytat, egészséges termékeket és prevenciót célzó egészségügyi szolgáltatásokat is vásárol. Az egészségtudatos fogyasztás nagymértékben hozzájárulhat a jó egészségi állapotunkhoz.

A kutatás célja

A fő kutatási irány a fogyasztói magatartás vizsgálata a prevenció területén a diagnosztikai szolgáltatások a rehabilitáció pénzügyi és társadalmi értékelésére irányuló területen. A vizsgálat fókuszában a prevenció, diagnosztika, rehabilitáció társadalmi és gazdasági hatásainak vizsgálatát helyezzük. Többek között a kutatásban résztvevők önminősített egészségi állapotának, jóllétének, egészséghitének, életmódjának és egészségmagatartásának monitorozását tűztük ki célul. Másrészt fontos feladatunk a fenti életmód-, prevenció-, egészségpiaci elemekkel összefüggő demográfiai, egyéni, társas stb. háttértényezők feltérképezése is. Kutatásunknak egyik szempontja, hogy olyan mérőeszközt alkalmazzon, amely lehetővé teszi az eredményeink célcsoportra jellemző paramétereinek összehasonlítását más, korábbi magyar és nemzetközi vizsgálatokkal. Tanulmányunkban a témakört érintő szekunder kutatást, a kutatás folyamatát és jelenlegi állapotát szeretnénk bemutatni. A helyi illetőség lényeges területét képezi a tanulmánynak, hiszen a felmérés lokalitása a helyi egészségmagatartás és sport tekintetében meghatározó, mivel Magyarországon Győr városa kiemelt helyszíneként jelenik meg.

Szakirodalmi áttekintés

Az egészségdeterminánsok kedvező befolyásolásával az egyén és a közösség egészségi állapota javítható. A genetikai és a tág értelemben vett környezeti tényezők együtthatásának és változó mértékű érvényesülésének elvét ma általánosan elfogadottnak tekinthetjük (Kopp és Kovács, 2006; Barabás, 2006; Sipos, 2006). A prevenció folyamatokban az egyik legfontosabb a lakosság aktív hozzáállása az egészségmegőrzés, illetve -fejlesztés (Konczos és mtsai. 2010; Konczos, Szakály, 2007; Gritz, 2006; Konczos, 2006; Pál és mtsai. 2005; McKechine, Mosca 2003; Lee és mtsai. 2003). Az egészség megőrzése olyan folyamat, amely az egészséget elősegítő életmód és az ezt ösztönző társadalmi, gazdasági, környezeti és személyes tényezők támogatását öleli fel. Vagyis az egészséget szolgáló magatartásnak két alapvető formája van: az egyéni (tanácsadás, nevelés, klinikai beavatkozás) és a közösségi (egészséggazdasági, társadalmi, kulturális, természeti és technikai feltételek javítása) (Bíró, 2004; Métneki, 2004; 2003; Székely, 2003; Simon, 2002; Dzsakarta declaration 1997; Conner, Norman, 1996; Kopp, Skrabski, 1995; Ottawa Charta 1986). Varga és munkatársai (2008) szerint az egyén egészségi állapotát az életmódja, egészségmagatartása határozza meg, vagyis az, hogy mennyire figyel oda arra, hogy egészséges életvitelt folytasson. Az egészségi állapotot két nagy csoportra oszthatjuk fel: nem befolyásolható kockázati tényezőkre (egyéni, endogéntényezők: veleszületett genetikai adottságok – szerzett tulajdonságok, életkor, nem stb.), valamint befolyásolható kockázati tényezők (életmódot, életvitelt befolyásoló tényezők, táplálkozási szokások, fizikai akti-

vítás, szabadidő eltöltése, élvezeti szerek fogyasztása: dohányzás, alkoholfogyasztás stb.) (Varga és mtsai. 2008).

A fizikai környezet meghatározó, közvetlen befolyása ugyancsak jól ismert, bár itt kiemelendő, hogy a hagyományosnál tágabban értelmezve ide sorolhatók az egészséges élet olyan feltételei, mint a fizikai aktivitást támogató környezet, az egészséges táplálék elérhetősége is (Vitrai, 2011; Aszmann, 2007; Pál és mtsai. 2005). A közvetlen hatást jelentő környezeti tényezők mellett ma már egyre nagyobb hangsúlyt kap a közvetett hatású pszichoszociális környezet, mint az egyént körülvevő kisebb-nagyobb közösségeket jellemző kapcsolatok rendszere, vagy a társadalmi és kulturális tőke. (Koop és mtsai., 2004; Skrabski és mtsai., 2004; Kopp 2007) Napjaink egészségkutatásaiban teret szorított az egészségkultúra és egészséghit (Health Belief Modell HBM) vizsgálata és befolyása az egyén állapotára. Az egészségkultúra maga az életmód, azaz az elsajátított életmód jelenti azt a közvetítő mechanizmust, amely az objektív társadalmi kultúra, valamint a társadalomban létező egyének egészségi állapota között van (Balajti és mtsai., 2007). Az egészséghit, amelyet gyakran vizsgálnak az egészségmagatartással kapcsolatosan, a preventív viselkedés kialakulását és befolyásoló tényezőit írja le, hangsúlyozza a viselkedésformák közti összefüggéseket (Simon, 2010; Kincses 2013).

