ÉLETMÓD – SZABADIDŐ – REKREÁCIÓ – EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

Fritz Péter
egyetemi docens, Károli Gáspár Református Egyetem, Gazdaságtudományi, Egészségtudományi és Szociális Kar, Életmód és Testkultúra Intézet, Budapest, Magyarország
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7384-0073

Patakiné Bősze Júlia
egyetemi docens, Károli Gáspár Református Egyetem, Gazdaságtudományi, Egészségtudományi és Szociális Kar, Életmód és Testkultúra Intézet, Budapest, Magyarország
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9760-3198

Magyar Márton
egyetemi docens, Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Felnőttképzés-kutatási és Tudásmenedzsment Intézet, Budapest, Magyarország
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7132-6284

Absztrakt

A fejezet az életmód, a szabadidő és a rekreáció összefüggésrendszerét vizsgálja az egészségfejlesztés kontextusában. Az életmód komplex, multidimenzionális fogalomként jelenik meg, amelyet biológiai, társadalmi és kulturális tényezők együttesen formálnak. A szerzők részletesen elemzik a szabadidő különböző értelmezési kereteit, kiemelve a „free time" és a „leisure" fogalmi elkülönítésének jelentőségét, valamint a rekreáció minőségi dimenzióját. A fejezet hangsúlyozza az aktív, tudatos szabadidő-felhasználás szerepét a testi, lelki és szociális jóllét fenntartásában. Kiemelt figyelmet kap a munka-szabadidő egyensúly, az alvás-ébrenlét ciklus, valamint a modern életmódot befolyásoló tényezők – különösen a digitalizáció és a divat – hatásainak elemzése. Az egészség fogalmának történeti és modern értelmezése, valamint az egészségfejlesztés multidiszciplináris megközelítése hozzájárul a rekreáció tudományos megalapozásához és gyakorlati alkalmazhatóságához.

Kulcsszavak: életmód; szabadidő; rekreáció; egészségfejlesztés; leisure; életminőség; egészségmagatartás

A rekreáció elmélete, 11–75.
DOI: https://doi.org/10.56037/978-963-646-461-5-01

LIFESTYLE, LEISURE, RECREATION, HEALTH PROMOTION

Abstract

This chapter examines the interrelationship between lifestyle, leisure, and recreation within the context of health promotion. Lifestyle is conceptualized as a complex, multidimensional construct shaped by biological, social, and cultural determinants. The authors provide a detailed analysis of different interpretations of leisure, highlighting the distinction between "free time" and "leisure," and emphasizing the qualitative dimension of recreation. The chapter underlines the importance of active and conscious leisure use in maintaining physical, mental, and social well-being. Particular attention is given to work–life balance, sleep–wake cycles, and the impact of contemporary lifestyle factors, especially digitalization and fashion trends. The historical and modern interpretations of health, along with a multidisciplinary approach to health promotion, contribute to the scientific grounding and practical applicability of recreation.

Keywords: lifestyle; leisure; recreation; health promotion; quality of life; health behavior

AZ ÉLETMÓD MEGHATÁROZÁSA

Fritz Péter

Az életmód nem értelmezhető az egészség fogalma nélkül, ahogy az egészséget sem definiálhatjuk az életmódtól függetlenül. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) legismertebb alapmeghatározása szerint „[h]ealth is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity", tehát az egészség nem csupán a betegség hiányát, hanem az egyén teljes testi és szellemi jólléti állapotát jelenti (WHO, 1948). Bár többen is megfogalmazták kritikaként a WHO definíciójával kapcsolatban, hogy ez statikus állapotra utal (Székely et al., 2007), illetve hogy a lakosság egészségi állapotára nem alkalmazható (Petőné Csima, 2012), kiindulópontként mégis használható, ugyanakkor az egyes szakterületek a saját vizsgálati pontjaik szerint igyekeznek bővebben kifejteni meghatározó tényezőit.

Az egészséget befolyásoló tényezőket Hidvégi és munkatársai (2015) szerint két nagy csoportra oszthatjuk. Az egyik a külső, a másik a belső tényezők csoportja. A külső tényezők közül megemlítendő a természeti környezet, melyben például az éghajlatnak és a levegőnek van szerepe, valamint a társadalmi környezet, ahová tartozik például az élet és a munkakörülmények kérdésköre. A belső tényezők közé soroljuk magát az életmódot, a biológiai adottságokat és a környezeti hatásokat. Az életmódhoz tartozik minden olyan tevékenység, melyet az ember rendszeresen végez. Ilyen tevékenység többek közt például a munka, a táplálkozás, a mozgás, a pihenés, a szórakozás. A biológiai adottságok alatt az örökletes tényezőket értjük, mint például az alkat, a személyiségjegyek, és a betegségre való hajlam (Hidvégi et al., 2015).

Az életmód az emberek olyan tevékenységi-magatartási rendszere, amelyet – több-kevesebb tudatossággal – életük fenntartására, különböző szintű, különböző helyzetek szerint és történetileg is változó szükségleteik kielégítésére szerveznek (Andorka, 2006). Az emberi magatartás olyan vonásait fejezi ki, amelyek a mindennapi életünkben rendszeresen megnyilvánulnak. A társadalmi-gazdasági fejlődéssel szükségleteink azonban változnak, így életmódunk részben „kortünet". A szükségletek értékelése sem egységes, függ az emberek társadalmi helyzetétől, a környezetből érkező aktuális hatásoktól. Az egyének viszonylagos autonómiával alakítják életmódjukat, az adott társadalmi-gazdasági feltételek között. Az életmódot mint viselkedési mintáink összességét a nevelés eredményének is tekinthetjük. Azonban nemcsak az lényeges, hogy mikor és mit cselekszünk, hanem az is, hogy miért, hogyan és hol cselekszünk (Ábrahám, 2016).

Az életmódot kialakító döntések csak részben tudatosak, illetve részben szabad választás eredményei. Szerepük van benne a hagyományoknak, a szokásoknak, a divatnak. Nagymértékben meghatározzák az anyagi viszonyok és az életszínvonal-beli adottságok, a társadalmi körülmények és mikrokulturális hatások egyaránt formálják, ami jól mutatja a társadalomszerkezet differenciáltságát is. Az életmód és a viselkedésben megnyilvánuló cselekvések az értékpreferenciáktól is függnek, ám azt is tudjuk, hogy a választások és az elutasítások gyorsan változhatnak – különösen a serdülő és fiatal korosztályokban, akiknél ebben az időszakban megfigyelhető a családról való leválás megnövekedett igénye, valamint a kortárs csoportok befolyásának növekvő szerepe (Patakiné, 2014). Az értékek, normák, szokások és célok az életmódról alkotott modellekben állnak össze. Az emberi társadalmak persze nem úgy épülnek fel, hogy a makrotársadalom és annak intézményei állnak szemben az egyes emberekkel. A makrotársadalom és az egyén között „középszinten" helyezkedik el számos csoport, amelyeknek az egyének a tagjai, és amelyeken keresztül a makrotársadalomba betagolódnak. Ezek a csoportok közvetítik a makrotársadalom hatásait, elvárásait, igényeit

az egyén felé. Ezek a kiscsoportok vagy elsődleges csoportok, közöttük a fejlett társadalmakban jelenleg a legfontosabb a család (Andorka, 2006).

A 21. században azonban nem szabad megfeledkezni a tömegkommunikáció, illetve a közösségi média hatásáról sem. A Vaterlaus és munkatársai (2015) által végzett kutatás szerint a fiatal felnőttek úgy érzékelik, hogy a közösségi média jelentős szerepet játszik egészséggel kapcsolatos döntéseik és életmódbeli szokásaik formálásában. A közösségi média nemcsak információforrásként, hanem motivációs tényezőként is működik, ami hozzájárulhat az aktívabb, tudatosabb életmód kialakításához. Przybylski és Weinstein (2017) nagymintás kutatásukban megállapították, hogy a digitális eszközhasználat és a mentális jóllét között nem lineáris, hanem ún. „Goldilocks-hatás" figyelhető meg: a mérsékelt képernyőidő kedvezőbb lehet az életmód szempontjából, mint a teljes elkerülés vagy a túlzott használat. Eredményeik szerint az optimális digitális médiahasználat elősegítheti a kiegyensúlyozottabb, mentálisan egészségesebb életmódot a serdülők körében. Szűts (2022) arra mutat rá, hogy a digitalizáció és a közösségi média jelentősen átalakítja a mindennapi életmódot, különösen a tanulás, a munkavégzés és a társas kapcsolatok terén. A folyamatos online jelenlét újfajta viselkedési mintákat, információfeldolgozási szokásokat és életmódbeli alkalmazkodásokat eredményez. A Nemzeti Média- és Hírközlési Hatóság (2024) kutatása kimutatta, hogy a magyar 13–16 éves fiatalok napi átlagban 4,3 órát töltenek képernyő előtt, főleg közösségimédia-platformokon, ami alapvetően formálja életmódjukat az információszerzés, a kapcsolattartás és a szórakozás terén. Emellett az idealizált tartalmak miatti társas összehasonlítás és énképérzékenység különösen erős hatást gyakorol az életmódjukra, és megerősíti az egyensúlyra való törekvés szükségességét az online/offline jelenlét között.