A sport és egészség összefüggéseiben megnyilvánul a sportolói környezet, az abban szerzett előnyök hozzájárulnak a fiatalok helyes önértékeléséhez, megítéléséhez, ami hozzásegítheti az egyént tevékenysége fenntartásához. A korai szakaszban elkezdett sportban való szocializáció hozzásegít az egészségtudatos életmód megszilárdításához (Faragó, 2015). A sportolás, a szabadidőspport előnyeiként érvényesülő egészségfejlesztő hatások közé sorolható: az egyéni egészség és jólét („jól vagyok” érzés); kiegyensúlyozott személyiség kialakítása vagy megőrzése; minőségi élet megélése; kevesebb önromboló vagy antiszociális viselkedés; erősíti a szociális kohéziót; az egészségügyi, a rendfenntartási és a szociális kiadások csökkenése; hozzájárul a gazdasági fejlődéshez (munkavégzés jobb minősége, kevesebb betegállományi nap); hozzájárul a környezetvédelmi feladatok ellátásához (Béki, 2016).

A kutatási terület elemzése – Társadalmi és környezeti háttér

A tanulmányban kitérünk a kutatás területiségére, demográfiai adataira, amely meghatározza azt a környezetet, amelyben az eredmények elemzésre kerülnek. A felmérés lokalitásának bemutatása azért szükséges, hogy megmutatkozzon a kutatás helyszínválasztásának indoklása, a társadalmi, gazdasági, környezeti háttér, amelyben a vizsgálat zajlik.

A kutatás Magyarországon, a Nyugat-dunántúli régióban valósul meg. A Nyugat-dunántúli régióban élő lakosság száma nem éri el az 1 millió főt, népsűrűsége 87 fő/km², ezzel a 4. legsűrűbben lakott régió Magyarországon. A Nyugat-dunántúli régió 657 településével a Dél-Dunántúlt megelőzve hazánk

legnagyobb településszámmal rendelkező régiója. Mindemellett ez a térség Magyarország legkisebb területű térsége is egyben. Sajátos településszerkezettel rendelkezik. A régió lakosságának korösszetételét tekintve a fiatalok (0–14 év) aránya meglehetősen alacsony a régiós összehasonlításban, viszont az aktív korosztály (15–64 év) aránya sem túl magas. Az öregedési index viszont országos összehasonlításban a harmadik legmagasabb a régiók között. A munkanélküliségi ráta kiemelkedően alacsony (3,8%) volt 2015-ben, ami az első volt a régiók között. A foglalkoztatottak 57,36 %-a a szolgáltatási szektorban, 37,39%-a az iparban és 5,17 %-a a mezőgazdaságban dolgozik (KSH). A kialakult szakképzési struktúra megközelítőleg követi az országos folyamatokat. A szakképzésben résztvevők nagy százaléka érettségizik a Nyugat-dunántúli régióban. Az országos szakképzési struktúrában a műszaki, a gazdasági-szolgáltatási szakterület prioritást élvez, míg a képzésben a humán és agrár szakterület részaránya alacsonyabb. A felsőfokú végzettségűek körét tekintve viszont a megye előkelő helyen van, Budapest és a Központi régió után a harmadik helyen áll. Győr mindig is jelentős iskolaváros volt. Egyházi és világi alapfokú, középfokú iskolái mellett a XVIII. századtól a kor igényeinek és színvonalának megfelelő felsőoktatási intézmények is működtek a városban. A Nyugat-dunántúli régióban két egyetem és egy főiskola székhelye található. A székhelyet illetően is két intézmény (Széchenyi István Egyetem, Győri Hittudományi Főiskola) működik győri székhellyel. A Nyugat-dunántúli régióból 32,91 ezer hallgató folytat felsőfokú tanulmányokat valamilyen formában, és közel 1300 oktató dolgozik a felsőoktatásban. A hallgatók legnagyobb része Győr-Moson-Sopron megyéből vesz részt az egyetemi-főiskolai oktatásban (14,91 ezer fő). A régióban székhellyel rendelkező egyetemekre egyaránt jellemző, hogy vonzáskörzetük regionális, így az észak-nyugat dunántúli térségből kerül ki a felvettek jelentős része. Települések tekintetében a legtöbben Győrből és Budapestről érkeznek az intézményekbe (Tamándl, 2011).

A jármű- és gépiparban meghatározó erőt képviselő város mára már további fejlődését mutatja, hogy a magas színvonalat képvisel a környezet- és az egészségipar, a sportgazdaság, valamint a gazdasági szolgáltatások szerepe. Győr az észak-dunántúli térség gazdasági központja, de az elmúlt tíz évben ezen szerepek mellett a közösségi szolgáltatásokban (oktatás, egészségügy, kultúra, sport) is vezető pozícióba került. Lényeges terület városi szinten is a sportolási lehetőségek fejlesztése. Győr erős hagyományokkal és kiváló adottságokkal rendelkezik a versenysport területén. Az utóbbi időben számos nemzetközi sportesemény sikeres megrendezése hívta fel Győrrre a figyelmet, ennek köszönhető az Európai Ifjúsági Olimpiai Fesztivál 2017. évi győri megrendezésének a lehetősége is. A lakosság szabadidejének várható megnövekedése szükségessé tette a tömegsport folyamatos fejlesztését. A versenysporthoz és az nagy nemzetközi versenyekhez igazodva a városi és egyetemi infrastruktúra-fejlesztések magas színvonalú feltételeket teremtenek meg a szabadidősport, az „egészségssport” számára is. A sportolási lehetőségek fejlesztése szükségessé teszi a szabadidősport, az egészséges életmód szolgálatában

álló létesítmények létrehozását. (szabadtéri sportpályák, lovaglós területek, golfpályák, kocogópályák, horgászterületek, szabad strandok) (Győr Megyei Jogú Város Fejlesztési Koncepciója 2014-2030, Gyömörei, 2014). A térség északi része földrajzi fekvéséből kiindulva aktívan bekapcsolódik Európa és a világpiac vérkeringésébe, mialatt a régió déli részében több periférikus helyzetben lévő terület is előfordul. A régiót alkotó három megye az ország területének 12,21 %-át fedi le. Győr a Nyugat-dunántúli régió központja, 130 ezer embernek ott-hont adó város jelentős gazdasági potenciállal, magas infrastruktúrával, egyre látványosabban kiépülő szolgáltatási rendszerekkel.

Gazdasági háttér: A Nyugat-Dunántúl gazdasági teljesítőképessége tekintetében messze felülmúlja az országos átlagot, különösen a vidéki átlagot. Győr-Moson-Sopron megye az „Ipari termelési zónába” tartozik. (Nemzeti Intelligens Szakosodási Stratégia) A gazdasági nyitottság, a globális hálózatok és gyorsforgalmi úthálózatok elérhetősége, az innovációs centrumok kapacitása, valamint a humán erőforrás alapján a régió legkiemelkedőbb városa Győr. 2015-ös statisztikai adatok alapján a Nyugat-Dunántúl a régiós összehasonlításban a bruttó hazai termék tekintetében (GDP) a második helyen szerepel Közép-Magyarország mögött. Az egy főre jutó GDP az országos átlag 104,7%-át teszi ki, például a megyék közül Győr-Moson-Sopron megyében az egy főre jutó bruttó hazai termék az országos átlag 124,7%-a. A rendelkezésre álló 2015-ös statisztikai adatok az ipari termelés értéke tekintetében a Nyugat-Dunántúl ipara a Közép-magyarországi régió és a Közép-dunántúli régió között a második helyet foglalja el (KSH).

A kutatás háttere – A szakterület elemzése

A XX. század végére egyre inkább bizonyító erejű, epidemiológiai, klinikai és kísérletes vizsgálatok igazolták, hogy számos kórkép hátterében a fizikai inaktivitás, a mozgásszegény életmód mint kockázati tényező mutatható ki. Korábbi tanulmányok elemzik a fizikai aktivitás által kiváltott élettani adaptációs folyamatokat, hatását az egészségre és betegségekre, felhasználását a prevencióban, szerepét népegészségügyi programokban, az intervenciók programok lehetőségét és korlátait (Jákó, 2012; Eaton, 1988; Johns, Eaton, 1994; Pratt és mtsai., 2000), amelyben láthatóvá válik, hogy a rendszeres fizikai aktivitás csökkenti a koszorúér-betegség okozta mortalitás kockázatát; csökkenti a 2. típusú cukorbetegség, a hipertónia, a vastagbélrák kialakulásának kockázatát; javítja a mentális egészséget, depressziót, anxiétást; növeli az izomerőt, a csontok, ízületek stabilitását; csökkenti az oszteoartritisz okozta panaszokat; idősebb életkorban segít megőrizni a funkcionális képességeket, az önálló életvitel lehetőségét; megfelelő étrenddel párosulva hatékony eszköz az elhízás megelőzésében, illetve a már kialakult túlsúly csökkentésében (Szakály és mtsai., 2003).

Mind ezek a kedvező változások már mérsékelt intenzitású fizikai aktivitás révén elérhetők (például 30 perc gyaloglás, vagy 15 perc futás heti legalább

öt alkalommal), amennyiben nincs ellenjavallata, intenzívebb vagy hosszabb időtartamú fizikai aktivitás fokozza a kedvező élettani adaptációs folyamatokat (Jákó, 2012). Hazánkban a KSH adatai alapján a mortalitás több mint 50%-áért a szív- és érrendszeri betegségek tehetők felelőssé, a 2. típusú cukorbetegség prevalenciája hazánkban 3% fölött van, és bár némileg eltérőek az adatok, de csaknem egyetértés van abban, hogy az elhízás prevalenciája 20%, a túlsúlyé pedig 40% körül van. A rendszeres fizikai aktivitás kedvező hatásai az egyénre vonatkoztatva jelennek meg a krónikus betegségek megelőzésében, a munkában töltött aktív évek meghosszabbodásában, a jó közérzetben.

A hazai népesség egészségi állapotával kapcsolatos adatokat, a rendszeres fizikai aktivitás kedvező élettani hatásait, továbbá az Eurobarometer 2010 adatait elemezve nyilvánvaló, hogy a jelenlegi 23%-os értékről történő a magyar lakosság számára életbevágó fontosságú lenne az aktivitási szint növelése. Vizsgálati adatok alátámasztják, hogy azokból lesz fizikailag aktív életmódot folytató felnőtt, akivel gyermekkorban megszerették a testmozgást, sportolást (Szakály és mtsai., 2003). Ebből következően valódi változás a hazai népesség aktivitási szokásaiban csak hosszú távon érhető el, amennyiben az iskolai testnevelés és sport területén a már régóta javasolt változások bekövetkeznek. „Döntő tényező az emberek meggyőzése arról, amit az ókori görög orvosok is hirdettek: egészségünk érdekében önmagunk tehetjük a legtöbbet” (Jákó 2012). A magyarok sportolási kedve jóval elmarad az EU-s átlagtól. A magyarok több mint a fele nem sportol, szabadidejét inkább valami mással tölti. A gondok az általános iskolában kezdődnek: a testnevelésórák egyoldalúak, nem elég motiválók és túlságosan is megterhelők, ahelyett, hogy egészségre és mozgásra nevelnék a gyerekeket. A tanulmány szerint a 15–24 év közötti magyar fiatalokon ennek hatásai meg is látszanak: a férfiak 11, a nők mindössze 6 százaléka sportol rendszeresen, szemben az EU-s 19, illetve 8 százalékos aránnyal. A kutatások szerint a magasan kvalifikáltak mozognak a legtöbbet. Mostanáig úgy tűnt, hogy országos szinten a fővárosiak járnak az élen, de egyre inkább előzik meg őket a megyeszékhelyeken élők (Európai Unió kutatás 2009).