Életmód-alakító tényezők lehetnek tehát (Angelusz, 2004):

- a végzett munka típusa és az iskolai végzettség, mely az ember társadalmilag elfoglalt helyét is meghatározza;
- az anyagi viszonyok: az életmód kereteit és lehetőségeit nagymértékben befolyásolja az infrastrukturális háttér, a kulturális lehetőségek és azok elérhetősége, a lakóhely milyensége, a közművesítés mértéke;
- az életkor és a nemek szerinti differenciáltság;
- a családi modell és a réteg-hovatartozás feltételrendszerének differenciáló szerepe;
- a tradicionális életmódminták, melyeket az egyes társadalmi rétegek őrizhetnek.

Az egészséget meghatározó tényezők közül leggyakrabban a genetikai tényezőket, a külső tényezőket, az életmódot, a társas közeg hatásait és az egészségügyi

ellátás összefüggéseit emelik ki (Pikó, 2006). Varga-Hatos és Karner (2008) szerint közülük is a leghangsúlyosabb az életmód (43%), a genetikai tényezők (27%) és a környezeti hatások (19%) szerepe, az egészségügyi ellátás csupán 11%-ot képvisel. Ez szinte megegyezik az Egészségügyi Világszervezet adataival, mely szerint az egészségi állapotunkra különböző faktorok különböző százalékos arányban fejtik ki hatásukat. 25%-ban az öröklött tulajdonságok, 18%-ban az egészségügyi ellátás, 20%-ban a környezeti hatások és 37%-ban az egyén egészségmagatartása, életmódja határozza meg egészségünket (WHO, 2024), illetve hasonló a Healthy People 2030 (U. S. Department of Health and Human Services, n. d.) és egyéb kutatásokban megállapított arányokhoz, mely szerint a klinikai ellátás mindössze 10–20%-kal járul hozzá az egészséghez, míg a genetika 30%, az életmód (viselkedés) 40–50%, és a társadalmi-környezeti tényezők további 20% körüli arányt képviselnek. A listából egyedül az öröklött tulajdonságokon nem tudunk változtatni, ugyanakkor életkörülményeinken (például az ország, ahol élünk, az ellátási rendszer, a környezeti tényezők), bár lehet változtatni, ez sokunk számára mégsem lehet megoldás. Viszont legnagyobb arányban szerepel az életmódunk, amelyen ráadásul a legkönnyebb lenne változtatni.

Természetesen az ilyen százalékos meghatározásokat kritikával kell kezelni, hiszen, ha például nagyon szegényes az egészségügyi ellátórendszer egy adott területen, az vélhetően nagyobb mértékben fogja befolyásolni az egészségi állapotot vagy legalábbis azt, hogy egy betegséget mennyi idő alatt tudnak kezelni, vagy egyáltalán megfelelően tudják-e diagnosztizálni. Így az egészséget befolyásoló tényezők, ha nem is mindenkinél ilyen arányban éreztetik hatásukat, abban a legtöbb, életmódhoz kötődő szakember egyetért, hogy az egyén pozitív vagy negatív egészségmagatartása a legtöbb esetben a legdominánsabb tényező saját egészségi állapotának kialakításában (Patakiné, 2014).

A lakossági egészségfelvilágosítás a gyakorlatban gyakran izolált viselkedésminták – például higiéné, fertőzésmegelőzés vagy egyes rizikómagatartások – korrekciójára fókuszál. Ezzel szemben a korszerű egészségműveltségi megközelítések az egészségmagatartások egymással összefüggő rendszerét helyezik előtérbe, hangsúlyozva, hogy az egyéni döntések társadalmi, kulturális és környezeti kontextusba ágyazottak (Bröder et al., 2017; Fleary et al., 2018).

Az 1970-es évek végén a kutatók vizsgálataikat kiterjesztették a lakosság egészségügyi kultúrájára is. Igyekeztek a korabeli egészségügyi felvilágosítás testcentrikusságát is oldani, ezért vizsgálódásaikban nem választották ketté a testi és a pszichés összetevőket. Ma már természetesebb, hogy a táplálkozási szokásokból, a mozgáshiányból és egyebekből eredő problémák nem oldhatók meg önmagukban, hanem az életmód szerves részeként csak az egyéb kulturális és életviteli szokásokba ágyazottan érthetők s változtathatók meg (Barcy &

S. Nagy, 1985). Az életmód problémája az 1980-as években nem véletlenül került a szociológiai vizsgálódások középpontjába. Bebizonyosodott ugyanis, hogy a gazdasági fejlődés nem automatikusan hoz létre új, magasabb rendű életvitelt, „életminőséget", ez csak az alternatívák közötti tudatos választás, átfogó tervezés eredménye lehet (Szabó & Kósa, 2016).

A 19. században, a második ipari forradalom eredményeként megjelenő motorizáció kifejezetten nagy életmódot befolyásoló hatással bírt. Hatására az ember térhasználata alapjaiban változott meg, a földrajzi távolságok lecsökkentek. Az első ugrásszerű lépést a vasút fejlődése hozta, ezt követte a 20. század első felében a közúti közlekedés fejlődése, majd a jelenünket meghatározó ágazat, a repülés közhasznúvá válásával nem csupán a személyi közlekedés, hanem a kereskedelem, az áruszállítás számára is teljesen új perspektívák nyíltak, melyeknek életmódunkat befolyásoló hatása elvitathatatlan (Kovács, 2014; Ábrahám, 2010). A gazdasági és társadalmi változások megteremtik az új életmód feltételeit, de az nem alakul ki automatikusan, ezt az anyagi és tudati tényezők együttes, szándékos alkalmazása, a termelés fokozása és minőségi javítása, valamint az érték- és normarendszer elfogadása teszi lehetővé.

Az életmód lassan változik, rövid távon nehezen formálható, hosszú távon azonban – megfelelő feltételek kölcsönhatásának eredményeképpen – kedvező irányú elmozdulás érhető el. Mindezeket figyelembe véve elmondható, hogy az életmódkutatásra ma nem csak tudományos igény van, ez társadalmi szükséglet is.

A *Magyar értelmező kéziszótár* szerint az életmód (mint főnév) „az a mód, jellemző magatartás, ahogy vki testi, szellemi, erkölcsi, anyagi vonatkozásban él" (Juhász et al., 1989). Losonczi (1977) megfogalmazása szerint „az életmód a társadalmi feltételek között kialakuló életlehetőségek cselekvési rendszerré válása, a cselekvések megformálása és stilizálása". Rámutat, hogy az életmód tárgyi és anyagi feltételeit és az értékorientációk életvitelt szabályozó hatásait is elemezni kell. Losonczi ebben a munkájában a társadalomban létező életmódkülönbségeket elsősorban az ember tárgyiasult környezetének feltételeiből vezette le, s elemzéseibe a szükségletek témakörét is bevonta. Az életmód a jelenhez köti és a múlthoz kapcsolja az embert, a környezettel határolja, illetve a fejlődési tendenciák – trendek, divat – ütköztetésével lendíti előre. Az életmód a társadalmi feltételek között létrejött viszonyok, kialakult életlehetőségek cselekvési rendszerré válása, e cselekvések megformálása és stilizálása.

„A nemzetet az a veszély fenyegeti, hogy a lelkileg beteg és szegény társadalom keretei között fejleszt ki egészséges gazdaságot", írja Packard (1966, p. 274.). Az életmód köznapi kifejezés és tudományos kategória is egyben. Az élet sokoldalú, így az életmód is sok oldalról megközelíthető, s minden megközelítéssel nyilván más és más lényeges kérdés megválaszolásához juthatunk. „Az életmód olyan

általános és komplex szociológiai kategória tehát, amely az anyagi és szellemi oldal szétválaszthatatlan egysége. Az életmód ezen cselekvések szokásos formáinak sajátos egysége" (Szántó, 1967).

A mai kor életmódja egyre inkább a választás szabadságán, az önazonosság keresésén és a fenntarthatóság iránti igényen alapul. A globalizáció, a digitalizáció, a klímaváltozás és a társadalmi egyenlőtlenségek kihívásai új szempontokat helyeznek előtérbe: nemcsak az egyéni jóllét, hanem a kollektív felelősség is az életmód meghatározó elemévé válik (Bauman, 2007; Steger, 2020). Hazai viszonylatban például a LOHAS (Lifestyle of Health and Sustainability) fogyasztói réteg elemzésekből kitűnik, hogy a fenntarthatóságot értékként jelenítik meg, és attitűdjük összefüggésben van életmódhoz kapcsolódó döntéseikkel (Szakály et al., 2017). Az „új életmód" tehát nem csupán szokások és viszonyulások összessége, hanem tudatos válasz is arra, hogy miként élhetünk úgy, hogy az egyszerre legyen fenntartható, értékalapú és jövőorientált (Giddens, 2009). A környezettudatos rekreációs formák (pl. ökoturizmus, közösségi kertészkedés, zöld sportok) a szabadidő eltöltése szempontjából is fontos nézőpontot töltenek be a 21. század gondolkodásmódjában. Marafa (2018) alkotja meg az ecoleisure fogalmát: ezek olyan természeti alapú szabadidős tevékenységek, amelyek ökológiai ideológiára épülnek és közvetlenül hozzájárulnak a testi-lelki jólléthez.