„Az egészségfejlesztési stratégiák megvalósulásának számos színtere van. Ezek közül kulcsfontosságúak az oktatás és nevelés helyszínéül szolgáló oktatási intézmények, hiszen itt történik a jövő generáció formálása. Az iskola által közvetített értékrendszernek részei a tanárok is, az egészséggel kapcsolatos készségeikkel és magatartásaikkal együtt. Minden tanárnak, vagyis a tantestület egészének az egészséggel kapcsolatos ismeretei és attitűdjei pozitívan (vagy negatívan) befolyásolják a tanulókat egészségmagatartásuk kialakításában, mivel a tanárok példaként szolgálnak a tanulók számára egyebek között a követendő egészségmagatartás tekintetében is” (Veres, Balajti, 2010, 9. o.). A fiatalok jelenlegi egészségi állapotát és jövőbeni egészségkilátásait egyaránt befolyásolja az egészségmagatartás. Mozgásszegény életmódot folytat a diákok valamivel több mint egyharmada (35%), és a serdülőknek is csak alig több mint a fele (64%) végez átlagosan egy órányi intenzív testmozgást hetente három vagy több alkalommal. A mozgásszegény életmód inkább jellemzi a nőket (42%), mint a férfiakat (30%).

Az életkor emelkedésével a testmozgásra fordított idő mennyisége csökken. A magyar fiatalok egészségi állapotát vizsgálva megállapították, hogy az életkilátások javulása mellett, számos területen jelentős egészséggel kapcsolatos életminőség-romlásnak vagyunk tanúi. A környezetszennyezéssel, az életmóddal és a már gyermekkorban megjelenő krónikus stresszterheléssel összefüggésben rohamos emelkedést mutat az allergiás megbetegedések aránya, a fizikai állóképesség csökkenése, a különböző típusú táplálkozási és alvási zavarok gyors terjedése, valamint a közérzeti és mentális problémák korai kialakulása. A magyar fiatalok kulturális fogyasztásának és szabadidőtevékenység-struktúrájának cselekvésmódozataiban a rendszeres sportolás továbbra is marginális szerepet játszik. Ennek kapcsán két gondolat vetődik fel. Egyrészt az, hogy az egészséges életmód egyik alapvető eleme, a rendszeres mozgás és annak fontossága nem kerül bele a fiatalok értékrendjébe. Másrészt, hogy a társadalom különböző szintjein elhelyezkedő egyének számára a sportolási tevékenységbe való bekapcsolódás jelentős akadályokba ütközik (Máder, 2011).

A tanulói státusz szignifikánsan megnöveli annak az esélyét, hogy egy fiatal bekerüljön a sportolók csoportjába. Ehhez egyrészt hozzájárul a tanulói státusból fakadó viszonylag rugalmas időbeosztás és a rendelkezésre álló több szabadidő. Másrészt, a tanulói státusszal rendelkezők feltehetően nagy részben eltartottak, esetleg kiegészítő keresettel rendelkeznek, anyagiakban szüleik segítségére is számíthatnak, valamint az oktatási intézmények sportlétesítményeit ingyenesen használhatják, ami szintén hozzájárul a sportolási esélyük növekedéséhez. A munkába állás jelentősen csökkenti a sportolás esélyét, tehát a munkaerőpiacra történő kilépéssel járó életmódváltás nehézségei akadályozó tényezőként hatnak a sportolási tevékenység fenntartásában. A sportban való részvétel fogyasztásnak minősül, hiszen a sportoláshoz sporttermékekre, sportlétesítményekre, sporteszközökre, sportruházatra van szükség, amelyek iránt a sporttal passzívan vagy aktívan foglalkozó ember közgazdasági értelemben keresletet támaszt. A szabadidő ipar a fejlett országok GDP-jének egyre jelentősebb részét adja, az USA-ban átlagosan évi 3,2%-os a piaci növekedés a szabadidősport-iparágban (Perényi, 2011).

Kutatási irányok, a kutatás főbb kérdéseinek aspektusából

A vizsgálat fókuszába a prevenció, diagnosztika, rehabilitáció társadalmi és gazdasági hatásainak vizsgálatát helyezzük. E témakörben szándékunk kutatni az egészségügyi szűrővizsgálatok, a fittségi vizsgálatok és az egyéb diagnosztikai jellegű vizsgálatok piaci igényét. További kutatási területként jelenik meg a fent említett preventív, diagnosztikai és rehabilitációs eljárások hatásvizsgálata, az egészségmagatartásra, az életmódra az egészségpiaci termékek vonatkozásában.

Kutatási kérdések

A kutatás kérdései irányultságai az alábbi területekre terjed ki.