Joffre Dumazedier – a szabadidő különböző funkciói alapján – arról beszél, hogy az iparilag fejlett, modern nyugati társadalmak tagjai különböznek egymástól domináns elfoglaltságaik által, amelyek életmódjuknak sajátos színezetet adnak. Hangsúlyozza, hogy a szabadidős tevékenységek az élet bizonyos minőségét jelentik, olyan elemeket, amelyeket minden tevékenységükben „bírni", illetve újból megszerezni kívánnak, és ez a tény biztosítja a különböző rétegek szabadidős elfoglaltságainak sajátos stílusát (Dumazedier, 1959). Az életmód elemeiként szereplő tevékenységekre változó erővel, más-más sorrendiséggel hatnak a különféle tényezők. Leggyakrabban többféle, egymással küzdő tényezősor működik, amelyek lerontják vagy erősítik egymás hatását.

A szükségletek rangsora is változik, csakúgy, mint a tevékenységek merevsége, rugalmassága és palettája. Ha a szükségleteket említettük, elkerülhetetlen, hogy néhány gondolat erejéig ne méltassuk a Maslow-féle szükséglethierarchia-modellt. Az 1943-ban megalkotott ötlépcsős piramis (Maslow, 1943) 1948-ra hétlépcsős modellé nőtte ki magát, melyben a hét fázist a szerző két csoportba rendezte (Maslow, 1954).

Elmélete rendkívül népszerűvé vált az üzleti élet, a motivációs tréningek, az oktatás, a marketing és a pszichológia területén egyaránt.

Hiányalapú szükségletek (D – deficiency): ezeket valami megkívántnak a hiánya mozgatja. Ezen szükségletek kielégítésének eredménye nem az elégedettség,

hanem az elégedetlenség csökkentése. Abban az esetben, ha nem teljesülnek, az az egyénnek feszültséget okoz:

- Fiziológiai (élettani) szükségletek: éhség, szomjúság, szexualitás.
- Biztonsági szükségletek: fizikai védettség, kiszámíthatóság.
- Szeretet, valahová tartozás szükséglete: gyengédség, viszonzott szeretetkapcsolat.
- Elismerés szükséglete: önbecsülés, mások általi elismerés, hírnév, becsvágy.

Növekedésalapú szükségletek (B – being): akár spirituális vagy egzisztenciális szükségleteknek is nevezhetnénk. Ezek soha nem elégítődnek ki teljes mértékben:

- Kognitív szükségletek: tudni, érteni, megismerni az igazságot.
- Esztétikai szükségletek: szimmetria, rend, szépség.
- Önmegvalósítás szükséglete: az egyénben lévő lehetőségek elérése, megvalósítása.

A hierarchia fiziológiai és biztonsági szükségletei az alapvető emberi léthez kapcsolódnak. A közösséghez tartozás és a megbecsülés szükséglete a pszichológiai egészséghez és a megfelelés érzéséhez járulnak hozzá.

Sok motivációval foglalkozó kutató (többek között Decy és Rayen, 2000; Csíkszentmihályi, 1990; Kiss, 2007) az önmegvalósítás szükségletét úgy tekinti, mint az elismerés, megbecsülés iránti szükségletek kiterjesztését. Az önmegvalósítás szükséglete egy belső igény arra, hogy az ember képességeit kiteljesítse, ez az egyetlen növekedési szükséglet. Ez természetesen minden ember számára mást jelenthet képessége és tehetsége szerint. Maslow az önmegvalósítást alapvető emberi célnak nevezte, bár véleménye szerint csak kevés ember élhet vele.



1. ábra. Maslow-féle piramis.

Ha az egyén életmódjáról beszélünk, az egy, a fent megjelenített piramis minden szintjét jellemző és meghatározó sajátosság, a lehetőségek és a megvalósítások mikéntjének összesége. Az életmód tehát egy általános és komplex szociológiai kategória, melyben szétbonthatatlan egységként szerepel az anyagi és szellemi oldal. Az életmód és egészségmagatartás tehát nem csak a testi szükségletek kielégítéséhez kapcsolótó témakörnek tekinthető. Az életmód, kifejezetten a helyes életmód kapcsán ismét elő kell kerüljön az egészség témaköre. Munkánk során ennek is a teljes, komplex megközelítési módját hangsúlyozzuk. Az életmód az egyének ismétlődő tevékenységeinek rendszere és ezek szokásos formája. Nem maga az aktivitás, hanem a cselekvés hogyanja (Szántó, 1967).

Az életmód a társadalom mindennapjainak sajátos metszete, nem a tevékenységek jellegzetes szféráin, a gazdasági, politikai, kulturális területen kívül eső, önálló szektor, hanem más oldalról – a tevékenység oldaláról – jellemzi az emberi életet. „Az életmód a szükségletek kielégítése érdekében végzett tevékenységek rendszere" (Andorka, 2006). Ezen tevékenységek spektruma igen széles, hiszen beletartozik a munka, a művelődés, a társas együttlét, a fogyasztás, a szabadidő eltöltése és más egyéb cselekvési módok. Életmódunkat a minket körülvevő környezet hatására alakítjuk ki. „Úgy is fogalmazhatunk, hogy a »mód«-dal tudjuk befolyásolni az »élet«-ünket. Az embert, veleszületett tulajdonságain túl, legjobban az jellemzi, hogyan él, milyen az életmódja" (Kokovay, 2005).

Az életmódhoz kapcsolódó tevékenységek köre azonban nem mindenki számára érhető el azonos módon, és természetesen az egyén saját érdeklődési körétől és környezetétől is függ, hogy végül milyen cselekvéseket választ. Így tehát azt lehet mondani, hogy az életmódot két alapvető sajátosság lényegesen meghatározza: a választás és az esély. Ez azt jelenti, hogy az életmódot meghatározza az egyén magatartási választásainak összessége, amely erősen függ az egyének társadalmi-gazdasági körülményeitől (Patakiné Bősze és Pápai, 2013). Az egyén maga hozza meg az életmódjával kapcsolatos döntéseket, azonban ezt a döntést alapvetően az egyén körülményei (kultúra, társadalomban elfoglalt pozíció) és személyisége (motivációi) jelentősen befolyásolják (Pikó és Keresztes, 2007).

*A*z életmód adja azt a keretet, amelynek segítségével az egészség társadalmi meghatározottságát értelmezni tudjuk, s amely egy-egy konkrét szituációban látható viselkedés és az egészséggel kapcsolatos magatartásformák mögött meghúzódó érdekek és cselekvési motivációk magyarázataként szolgálhat (Horkai et al., 2012). Az életmód komplex módon befolyásolja egészségi állapotunkat. Az egészségfejlesztés egyik legfontosabb célja az egészségközpontú életmód elérése, melynek megvalósításához az egyéni törekvéseken túl társadalmi szintű akarat és cselekedet, a lakosság egészét megcélzó intervenciós programok szükségesek.

Ennek az az oka, hogy a modern kor civilizációs betegségeinek rizikótényezői nagyrészt életmódunkkal állnak összefüggésben, amely így messzemenőkig kihat a születéskor várható élettartamra, valamint az egészségesen eltöltött évek számát is befolyásolja.

Az egészséges életmód alapelveit a kerülendő és a követendő rendezőelv határozza meg a táplálkozás, a rendszeres fizikai aktivitás, a szociális kapcsolatok és a pihenés terén. Hozzá tartozik még a problémamegoldó magatartás, a megfelelő stresszoldó technikák alkalmazásának képessége, az optimista életszemléletre való törekvés (Kovács, 2004). Az életmód nagyon fontos eleme a szociális terület „működésének" szintje, a társas kapcsolatok (beleértve a párkapcsolatokat, a szexualitást is), valamint a környezethez alkalmazkodás, és az azzal történő együttműködés képessége is. Ehhez az értelmezési körhöz tartozik a kívánatos szabadidőtudat és igényes szabadidőeltöltés képessége is. Az életmódot a szabadidő értelmezése és az azzal való értelmes gazdálkodás nagyban meghatározza (Fritz, 2009).

Bábosik és Mezei (1994) úgy fogalmaz, hogy az egészséges életmódra nevelés és az ennek keretében fejlesztendő szükségletcsoport (a rendszeres testmozgás és testedzés szükséglete, az egészséges életritmus és a higiéniai szabályok betartásának szükséglete) jelentősnek tekinthető. Így ezen feladat megoldása széles feltételrendszer megteremtését igényli, melynek legfőbb elemei: az iskola légköre és hagyományai, a testnevelés tantárgyi hatásrendszerének célirányos felhasználása, a higiéniai szokások ismeretbeli és tárgyi feltételrendszere, valamint a család életmódja. Ezt a gondolatmenetet folytatja Bábosik és Mezei (1994) azzal, hogy az egészséges életmódra nevelés feladatait, mint az önfejlesztő aktivitási szükséglet egyik csoportját, azért is tartja fontosnak, mert az itt elérhető sikeres megoldások az egész magatartásra is visszahatnak, így a személyiség erkölcsi magatartására is.

Az életmód és a táplálkozás kölcsönhatása

Az életmód alakulásának egyik meghatározó tényezője a táplálkozás minősége, mivel az étrend befolyásolja a szervezet működését, az energiaegyensúlyt és az anyagcserét. A civilizációs betegségek közül a legfontosabb a modern kor társadalmára igencsak jellemző elhízás, melynek következményeként sokkal fiatalabb korban jelentkeznek olyan megbetegedések, mint a cukorbetegség vagy a magas vérnyomás.