- A lakosság körében milyen minőségben jelenik meg az elsődleges prevenció az egészségmagatartásuk tükrében?
- A lakosság körében milyen minőségben jelenik meg a másodlagos prevenció az egészségmegőrző, illetve az egészségfejlesztő tevékenységük tükrében?
- Melyek a lakosság körében igényként felmerülő diagnosztikai és fittségi vizsgálatok?
- A diagnosztikai és fittségi vizsgálatok eredményeinek hatására változnak-e a lakosság egészségmagatartási szokásai?
- Az alkalmazott intervenció hatására változnak-e a lakosság egészségmagatartási szokásai?
- A rehabilitációs, terápiás céllal javasolt egészségmegőrzésre, illetve egészségfejlesztésre alkalmas eljárások milyen mértékben jelennek meg a lakosság életmódjában?
- Van-e különbség a lakosság egészségtudatosságában a diagnosztikai és fittségi vizsgálatok, illetve az intervenció előtt és azok után?
- A Győrben élők az egészségügyi szűrővizsgálatokat, a fittségi vizsgálatokat és egyéb diagnosztikai jellegű vizsgálatokat mennyire használják ki, illetve milyen piaci igény mutatkozik ezen vizsgálatokra?
- Az egészségmagatartás az életmód és egészségpiaci termékek igénybevétele/használata milyen hatással van a preventív, fittségi és rehabilitációs eljárások igénybevételére és az alkalmazottak eljárásoknak milyen hatása van az előzőkre?

Adatgyűjtés, a kísérletek típusai szerkezetük szerint

A kutatásban vizsgált célcsoportok, az alkalmazott módszerek, a mérőeszközök kijelölése

A kutatás alapléréssel (keresztmetszeti) és egy vagy több visszaméréssel (hosszmetszeti) követéses mérési módszerrel történik. Feltételezve a csoportok homogenitását, a függő változók hatását két csoport eredményeinek egybevetésével vizsgáljuk meg: kísérleti csoport, illetve kontrollcsoport megkülönböztetéssel (Fábián, Zsidegh, 1998).

A mérések között a kísérleti csoportoknál intervenció alkalmazására kerül sor.

- Intervenció:
 - a vizsgálati minta egy részénél az egyetemi képzés, az elméleti és gyakorlati tudásanyag megismerése, elsajátítása,
 - másoknál az egészségmegőrzés és fejlesztés céljából ismertetett illetve kijelölt eljárások.

- Követéses vizsgálat (3 év minimum 2 adatfelvétel)
- Kérdőíves vizsgálat (életmód és piaci érdeklődés)
- Fittségi és egyéb diagnosztikai vizsgálatok, melyekkel komplex módon fel tudjuk térképezni a vizsgált személy egészségi állapotát, majd azt követően az eredményeket interpretáljuk.

A kutatási módszerek részletes bemutatása

A felmérés első fázisában kérdőíves felmérést alkalmazunk, amely tartalmaz primer és szekunder prevenció mértékét befolyásoló, az egészségmagatartásra, az egészségtudatosságra vonatkozó kérdéseket. A legalkalmasabb kutatási módszer motívumok, attitűdök, nézetek, vélemények, érzelmek vizsgálata. A kérdőív legnagyobb előnye, hogy használatával egyidejűleg nagyszámú egyén – aránylag rövid idő alatt – vizsgálható (Babbie, 2001). Az adatfelvétel tervezett ideje az 1. kérdőíves felmérésnek 2018-ban valósul meg, a 2. kérdőíves felmérésre 2019-ben kerül sor. A vizsgálat kivitelezését két fázisban hajtjuk végre. Az első fázisban, az elővizsgálat során kérdőíves egészségi állapot és egészségmagatartás felmérése történik, illetve diagnosztikus mérőeszközökkel (vérnyomásmérő, pulzoximéter, vércukormérő, koleszterinszint-mérő, húgysavszint mérő, Inbody) állapotfelmérés. Ezt követően az eredmények alapján megtörténik a mintában résztvevők edukációja és személyre szabott egészségterv készítése azoknak, akik egészségi állapotukat illetően rizikócsoportba sorolhatók. A második fázisban a kérdőíves vizsgálattal felmérésre kerül az attitűdök megváltozása, illetve az attitűdváltozás cselekvésekben mérhető értéke is. Ezeket kiegészíti az első alkalommal mért vizsgálatok: RR, P, VC, húgysavszint, koleszterinszint, testösszetétel-mérés.

Az egészségfelmérő kérdőív fő témakörei

A kérdőív kezdeti szakaszában a szociodemográfiai adatokat méri fel, amely tartalmazza a korra, nemre, háztartás összetételére, családi állapotra, szülők foglalkozására, iskolázottságára, anyagi háttérre, külföldön való munkavégzésre/tartózkodásra, bizalmi kapcsolatokra, lakóhelyre vonatkozó adatokat, szolgáltatásokat. Egészségmagatartási kérdésköröknél a kérdőív rátér a felsorolt témakörökre: dohányzás, alkoholfogyasztás, droghasználat, fizikai aktivitás, szabadidős tevékenység, étkezési minták, munkahelyén fellelhető egészséget befolyásoló tényezők, saját egészségi állapotának megítélése, egészséggel/egészségüggyel kapcsolatok információk, ismereteinek forrása. A kérdőívben az egészség – percepció témakörben felmért kérdéskörök: egészséggel és étellel való elégedettség, testi panaszok és tünetek, prevenció vizsgálatok igénybevétele.

A kutatás további fázisában a kutatási módszerben a diagnosztikai vizsgálatok kerülnek előtérbe, amelyben a spiroergometriás (teljesítménydiagnosztikai)

méréseket alkalmazunk. Napjainkban számos teszt létezik, mely alkalmas az állóképesség pontos mérésére vagy éppen becslésére, azonban ezen képesség legpontosabb jellemzésére a komplett spiroergometriás terheléses vizsgálatot használják. Ezen módszer alapján az állóképesség definiálásának egyik elemi paramétere az aerob kapacitás, illetve a terhelés során közvetlenül mért jellemzője a maximális oxigénfelvétel képesség (VO₂max) (Kline és mtsai. 1987).

A felmérésben fitsségi vizsgálatokat is végzünk a bemutatott mintán. A diagnosztikus helyzetfeltáró motorikus tesztrendszerek területén az utóbbi években jelentős fejlődés mutatkozik. A motoros tesztrendszerek egyik nagy csoportja a fitsségi teszteké, amelyek alkalmasak a fizikai fittség megállapítására. A fitsségi tesztek alkalmasak arra, hogy visszajelzést nyújtsanak az egészségi és edzettségi állapotról (Kovács, 2004).

Aerob állóképességet mérő: Harvard-teszt (Brouha és mtsai., 1943), Queens College fellépő teszt (McArdle és mtsai., 1972), Rockport Fitness Walking Test, (Kline és mtsai., 1987; McSwegin és mtsai., 1998).

Koordinációs képességeket mérő: Gólyapróba (Johnson, Nelson, 1979), Flamingópróba (Barabás, 1993).

Erőt mérő: a felső végtagok ereje, a törzs ereje, az alsó végtagok ereje. Mellső fekvőtámaszban kar hajlítás-nyújtás (American College of Sports Medicine, 2000). Felülés (Council of Europe, 1988; Faulkner és mtsai., 1989), helyből távolugrás (Finn, 2014).

A felméréshez szükséges megfogalmazni a mérés célját, a mérés lefolyását, időtartamát (több alkalom), a terhelés mértékét, a mérés „veszélyeit” (Fidy, Makara, 2005).

A kutatás mintája:

- A SZE ESK hallgatói (18–20 évesek)
- Produktív korosztály, vállalati felnőttek (20–50 évesek)
- Tartós egészségkárosodásban szenvedők
- Idősek („Anti Aging”), (60 év feletti)

A három kijelölt célcsoport kialakítása a minta nagyságát meghatározó szempontok, a mintavételi eljárások figyelembevételével történt (Fábián, Zsidegh, 1998; Babbie, 1995).

Eredmények

A teljes program szakmai alapját az egyéni egészségkép, az erre egyéni és társadalmi szinten ráépülő egészségmagatartás, illetve az ezt kiszolgáló egészséggazdaság adja. Az egyik szektor (altéma) fő területét az életmód, az aktív testmozgás, a fittség (primer prevenció), a teljesítménymérés és a fizikai rehabilitációs eljárások hatásai (szekunder prevenció) fedik le. A projekt hangsúlyosan kezeli nemcsak az egészségmegőrzést, hanem az egészségfejlesztést is és

annak hatását az életmódra, az egészségtudatosság kialakítására, az egészségmagatartás megváltozására. A követéses adatgyűjtés módot ad az egészségmagatartás időbeli változásainak vizsgálatára is (trendelemzés). Várható eredmények: A vizsgálat igazi értékét az adja, hogy hozzájárul a mintában résztvevők életmódjának és egészségtudatos magatartásának tudatos és objektív alapokra helyezett fejlesztéséhez.

Összegzés

Vizsgálatunk eredményét a fogyasztói magatartást a prevenció területén a diagnosztikai szolgáltatások, a rehabilitáció pénzügyi és társadalmi értékelésére irányuló területen az egészségtudatosság fejlesztésére, az életmód növelésére hasznosítjuk, amely alapján a preventív, diagnosztikai és rehabilitációs eljárások fejlesztéséhez járulhatunk hozzá a lakosság körében. A vizsgálat fókuszába a prevenció, a diagnosztika, a rehabilitáció társadalmi és gazdasági hatásainak vizsgálatát helyeztük. Többek között a kutatásban részt vevők önminősített egészségi állapotának, jóllétének, egészséghitének, életmódjának és egészségmagatartásának monitorozását tűztük ki célul. A követéses adatgyűjtés módot ad az egészségmagatartás időbeli változásainak vizsgálatára is (trendelemzés). Másrészt fontos feladatunk a fenti életmód-, prevenció-, egészségpiaci elemekkel összefüggő demográfiai, egyéni, társas stb. háttértényezők feltérképezése is. Kutatásunknak egyik szempontja, hogy olyan mérőeszközt alkalmazzon, amely lehetővé teszi az eredményeink célcsoportra jellemző paramétereinek összehasonlítását más, korábbi magyar és nemzetközi vizsgálatokkal.

Következtetés

A kormány által megalkotott és 2012-től működő új rendszer eredményességét, egészséggazdaságtani hatásait, munkaerőpiaci hatásait komplex elemzésben még nem vizsgálták. A kutatás ugyanakkor kézenfekvő, hiszen az új rendszer öt éve (2012–2016) működik, amely megfelelő alapot és kellő adatot ad az átfogó elemzésre és a megalapozott véleményalkotásra. Kutatásunk alapján elemzésre kerül, hogy a rehabilitációs ellátásban részesülő személyek vonatkozásában milyen egészséggazdaságtani és munkaerőpiaci eredmények hivatkozhatók, illetve a rendszer működésében milyen anomáliák verifikálhatók. Ennek alapján rendszerszintű javaslat fogalmazható meg a rehabilitációs ellátások esetleges jövőbeni korrekciójára is. Ennek alapján rendszerszintű javaslat fogalmazható meg a rehabilitációs ellátások esetleges jövőbeni korrekciójára is.

Köszönetnyilvánítás

A tanulmány a „Sport-, Rekreációs- és Egészséggazdasági Kooperációs Kutató-hálózat létrehozása” című, EFOP-3.6.2-16-2017-00003 azonosítószámú pályázati projekt támogatásával / keretében jött létre.