Az életmód minőségét nagymértékben meghatározza a táplálkozás, ami szerepet játszik a szervezet anyagcsere-funkcióinak szabályozásában és a krónikus

betegségek kialakulásában (Gropper, 2023; Alyafei & Daley, 2025). A civilizációs betegségek közül a legfontosabb a modern társadalmakban az elhízás, amelynek hátterében az ultrafeldolgozott, magas energiatartalmú ételek növekvő aránya áll (Elizabeth et al, 2020; Luger et al., 2018). Ez a probléma a modern tanulmányok szerint elsősorban a túlzott táplálékbevitel miatt alakul ki, és nem annyira a mozgásszegény életmód miatt (Reynolds, 2025). Következésképpen sokkal fiatalabb korban jelentkeznek olyan megbetegedések, mint a cukorbetegség vagy a magas vérnyomás, amelyek összefüggésben vannak az elhízás prevalenciájával (WHO, 2025).

Az Európai Unióban a felnőttek közel fele túlsúlyos, és minden hatodik elhízott. A *2. táblázat*ból nemek szerint, korcsoportra bontva is láthatjuk, hogy a testtömegindex (Body Mass Index – BMI) hogyan alakult és változott 2009 és 2019 között. Elszomorító jelenség, hogy az elhízottak aránya ezen vizsgált időszakon belül is milyen komoly romlást mutat, nők esetében 18,4%-ról 22,7%-ra emelkedett, míg a férfiak esetében 20,8%-ról 25,1%-ra nőtt. Ami biztosan szemet szúrhat az olvasónak, az az iskolai végzettség befolyásoló hatása az elhízásra.

A statisztikák szerint 2014-ben az Európai Unióban élő felnőttek 46%-a volt normális súlyú, 51,6%-uk túlsúlyos. Elhízottnak az EU-s állampolgárok 15,9%-a számított (Murang et al., 2017).

Az Eurostat 2022-es adatai alapján a BMI szerinti felnőtt (18 éves kortól) elhízottak tekintetében 35 európai ország közül Magyarország a 28. helyen áll (Eurostat, 2023).

Nemzetközi tanulmányokban ezen tények felismerése alapján egyre több szakember foglalkozik a gyermekkori elhízással, az elhízott gyermekek életmódjának, étkezésről, fizikai aktivitásról való tudásuk felmérésével (Murang et al., 2017), ezzel mintegy irányt mutatva az egészségfejlesztéssel foglalkozók számára, hogy a tájékoztató, felvilágosító, egészséges életmódra irányuló képzéseket a legfiatalabb kortól érdemes elkezdeni. Fontos eleme az egészségfejlesztésnek a mérések, a számok és összefüggések vizsgálata is, azonban, ha már számokról esik szó, meg kell jegyezni, a BMI eredményeinek torzító hatását is. Például egy nagy izomtömeggel és alacsony zsírtömeggel rendelkező sportoló sokszor a túlsúlyos vagy elhízott BMI-kategóriába kerül, hiszen a testtömege magas, ellenben egy magas zsírtömeggel, de nagyon alacsony izomtömeggel rendelkező embernek is lehet normál BMI-szintje. Azonban, míg a BMI-t egy online formában történő adatbekérés után is ki lehet számolni, addig a ténylegesen az elhízást objektíven mutató testösszetétel-mérésekhez műszeres vizsgálatokra lenne szükség.

1. táblázat. A magyar lakosság megoszlása tápláltság szerint a testtömegindex (BMI) alapján (%).

Megnevezés	2009: sovány-nyak	2009: normál súlyúak	2009: túlsúlyosak	2009: elhízottak	2014: sovány-nyak	2015: normál súlyúak	2014: túlsúlyosak	2014: elhízottak	2019: sovány-nyak	2019: normál súlyúak	2019: túlsúlyosak	2019: elhízottak
Nem												
Férfi	2	38,7	38,6	20,8	2	37,2	39,4	21,4	1,4	33,4	40,1	25,1
Nő	5,7	45,5	30,4	18,4	4,7	47,6	27,8	19,9	3,9	44,2	29,2	22,7
Korcsoport												
15–17	25,1	62,6	10,8	1,6	19,6	63,3	13,1	3,9	19,1	65,1	8,6	7,2
18–34	7,1	61,5	22,5	8,9	6,7	61,8	21,9	9,5	3,5	57,2	26,2	13
35–64	1,8	34,9	39,4	23,9	1,7	36,6	37	24,8	2	34,5	36,2	27,3
65–	1,7	30,9	41,3	26,1	1	31,3	41,2	26,5	1	26,6	42,5	29,9
Iskolai végzettség												
Legfeljebb 8 általános	6,2	40,6	30,1	23,2	5,9	42,7	28,8,	22,6	6,1	39,8	29,7	24,4
Érettségi nélkül	1,9	35,8	40,4	21,9	2,2	34,9	38	24,9	1,5	29,4	38,4	30,7
Érettségivel	3,9	44,8	34,4	16,9	2,8	46,2	32,2	18,8	2,1	40,5	34	23,5
Felsőfokú végzettséggel	3,7	51,4	30,6	14,3	3,1	47,9	33,6	15,3	1,9	45,6	35	17,5

Az életkorok hosszát, a statisztikákban szereplő „születéskor várható élettartamot" azonban úgy mérik, hogy az átlagban benne van és azt értelemszerűen lecsökkenti a gyermekhalandóság. Minél jobban csökkent tehát a gyermekhalandóság annál jobban hosszabbodott az átlagos élettartam. Az átlagos életkor statisztikája nem mutatja, hogy akik túlélik a gyermekkort, valójában átlagosan hány évet élnek. Márpedig már a biblia is arról beszélt, hogy „életed évei 70, sőt jobb esetben 80 év" (Zsoltárok 90:10). Érdekes módon, ez tehát alig-alig változott, miközben a születéskor várható élettartam drámai növekedésen ment át. A világ egészének lakossági átlagát figyelembe véve a szakértői számítások szerint a Római Birodalomban, kétezer évvel ezelőtt az átlag életkor 31 év volt, míg ma kereken 67 év. A kontinensek között azonban nagyok a különbségek. Míg Európában a nők 78, a férfiak pedig 71 évet élnek átlagosan, addig Afrikában csak 53 és 50 évet, Ázsiában pedig 69 és 65 évet. Az elmúlt évszázadban 1920 óta az USA-ban nem egészen 5-ről 17 százalékra emelkedett a lakosságban a 65

éven felüliek aránya. Ezen belül a 85–94 év közöttiek már alig növekedtek, 5,1-ről csak 5,7 millióra. Ezek a száraz tények (Berend, 2023).

Megállapítható tehát, hogy az emberek várható élettartama számos tényezőtől függ, beleértve a genetikát, az életmódot és az egészségügyi ellátást (ami az előbb ismertetett gyermekhalandóságot nagyban tudja kedvező irányba befolyásolni).

Tíz olyan ország, ahol az emberek a legtovább élnek: Norvégia (82,5 év): a norvégok értékelik a kiegyensúlyozott, egészséges életmódot és a természettel való kapcsolatot. Dél-Korea (82,7 év): Dél-Korea hatékony egészségügyi rendszerrel rendelkezik, és a lakosság egészséges táplálkozásra törekszik. Kanada (82,8 év): Kanadában magas színvonalú egészségügyi ellátás és jó életminőség található. Olaszország (82,8 év): Az olaszok mediterrán étrendet követnek, amely hozzájárulhat egészségük fenntartásához. Ausztrália (82,9 év): Ausztráliában a lakosság aktív életmódot folytat, és a természetes környezet is segíti az egészséget. Franciaország (82,9 év): Franciaországban a mediterrán étrend és a jó egészségügyi ellátás hozzájárul a hosszabb élettartamhoz. Szingapúr (82,9 év): Szingapúrban magas színvonalú egészségügyi ellátás és hatékony szociális rendszer található. Spanyolország (83,1 év): Spanyolországban a mediterrán étrend és a jó életminőség hozzájárul az emberek hosszabb életéhez. Svájc (83,3 év): Svájcban kiváló egészségügyi ellátás és magas életszínvonal található. Japán (84,2 év): Japánban az egészséges étrend, a mozgás és a társadalmi támogatás hozzájárul a hosszabb élettartamhoz (Worldometer, 2025).

Ezek az országok általában jómódúak, hatékony egészségügyi rendszerrel rendelkeznek, és az emberek egészséges életmódot folytatnak. Fontos megjegyezni, hogy a várható élettartam, mint azt korábban már elemeztük, számos tényezőtől függ, de az biztosan állítható, hogy az egészséges életmód az egyik tényező, ami a hosszabb és minőségibb életkilátásokhoz támogatást nyújthat.

A SZABADIDŐ-KONCEPCIÓK ÉS A REKREÁCIÓ KAPCSOLATA

Fritz Péter

Káosz uralkodik a különböző szabadidő-meghatározások értelmezésekor, nem fogalmaznak egyértelműen az egyetemi jegyzetek sem, amelyek a rekreációt a napi tevékenységeink közé próbálják beilleszteni, és sokszor kavarodik a rekreáción belül használt felosztások értelmezése, logikai érvelése is.