Felhasznált irodalom

- Ádány R. (2011): *Megelőző orvostan*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- American College of Sports Medicine. *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription* (6. ed). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
- Aszmann A. (2007): *Népegészségügy, prevenció*. SZIE, Gödöllő, electronic university note, 1–52. p
- Babbie, E. (2001): *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata*. Balassi Publisher Budapest
- Balajti I., Vokó Z., Ádány R., Kósa K. (2007): A koherencia-érzés mérésére szolgáló rövidített kérdőív és a lelki egészség (GHQ-12) kérdőív magyar nyelvű változatainak validálása. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 8/2: 147–161.p
- Barabás A. (1993): A fizikai fittség mérésének európai tesztje. *Magyar Testnevelési Egyetem és Művelődési és Közoktatási Minisztérium, Budapest*.
- Barabás K. (2006): *Egészségfejlesztés*. Medicina Kiadó, Budapest
- Béki P. (2016): *Rekreáció-menedzsment*. Campus Publisher, Debrecen. 141 p.
- Bíróné N.E. (2004): *Sportpedagógia*. Dialóg Campus, Pécs
- Brouha, L. (1943): The Step Test: A Simple Method for Measuring Physical Fitness for Muscular Work in Young Men. *Research Quarterly*, 14. 31–36.
- Council of Europe, Committee for the Development of Sport. European Test of Physical Fitness. *Handbook for the EUROFIT Tests of Physical Fitness*, Róma, 1988.
- Dzsakartai Nyilatkozat (1997): *Egészségmegőrzés a XXI. Században*. NEVI
- Eaton, S. Boyd – Shostak, M. – Konner, M. (1988): *The Paleolithic Prescription: A Program of Diet and Exercise and Design for Living*. Harper and Row, New York
- Fábián Gy., Zsidegh M. (1998): *A testnevelési és sporttudományos kutatások módszertana*. Magyar Testnevelési Egyetem, Budapest.
- Faragó B. (2015): *Élsportolók életpálya modelljei*. Campus Publisher, Budapest.
- Faulkner RA, Springings ES, McQuarrie A, Bell RD (1989): A partial curl-up protocol for adults based on an analysis of two procedures. *Canadian Journal of Sports Science* 14:135–141.
- Fidy J., Makara G. (2005): *Biostatisztika*. InforMed 2002 Kft.
- Finn K. (2014): *Hungarian International Conference on Physical Education*, 2014. 09. 16–18., Budapest
- Gritz A. (2006): Az egészségfejlesztés kompetenciái a XXI. században. In: *Egészségfejlesztés*. 2007. 48. évf. 3. sz., p. 3–9.

- Gyömörei T. (2014): *Széchenyi István Egyetem Sportfejlesztési Stratégiája*. Széchenyi István Egyetem Győr, Magyarország http://tsk.sze.hu/images/Dokumentumok/Sportkonceptci%C3%B3_SZE_v%C3%A9gleges_14_18.pdf, letöltve: 2018. 03. 10.
- Jákó P. (2012): Sport, Egészség, Társadalom. *Magyar Tudomány*, 9. szám
- Johnson B.L., Nelson J. K. (1979): *Practical measurements for evaluation in physical education*. Minneapolis : Burgess Pub. Co.,
- Johnson BL, Nelson JK (1986): *Practical measurements for evaluation in physical education*. 4th edit. Minneapolis, Burges.
- Jones, Timothy F. Eaton, Charles B. (1994): Cost-benefit Analysis of Walking to Prevent Coronary Heart Disease. *Archives of Family Medicine*. 3, 8, 703–710.
- Kincses VB. (2013): *Kommunikációs, kapcsolati és egyéni tényezők az egészségügyi szolgáltatások minőségében és kimeneteiben*. Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar, PhD -értekezés.
- Kline GM, Porcari JP, Hintermeister R, Freedson PS, Ward A, McCarron RF, Ross J, Rippe JM. (1987): Estimation of VO₂max from a one-mile track walk, gender, age, and body weight. *Med Sci Sports Exerc*.19(3): 253–9.
- Konczos Cs. (2006): Meg kell tanulnunk egészségtudatosan élni! In.: Keller Magdolna (szerk.): *Tanul a társadalom*. Budapest, 142.
- Konczos Cs., Karath Sz., Szakaly Zs., Király T. (2010): Kollégiumi hallgatók egészség-magatartásának vizsgálata egyetemisták körében. In: Lőrincz I. (szerk.): *Tanulmánykötet Nyugat-Magyarországi Egyetem Apáczai Csere János Kar, Győr*, 596–601.
- Konczos Cs., Szakály Zs. (2007): Az ifjúság fizikai aktivitásának jellemzői, az életstílus befolyásolása, a fizikai aktivitás tudatos alkalmazása. *Magyar Sporttudományi Szemle* 2007/2. 39–46. o.
- Kopp M., Skrabski, Á. (2004): Magyar lelkiállapot az ezredforduló után. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 5,1. 7–26.
- Kopp M. (2007): A kelet-közép európai egészségparadoxon. In: Kállai J., Varga J., Oláh A. (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 51–64.
- Kopp M., Kovács M. (2006): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- Kopp M., Skrabski F. (1995): *Alkalmazott magatartástudomány*. Corvinus, Budapest
- KSH (2010): Egészségfelmérés. *Statisztikai Tükör*, 4(50). 1–7.
- Lee I.M., Sesso H.D., Oguma Y., Paffenbarger R.S. (2003): *Relative Intensity of Physical Activity and Risk of Coronary Heart Disease, Circulation*, 107(8). 1110–1116.
- Máder. M. P. (2011): Elfogyott a fehérgallér. *Arctalan nemzedék Ifjúság* 2000–2010 Tanulmánykötet, Budapest.
- McArdle WD, Katch FI, Pechar GS, Jacobson L, Ruck S. (1972): Reliability and interrelationships between maximal oxygen uptake, physical work capacity and step test scores in college women. *Medicine and Science in Sports* 4.182–186.