Egy magyarországi felsőoktatási intézményben használt előadásanyagban a következő felosztást olvashatjuk:

A szellemi rekreáció jellemző tevékenységei lehetnek:

- részben passzívak (néző, el- és befogadó szerepe) – olvasás, zenehallgatás, színház, mozi, tévé, kiállítások megtekintése, kulturális turizmus, szurkolás (sport, vetélkedők);
- zömében aktívak (részt vevő) vagy kreatívak (létrehozó) – rejtvényfejtés, illetve készítés, szellemi játékok, kézimunkázás, zenélés, éneklés, zeneszerzés, vers vagy próza írása, vetélkedői részvétel, fafaragás, festés;
- (a hagyományos értelmezésben) hobbi jellegűek (részt vevő is, létrehozó is) – gyűjtés (képeslap, kőzetek, rovarok, növények, képzőművészeti alkotások), barkácsolás (Bartha, 2009).

És itt egy igazán izgalmas, komoly ellentmondásokat tartalmazó felosztás a szabadidő-fogyasztás típusaira:

A szabadidő-fogyasztás típusai

- Passzív típus *(Időfolyatók):* Azok a személyek, akik szabadidejükben nem végeznek aktív tevékenységeket, legfeljebb televíziót néznek, kocsmába járnak vagy házimunkát végeznek. Jellemző rájuk a szabadidő passzív eltöltése, anélkül, hogy azt tudatosan felhasználnák feltöltődésre vagy fejlődésre.
- Rekreatív típus *(Családi rekreációt kedvelők):* Stabil, megállapodott életvitelt folytatnak, és szabadidejüket elsősorban felüdülésre, pihenésre kívánják felhasználni. Az ebbe a típusba tartozók általában a könnyű műfajok iránt érdeklődnek, mint a pop- és rockzene, aerobik, síelés, tenisz, vízitúrák, illetve tömegkultúrához kapcsolódó programok.
- Akkumulatív típus *(Habzsolók):* Minden iránt érdeklődnek, de semmi iránt nem mélyen elkötelezettek. Jellemző rájuk, hogy az élet különböző területein „akkumulálnak", azaz új élményeket, ismereteket gyűjtenek. Főként értelmiségiek és vezető beosztású személyek alkotják ezt a csoportot, akik között sok a divatkövető és sznob magatartású egyén.
- Inspiratív típus *(Elit-evők):* Szabadidejükben a magasabb kultúra iránt érdeklődnek, önmaguk fejlesztésére törekednek, valamint fontosnak tartják az értékek ápolását. Ide tartoznak az értelmiségiek, illetve más társadalmi rétegekből azok, akik értelmiségi mintát követnek. Szabadidős tevékenységeik között szerepel például a komolyzene (Beethoven, Mozart hallgatása), búvárkodás, golf és vitorlázás (Vitányi, 1995).

Amennyiben a rekreáció meghatározásából indulunk ki, ami a szabadidős tevékenységek közül is az „aktív" tartalmat, a produktív szabadidő-eltöltést emeli ki, akkor nem szerencsés a rekreációs tevékenységeknél a „passzív" kifejezést használni. Viszont a „passzív" fogyasztási típusnál, ami a szabadidő-eltöltés improduktív, „időfolyató" tevékenységére utal, óvatosan kell az ide illő felsorolásokat összeállítani. Egy tevékenység lehet aktív és passzív cselekedet is, ezt a befogadó tudja szabályozni, alakítani, formálni. Tehát a kategóriákat fontos megfelelő magyarázattal, értelmezéssel ellátni.

Óriási különbség van a tévénéző, „bámuló" ember – aki pótcselekvésből vagy csak nyugalom céljából ül a készülék elé – és az aktív érdeklődő, konkrét műsort élvező, élményt szerző tévénéző között. Mindkét esetben szabadidő-eltöltésről van szó, csak a tevékenység célja és hatása különböző.

Egy másik elgondolkodtató minősítés a kocsmába járás, mint „szinte semmittevés", azaz szintén időfolyatás. Persze mindenkinek beugorhat egy füstös, sötét hely, ahol merev tekintettel bámulnak a pohár fenekére az emberek, vagy kontrollt vesztve hangoskodnak, „erősködnek". De bevillanhat egy harmonikus környezet, hangulatos zenével, beszélgetések közben kulturált alkoholfogyasztással. Sok településen a kocsma jelenti a közösségi teret, mely gazdag rekreációs színtér is lehet – például kártyajátékok –, de természetesen itt már nemcsak a szellemi dimenzióra gondolhatunk, hanem az úgynevezett kocsmasportokra is, például teke, darts, csocsó, billiárd stb.

A rekreáció, mint a szabadidő-eltöltés kultúrája, minősége, az embertől függ leginkább. A gasztronómia, a társas környezet, a zenehallgatás, az éneklés, a korosztályok keveredése – ami hazánkban még mindig konzervatív módon valósul meg, összehasonlítva egy ír pub közösségének életkor szerinti összetételével –, a beszélgetés a stressz oldását eredményezheti, a közösség erejéből való táplálkozáshoz, feltöltődéshez vezethet, az aktivitást a résztvevő és környezete dinamikus kölcsönhatása határozza meg.

A passzív típusba került a házimunka is, mint időfolyatás! Igen, a házimunka időigényes tevékenység, amit nem feltétlenül kedvtelésből végzünk, éppen ezért a *félszabadidő* kategóriába soroljuk, de „passzív" meghatározással nemigen illetjük. Ha valakinek örömet is okoz, akkor *rekreatív többletről* beszélhetünk.

Dumazedier (1962) vezette be az úgynevezett „félszabadidő" fogalmát, amelylyel a nélkülözhetetlen társadalmi, családi kötelezettségek óráit különbözteti meg a szabadon választott és kedvtelésből eltöltött „szabad" időtől. Ehhez soroljuk a családi (háztartási munkák, gyereknevelés, bevásárlás, családi események) és állampolgári kötelezettségeket (hivatali ügyintézések, postai és banki ügyletek), valamint azon utazásokat (pl. munkába járás), melyek nem a rekreálódást szolgálják, de időigényes, sok esetben időrabló tevékenységek.

> A szabadidő eltöltés jellege alapján definiált tevékenységformák közül azok tartoznak a szellemi rekreációhoz, melyekben az egyén passzív néző, befogadó (olvasás, zenehallgatás, színház, mozi, TV, kiállítás, szurkolás stb.) vagy aktív, kreatív résztvevő (rejtvényfejtés, szellemi játékok, zenélés, írás, kézimunka, kreatív manuális tevékenység). Ide tartoznak továbbá azok a hobbi jellegű tevékenységek, melyben az egyén résztvevő és létrehozó is (numizmatika, filatélia, kőzetgyűjtés, barkácsolás) (Gáldi, 2011).

A rekreáció tevékenységformáit azért nem célszerű továbbra sem passzív és aktív csoportokra osztani, mert mindkét csoportban szereplő tevékenységek lehetnek aktívak és passzívak is. Ha a tevékenységekhez aktivitás is társul, akkor beszélhetünk tényleges rekreációról, ami nem fizikai értelemben vett mozgásállapot-változást jelent.

Mit jelent a passzív olvasás vagy passzív színházlátogatás?

Talán éppen azt, hogy nem köt le, nem válok a cselekmény részesévé, a tevékenység nem kikapcsol, csak eltöltöm vele az időt, azaz improduktív, tehát nehezen értelmezhető rekreációként.

Az előbbi példákat azért boncolgattam, mert a rekreációértelmezés gyökereihez nyúlnak vissza. Törekedjünk szabadidőnket aktívan eltölteni változatos szellemi és mozgásos tevékenységek kavalkádjával, ami így örömet és igazi kikapcsolódást, feltöltődést fog eredményezni.

A szabadidő mennyisége és minősége alapvetően nem választható el a munkavégzéstől, hiszen a munkával töltött idő és annak jellege közvetlen hatással van az életmód egészére – beleértve a szabadidős tevékenységek lehetőségét is. A mindennapi életben leggyakrabban előforduló tevékenység a munka. Következésképpen annak jellege, tartalma, környezete, megítélése, eredményessége mind-mind olyan tényezők, amelyek együtt és külön-külön is hatnak az életmód – és a szabadidő eltöltésének – alakulására.

„Első megközelítésben, ha történetileg vizsgáljuk a szabadidőt, akkor az nem más, mint a technikai haladás és a társadalmi erők kettős hatása alatt a termelőmunka által az ember nem termelő tevékenysége számára felszabadított időmennyiség" (Tibori, 2002).

A szabadidő eltöltése az életmód függvénye. Differenciálódik a foglalkozás, a munkahely jellege, a települési viszonyok, az életmód civilizációs feltételei (lakás, kommunális ellátottság, az infrastruktúra fejlettsége stb.), az életkor, az iskolai végzettség (vagy inkább a műveltség), a család körülményei, létszáma, összetétele szerint. Társadalmi csoportok szintjén is lényeges eltérések mutatkoznak a szabadon felhasználható idő mértéke és hasznosítása szempontjából (Hunyadi, 2005). Azok a csoportok, amelyeket időben több társadalmi kötelezettség terhel, kevesebb idővel rendelkeznek szabadon. Ezek az időgazdálkodás szempontjából

is hátrányosabb helyzetű rétegek nagyobb arányban kerülnek ki a társadalom kevésbé képzett, alacsonyabban kvalifikált csoportjaiból, a kevésbé urbanizált településekről, a családosok, illetve többgyermekesek köréből.

A szűkösebb időkerettel rendelkező rétegek további hátránya, hogy alacsonyabb jövedelemszintjük következtében kevésbé képesek megvásárolni azokat az eszközöket és szolgáltatásokat, amelyek révén időt tudnak megtakarítani, vagy amelyek közvetlenül a szabadidő eltöltését szolgálják; a lakóhelyük alacsonyabb urbanizációs szintje következtében eleve távol esnek a legtöbb olyan kulturális és sportintézménytől, amely megfelelő felszereltséggel és programmal működik.

Újabb problémát jelent az aktív keresőkhöz képest nagyobb időkerettel rendelkező nyugdíjasok túlnyomórészt passzív és szegényes időfelhasználása. Ez csak részben magyarázható a jövedelmi és területi hátrányokkal. A megtett életút megrázkódtatásai, fáradtsága, fásultsága mellett a gyakori magányosság, a megromlott egészségi állapot jelentős gátlói az életkorral összeegyeztethető nagyobb aktivitásnak. A bezárkózás, passzivitás, leépülés gyökerei az aktív időszakba nyúlnak vissza, amikor a társadalom jelentős rétegeinek nincs módja kialakítani a szükséges rekreációs szokásokat, mely életük későbbi szakaszában is igényként jelentkezhet (Princz & Tessényi, 2016; Tessényi, 2024). A fizikailag aktív szabadidőn belül kitüntetett szerepe van – a személyiség egészére kiterjedő, a fizikumot harmonikusan fejlesztő hatása miatt – a különböző sporttevékenységeknek, ehhez képest a társadalom (15–79 éves népesség) 90%-ának életéből még rendszertelen, ad hoc formában is kimarad a sport (Falussy, 1993). Az időskori aktivitás fejlesztése tehát nem csupán egészségügyi vagy szociális kérdés, hanem tudatos, évtizedeken átívelő prevenciós feladat is. Az aktív élethez szükséges kompetenciák, attitűdök és közösségi élmények már fiatal korban megalapozandók, különben az időskori inaktivitás szinte előre beprogramozott társadalmi valósággá válik.

Az ingázó, a munkahelyre, illetve onnan haza naponta több órát utazó tömegek szabadidős tevékenysége a legsivárabb, és nem csak az utazással eltöltött rengeteg és kárba vesző idő miatt (Hunyadi, 2005). Sem a lakó-, sem a munkahelyhez nem alakulnak ki igazi kötődések, aminek nagy szerepe van a sivárság kialakulásában. Mégis a kényszer szülhet olyan tevékenységeket, melyekkel az ingázásra fordított időt hasznosabbá lehet tenni, például olvasás, zenehallgatás, számítógépes játékok, rejtvényfejtés stb. Ezek mind a szellemi rekreáció körébe tartozó tevékenységek, amik az ingázó életmódból adódó félszabadidőt tehetik színesebbé, hasznosabbá (Stein et al., 2022; Pindek et al., 2023). De meg kell említeni az alvást vagy a meditációt is, ami például Japánban nagyon elterjedt szokás a tömegközlekedési eszközökön (Steger, 2013).

Jane Jacobs *Az amerikai nagyvárosok élete és halála* című tanulmányában (Jacobs, 1961) arról számol be, hogy a tudományosan tervezett, modern, minden

szükségessel ellátott negyedek lakosságának fizikai és egyéb leromlása a leggyorsabb. Megöli őket a kényelem. Hazánkban is kialakultak minőségi lakóparkok, távol a nagyvárosok zajától, viszont a munkába járás időtartama megnövekedett. Leginkább „alvótelepekről" beszélhetünk ezen esetekben, ahol a rekreációs tevékenységek inkább a hétvégékre korlátozódnak, így a rendszeresség vagy a közösségi kapcsolatok háttérbe kerülnek, mely komoly kihatással van egy család egészséges fejlődésére. Emellett a városias, tömör szerkezetű környezetekhez képest a szétszórt, autófüggő elővárosi formák jelentős szociális izolációhoz és alacsonyabb közösségi jólléthez vezetnek (Leyden, 2003; Mouratidis, 2018).

Szabadidő-koncepciók

Dumazedier (1962) szerint a szabadidőnek (az ő megfogalmazásában a „leisure"-nek) három funkciója van: a személyes fejlődés biztosítása *(development),* a szórakozás *(entertainment)* és a felüdülés, pihenés *(relaxation).*

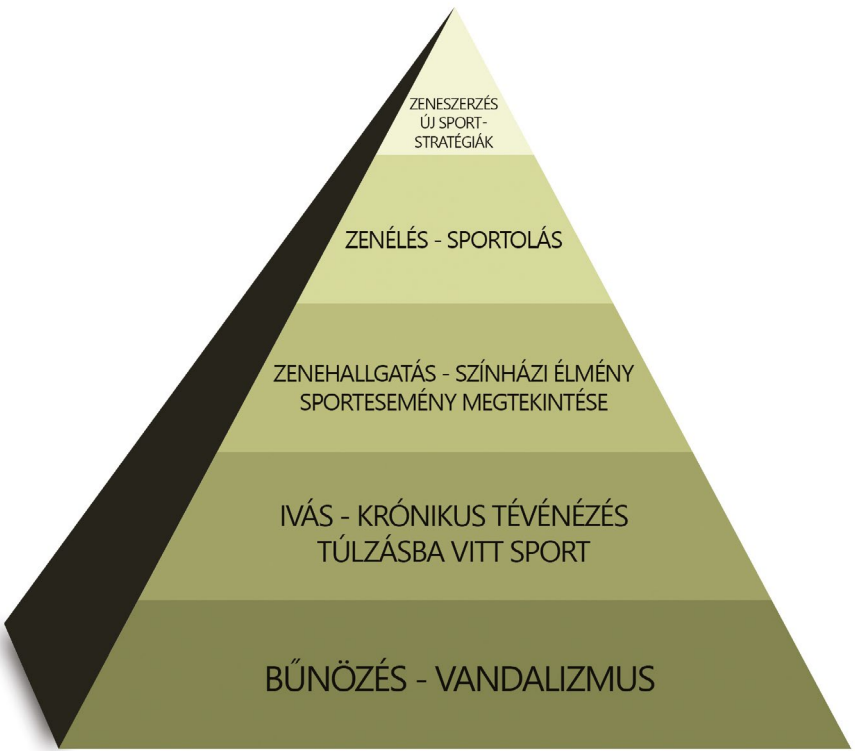
Richard Peterson (idézi Vitányi, 2001) definíciója szerint szabadnak nevezzük azt az időt, amelyben nem végzünk fizetett munkát, a családdal és a háztartással kapcsolatos feladatokat, nem intézünk személyes ügyeket, és nem alszunk.

Max Kaplan (idézi Vitányi, 2001) hét dolgot nevezett meg a szabadidővel kapcsolatban: a munka ellentéte, kellemesség, önkéntes társadalmi munka, a szabadság pszichológiai érzékelése, kultúra, nem fontos dolgokkal való foglalkozás, játék.

Egyértelmű, kizárólagos szabadidő-definíció nincs, de az teljesen egyértelmű, hogy a technika forradalmi fejlődésével a társadalmi szabadidő szükségszerűen nő. Az emberek nincsenek felkészülve a megnövekedett időmennyiség eltöltésére (Kovács, 2004; Ábrahám, 2016). Az időnek csak kisebb részét használják fel, mint „leisure", mint valódi rekreáció, nagyobb részben a vulgáris (nem minőségi, azaz nem rekreatív, nem intellektuális), passzív szabadidő-magatartás pozíciói erősödnek.

Egy 70 évet élő ember életéből 27 évet szabadidejére szánhat, 18-tól 78 éves korunk 60 évéből 18 év a szabadidőnk. Nem kellene elpazarolnunk életünk legnagyobb „részegységét" tévézésre, amely jelenleg a legtöbb időt veszi el szabadidőnkből (Leitner, 2004). Friss kutatások alapján a képernyőalapú passzív szabadidő (tévénézés, internetezés) összefüggésbe hozható a rosszabb fizikai egészséggel, az alacsonyabb kognitív teljesítménnyel és akár a pszichés rosszulléttel is (Palazuelos-González et al., 2025; de la Rosa et al., 2024). Más vizsgálatok rámutatnak arra, hogy a digitális technológiák révén szervezett, aktív, társas rekreáció – így például VR-programok időskorúak számára – támogatják az életminőség javulását, és újfajta „digitális leisure", mint önfejlesztő és közösségépítő tér jelenik meg. Ugyanakkor a „digitális leisure" potenciálja mögött komoly

társadalmi különbségek jelennek meg: nem mindenki fér hozzá a minőségi online rekreációhoz, így nő a digitális egyenlőtlenség és a „túlhasználat miatti" figyelemzavar, izoláció vagy információs túlterheltség veszélye (Ray, 2023).



2. ábra. Szabadidő-eltöltési piramis.