- McKechine, Mosca, (2003): Physical activity and coronary heart disease prevention and effect on risk factors. *Card in Rev* 11(1). 21–25.
- McSwegin P, Plowman S, Wolff G, Guttenberg G (1998): The validity of a one-mile walk test for high school age individuals. *Measurement in Physical Education and Exercise Science* 2. 47–63.
- Métneki, J. (2004): A férfiak egészségi állapota Nyugat-Európában című tanulmányról. *Egészségfejlesztés* 45:(5-6) 45–47.
- Métneki, J. (2003): Az Egészségügyi Felvilágosításban, Egészségnevelésben 1964–2002. között táplálkozás egészségügyi témakörben megjelent cikkek jegyzéke. *Egészségnevelés* 44:(2) 94–96.
- Neulinger Á. (2007): *Társas környezet és sportfogyasztás. A folyamatos megerősítést igénylő tanult fogyasztás*. Doktori disszertáció, Budapest.
- Pál K., Császár J., Huszár A., Bognár J. (2005): A testnevelés szerepe az egészségtudatos magatartás kialakításában. In: Új pedagógiai szemle, 55. évf. 6. sz. 25–32.
- Perényi Sz. (2011): *Sportolási szokások – Sportolási esélyek és változástrendek. Arctalan nemzedék Ifjúság 2000–2010 Tanulmánykötet*, Budapest
- A Report of the Surgeon General (1996): Physical Activity and Health.
- Pratt, Michael, Macera, C. A., Wang, G. (2000): Higher Direct Medical Costs Associated with Physical Inactivity. *The Physician and Sportsmedicine*. 28, 10. 63–70.
- Simon J. (2010): *Marketing az egészségügyben*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Simon T. (2002): Az egészség értéként való megismertetése és elfogadtatása. *Egészségfejlesztés*, 43. 145–146.
- Sipos K. (2006): Mi az egészség? In: Sipos K.(ed.) *Egészségpszichológiai szöveggyűjtemény* Bp. Főv. XVII. ker. Önk. Eü. Szolg. *Egészségnevelés*. 192–198.
- Skrabski Á., Kopp M., Rózsa S., Réthelyi J. (2004): A koherencia mint lelki és testi egészség alapvető meghatározója a mai magyar társadalomban. *MP* 5 2004/1: 7–25.
- Sport XXI. Nemzeti Sport Stratégia 65/2007. (VI. 27.)
- Szakály Zs, Ihász F, Király T (2003): A testalkat, a testösszetétel és az aerob teljesítményvizsgálatok tapasztalatai férfi főiskolai hallgatóknál. *Magyar Sporttudományi Szemle* 4:(3) 36.
- Szakály Zs., Ihász F., Király T., Murai B., Konczos Cs. (2003): Testalkat, testösszetétel és az aerob teljesítmény hosszmetseti vizsgálatának tapasztalatai női főiskolai hallgatóknál: Observations of the Longitudinal Section Examination of the Physique, Body Composition and Aerobic Performance in College Female Students. *Magyar Sporttudományi Szemle* 4:(1) pp. 30–32.
- Szakály Zs., Liszka Zs., Lengvári B., Jankov I., Bognár J., Fügedi B. (2016): Physique, Body Composition and Aerobic Performance of Male Teacher Education Students. *Studia Universitatis Babeş-Bolyai Educatio Artis Gymnasticae* 61:(2, June) 59–71.
- Székely, L. (2003): Az óvodai egészségnevelés elmélete és gyakorlata. *Egészségesebb Óvodák Nemzeti Hálózata*. Budapest

- Tamándl L. (2011): *A felsőoktatási intézmények versenyképességi tényezői, különös tekintettel a diplomás pályakövetésre*. PhD-értekezés, Győr, Széchenyi István Egyetem. http://rgdi.sze.hu/files/Ertekezesek,%20tezisek/tamandl_laszlo_disszertacio.pdf, letöltve: 2016. 08. 26.
- Varga-H. K., Karner C. (2008): A lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezők. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2. 25–33.
- Veres B. I. (2010): *Egyetemi hallgatók egészségi állapota és egészségmagatartása*. Doktori disszertáció, Debrecen.
- Vitrai, J. (2011): *Az egészség és egészség-egyenlőtlenség egyéni és közösségi szintű befolyásoló tényezői*. Doktori disszertáció http://doktoriiskola.etk.pte.hu/dok/doktoriiskola/ertekezesek/Ertekezés_VitraiJozsef.pdf, letöltve: 2018. 03. 22.
- WHO: Az ottawai egészségfejlesztési karta. (Nemzetközi egészségfejlesztési konferencia, Ottawa, Kanada, 1986. november 17-21). In: *Az egészségfejlesztés alapelvei (Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai) Egészségfejlesztési Módszertani Füzetek 1*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. <http://www.oefi.hu/alapelvek.pdf> download: 2017. 10. 30.
- http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_334_fact_hu_en.pdf (European Commission survey (2009), letöltve: 2018. 06. 28.
- http://innovacio.gyor.hu/cikk/gyor_megyei_jogu_varos_integralt_telepules_fejlesztési_strategiaja.html, letöltve: 2017. 11. 25. (Megyei Jogú Város Településfejlesztési Konceptió 2014–2030)