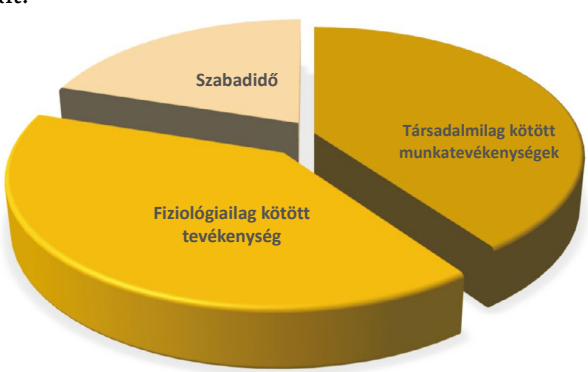
Nash (1960) megalkotott egy szabadidőeltöltési-piramist, melyben a nulla alatti szinten a társadalom ellen elkövetett tevékenységek – bűnözés, vandalizmus – állnak. A nulladik szinten az egyén maga ellen, a saját fejlődése ellen ható szabadidős tevékenységek állnak, úgymint ivás, krónikus tévénézés, de akár a túlzásba vitt sport is lehet ilyen. Az első szinten a kikapcsolódás, szórakozás található, olyan tevékenységekkel, mint például a tévézés, mozi vagy sportesemény látogatása. A második szinten az érzelmi bevonódást, az érzelmi részvétel fontosságát hangsúlyozó tevékenységek állnak, mint zenehallgatás, színházi élmény, de egy sportesemény megtekintése is lehet ezen a szinten. A harmadik szinten lévő tevékenységek aktív részvételt követelnek meg, ilyen a zenélés vagy a sportolás. A negyedik, legmagasabb szinten a szabadidős tevékenységeink kreativitást is igényelnek, mint

például a zeneszerzés vagy egy új stratégia kiötlése a sportban. Az egyes szinteken megvalósuló és egymásra épülő cselekvési formák célja elvezetni az egyént a minőségi élet megtapasztalásához. Minél feljebb van egy tevékenység a piramisban, annál értékesebb mind az egyén, mind a társadalom számára.

A 4C (Cross Cultural Consumer Characterisation) a következő rekreációs típusokat különbözteti meg: változatos *(varied),* otthon ülő *(home-bird),* vásárolgató *(walker, shopper),* eljáró *(occasional out-goer),* intellektuális *(consumer of high-culture),* kocsmázó *(pub-goer),* söröző*be* járó *(brasserie pub-goer),* nyitott-fiatalos *(easy-going, youthful).* A felsorolt nyolc típusból mindössze az intellektuális, a nyitott-fiatalos és esetleg a változatos csoportról mondható el a minőségi szabadidő-eltöltés (Szabó, 2009).

A szabadidő olyan elfoglaltságok együttese, amelyeknek az egyén teljes kedve szerint átadhatja magát, akár azért, hogy pihenhessen, akár azért, hogy szórakozhasson, akár, hogy fejleszthesse önkéntes társadalmi részvételét, érdek nélküli tájékozódását vagy képzését, miután megszabadult minden hivatásbeli, családi vagy társadalmi kötelezettségétől (Dumazedier, 1962).

A *3. ábrá*n a szabadidő helyének egy lehetséges meghatározását láthatjuk napi tevékenységeink között, amelynek szerkesztése Falussy Béla (1993) gondolatai alapján készült.



3. ábra. Napi tevékenységeink.

Társadalmilag kötött munkatevékenységek: kereső és egyéb termelőtevékenység, család, háztartás ellátása, gyerekek gondozása, ellátása, közlekedés.

Fiziológiailag kötött tevékenységek: alvás, étkezés, testi higiénia, passzív pihenés (Falussy, 1993).

A termelőmunkában való részvétel után a szabadidő eltöltése lehet improduktív vagy produktív, üres vagy gazdag, a személyiséget valóban fejlesztő, felszabadító, de lehet elpazarolt idő is, például semmittevés, unatkozás.

Az idővel való rendelkezés mértéke és a rendelkezésre álló idő beosztásának, felhasználásának módja a megszerzett tudástól, műveltségtől, a betöltött társadalmi-gazdasági pozíciótól, a mikro- és makrokörnyezettől, társadalmi és földrajzi környezettől függően rendkívül differenciált.

A szabadidőben végzett tevékenységek jelentős része olyan készségeket fejleszt vagy tart készenlétben, amelyek a gazdasági tevékenységben is fontosak lehetnek, megkönnyítik a néha elkerülhetetlen pályamódosítást, növelik a munkaerőpiacon való érvényesülés esélyeit. Gondoljuk csak meg, a rendszeres társasági életben az emberek többek között nézeteik kifejtését és megvitatását, a kapcsolatteremtés, a kulturált viselkedés, a tolerancia készségeit is gyakorolhatják, az irodalom és a művészetek az empátia, a képzelőerő, az esztétikai érzék fejlesztését segítik, az újságolvasás a napi tájékozottsághoz elengedhetetlen, a gyűjtő hobbik a rendszerező képességet fejlesztik, a rendszeres sport a szükséges fizikai erőnlét, állóképesség biztosítása mellett hatásosan fejleszti a teljesítményorientált idő- és energiabeosztást, a mozgósítható erők koncentrálásának, a teljesítmények mérésének és elismerésének a képességét, a turisztika a megfigyelő- és tájékozódási készség, a kitartás, a természetszeretet kialakításában és fejlesztésében játszhat fontos szerepet, a sakk, bizonyos kártyajátékok, társasjátékok erősítik a kombinációs készséget, a logikus gondolkodást, az emlékezőképességet, egyben fejlesztik a tervszerű cselekvés, a kockázatvállalás és a veszteni tudás készségeit is (Falussy, 1993).

A szabadidő értékes eltöltésére való felkészítés a társadalom minden rétege számára szükséges lehet. Az idővel való gazdálkodás és az ehhez szükséges készségek, szokások kialakítása, az értékes szabadidő-felhasználás iránti vonzalom felkeltése természetesen az ifjúság rétegeiben a legfontosabb, egyben itt végezhető a legeredményesebben (Kenéz, 1993).

A rekreációval foglalkozó szakembereknek éppen ezért óriási a felelősségük a társadalmi szintű szabadidő-kultúra fejlesztésében. Nem lehet minden feladatot és felelősséget a családra és az iskolára hárítani a szabadidő-eltöltés mintáira vonatkozóan. A rekreációs szolgáltatások jelentős részének nevelő hatással is bírnia kell, célcsoporttól függetlenül. Ez tudja a szolgáltatások iránti keresletet is folyamatában fenntartani és erősíteni, ami az egészséges életmód szokásainak kialakítását, megszilárdítását eredményezheti.

Ha nyelvészetileg vizsgáljuk meg a szabadidőt mint szót, a francia *loisir* etimológiája a latin *licere* (megengedni, megengedve lenni) igére nyúlik vissza (Murphy, 1981). Kevésbé tükrözik a szabad választást a germán és szláv nyelvek „szabad" és „idő" kombinálásai, bár a német *Freizeit* is rendelkezik ezzel a jelentéstartalommal, ahogy a magyarban is a „szabadidő" alak terjedt el a valami után megmaradó „szabad idő" helyett. Ma a magyar nyelvben a szabadidő kifejezést

használjuk minden szabadon végzett tevékenység eltöltésére szánt idő meghatározásakor (Szabó, 2009). Az angol nyelv szofisztikáltabb, és kétfajta szabadidőt különböztet meg: *leisure*-t és *free time*-ot.

A szabadidő a teljes időkeret, ami tulajdonképpen üres, csupán egy lehetőség, a mi választásunk „megtölteni", amit rekreációs célokra (is) szabadon felhasználhatunk. Ami ebből kedvünkre/örömünkre szolgál, amit kellemesnek találunk és pozitív élményként élünk meg, azt tekinthetjük *leisure*-nek. A *leisure* tehát a mi fogalomhasználatunkban – némileg „magyarítva" – a rekreatív szabadidő (Kovács, 2007), azaz produktív tevékenység.

A *free time* tehát a nem munkával töltött idő, míg a *leisure* a minőségi szabadidő, ahol a rekreációs tevékenység biztosítja az élmény megélését, a pozitív lelkiállapotot.



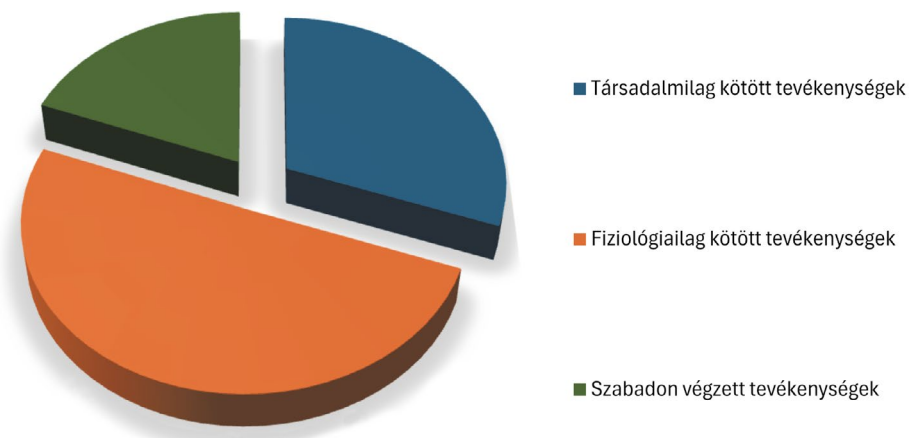
4. ábra. Napi tevékenységeink felosztása.

Az előzőekben említett meghatározások alapján készítettem el a napi tevékenységeinket ábrázoló kördiagramot *(4. ábra),* mely egy lehetséges ábrázolási módja a napi tevékenységeink sematikus ábrázolásának és benne a rekreáció helye meghatározásának.

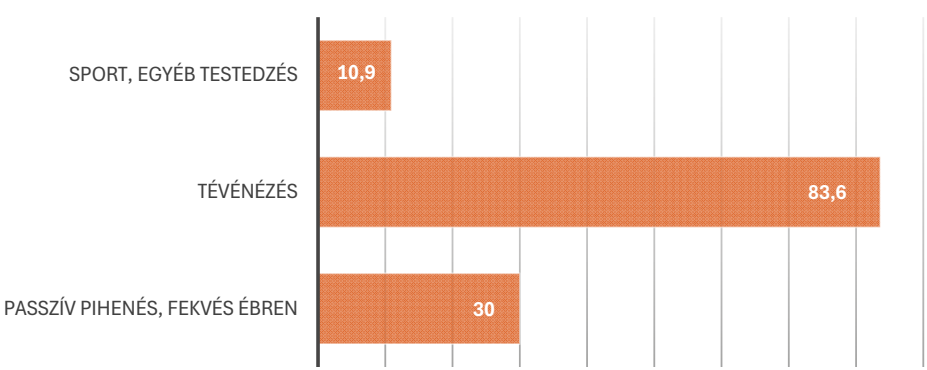
Az utolsó teljes körű országos időmérleg-felvétel 2009–2010-ben zajlott. Ezen időmérleg adatai alapján (KSH, 2012) a 10–84 éves magyar népességre az alábbi tevékenységeket és időráfordítást ismerhetjük meg az „A" mutató esetében *(5. ábra).*

Érdekességként ugyanezen időmérleg-napló alapján kiválasztottam a szabadidőre nézve leginkább passzív tevékenységet, azaz a „fekvés ébren" kategóriát, valamint az összes tevékenység közül a leginkább aktívat, a „sport és egyéb testedzés" kategóriát *(6. ábra).* Harmadik tevékenységként a tévénézést választottam, hiszen ezt a tevékenység lehet szellemi rekreációs, ha célja van, és lehet passzív is, ha csak bámuljuk a tévét céltalanul, időfolyatóként. A számok változásért kiáltanak, hiszen

a napi fél óra céltalan ágyban fekvés olyan időpazarlás, ami rontja a lehetőségét a rekreációs tevékenységek megjelenésének. A napi tizenegy perc testedzés pedig élettanilag és mentálisan sem éri el az egészségfejlesztését szervezetünknek. A közel másfél órás (83,6 perc) tévénézés napi szinten pedig komoly aggályokat vet fel a mozgásszegény életmód felé való fordulás okán. Csak reménykedhetünk benne, hogy maga a tévé előtt töltött idő egy hasznos szellemi rekreációs tevékenység, azaz feltölt, kikapcsol, élményt ad, gondolatokat, érzelmi reakciókat vált ki, esetlegesen motivációs hatással is bír saját életvitelünkre vonatkozóan. Ennél frissebb reprezentatív magyarországi adattal a könyv szerkesztésekor nem rendelkezünk, mert a KSH 2024–2025-ös adatfelvételei éppen zajlanak még (KSH, 2024a).



5. ábra. Tevékenységek és időráfordítás.
Időmérlegnapló 2009/2010 tevékenységek (perc/fő/nap).



6. ábra. A passzív pihenés, a tévénézés és a testedzés napi előfordulásának összehasonlítása (perc/fő).



1. kép. Konyhai teendők rekreatív többlettel.

Természetesen a szakirodalmakban más megközelítésből vázolt felosztások is ismertek. Szabó József *Rekreáció* című könyvében a napi tevékenységeket szintén egy sematikus ábrán mutatja be, de ott a különféle tevékenységi formák is tartalmazhatnak bizonyos mennyiségű rekreációt, például a munkahely által szervezett, munkaidőhöz, munkakörhöz kapcsolt kötelező testedzés, pihenés vagy otthoni több alvás lehetősége (Szabó, 2002). Természetesen az egészség megőrzése és fejlesztése szempontjából ezen tevékenységek – melyek ugyan nem szabadidőben végzendőek – is hatékonyak, és az egészséges életmód meghatározó részévé válhatnak, de mégsem nevezhetjük őket rekreációs tevékenységeknek! Munkaidőben, az egészség védelmében végzett tevékenység a munkahelyi egészségfejlesztés kategóriájába tartozik, melynek sok esetben csak eszköze az egészség, célja valójában a munkavégző-képesség helyreállítása és növelése, valamint a gyors regeneráció elérése. A célt ezekben az esetekben a munkáltató tűzi ki saját érdeke, azaz a termelékenység biztosítása, a profit növelése érdekében.

A munkáltató akkor szolgálja a rekreáció megvalósulását, ha a munkavállalóknak – betartva a munkaszerződésben meghatározott munkaidőt – szabadidőt, a szabadidejükben a rekreációs tevékenységekhez feltétel- és eszközrendszert vagy különböző támogatási formákat biztosít. A kötelező jelleggel bevezetett, egészséget célzó tevékenységek bizonyítják, hogy a munkavégző-képesség helyreállításával a rekreáción kívül más tevékenységek is foglalkoznak.

Éppen ezért szükséges bevezetni egy új meghatározást, a rekreatív többletet. A rekreatív többlet a nem szabadidős tevékenységeinkben keletkező rekreációs hatásokat jelenti. A kellő tudatosság, a rekreatív szemlélet és a pozitív beállítottság fokozza az adott cselekvés hatását. A többlet megjelenhet a kedvvel végzett munkában (munkahely, főzés, takarítás, fűnyírás), akárcsak a fiziológiai szükségletek kielégítésében (étkezés, fürdés) is (Kovács, 2007; Fritz, 2011). Ez a szemlélet(váltás) lehetőséget teremt arra, hogy az egyén ne csupán passzív elszenvedője, hanem aktív alakítója legyen saját jóllétének, így a hétköznapi tevékenységek is erőforrássá válhatnak a testi-lelki regeneráció szempontjából.

A LEISURE

Fritz Péter

> A free time pragmatikus fogalom. Ha a mindennapi embernek van egy kis szabadideje, csinál benne valamit, ami ízlésének és lehetőségeinek éppen megfelel. A leisure azonban valami más. Benne az ember a szabadság érzését és lehetőségét teljesíti ki. Szabadságot arra, hogy megvalósítsuk magunkat. A munkaidőben az ember azt végzi, amit muszáj, a leisure értelmében vett szabadidőben pedig szabadságát gyakorolja (Vitányi, 1995).

A „leisure"-t önmagunk megvalósítására, személyiségünk ápolására, képzésére, a flow megszerzésére fordíthatjuk. A szabadidő ily módon flow-élménnyé, tökéletes élménnyé is válhat. A tökéletes élmény a lehető legtöbb és legjobb, amit az ember átélhet, a teljes beleélés és átadás művészete. Bármely tevékenység lehet flow-élmény.

A munkába bele van építve a cél, a visszacsatolás, a szabályok és az elvárások, melyek mind arra bátorítják az embert, hogy elmélyedjen, hogy összpontosítson és átadja magát neki. A szabadidő viszont szervetlen, és sokkal nagyobb erő-

feszítést igényel élvezetessé alakítani azt. A szokásokat és ismereteket igénylő, szabályokat és célokat felállító hobbik, melyekhez valódi érdeklődés és belső fegyelem is kell, a szabadidőt valóban azzá varázsolják, aminek lennie kell: rekreációvá (Csíkszentmihályi, 1997, p. 105).



2. kép. A flow-élmény.

A passzív szórakozás nem jó, mert az felesleges erő- és energiafelhasználás. Minőségelvű gondolkodás kell a szabadidő eltöltését illetően, hiszen a rekreáció nem más, mint a szabadidő eltöltésének művészete (Csíkszentmihályi, 1997).

Az aktivitás szó nem csupán a mozgásos területre korlátozódik, nyilván ez a szűk értelmezés ad teret a passzív tevékenységek és a nem mozgásos tevékenységek helytelen összekapcsolására is. A szabadidő-eltöltés „művészetéhez" aktív részvétel szükséges, mind a mozgásos, mind pedig a szellemi rekreációs tevékenységek értelmében. Érzelmileg is be kell vonódnunk, részesévé kell válnunk a cselekményeknek, így tudjuk a szabadságunkat élvezni, és ezáltal lehetőséget biztosítunk a flow-élmény megtapasztalásához (Ábrahám, 2016).

MUNKAINTENZITÁS ÉS SZABADIDŐ

Fritz Péter

> Munka és szabadidő a lehető legszorosabban kapcsolódik egymáshoz, hiszen egyik megléte a másik hiányával írható le. A társadalom változásai azok, amelyek a szabadidő-munkaidő felfogásának és kezelésének módosulásait hozták, s nem a munkás létből való sajátosságok (R. Nagy, 2015).

A technikai fejlődés befolyásolja a szabadidő-aktivitások minőségét is. A gépsorok mellett végzett munka fokozott mértékben veszi igénybe a munkások figyelmét, rendkívül nagy szellemi erőfeszítést követel tőlük, és a gépesítés, a robotika megjelenésével a fizikai munka mennyisége csökken. Egyre több esetben megállapítható, hogy a fizikai munkakörök egyre nagyobb számban alakulnak át szerkezetileg, a megfeszített figyelem és a mozgásos tétlenség irányába mutatnak (Kovács, 2004; Ábrahám, 2010).

A munkaintenzitás egyre növekszik, gyorsul a munkatempó, emelkedik a termelékenység. Ez egyrészt növeli a fogyasztási javak bőségét, másrészt együtt jár a személyiség deformálódásának mind nyomasztóbb ütemével. Az emberi szervezetet folyamatosan rombolja a felfokozott munkatempó. „Az emberek ezért nem csak a passzív pihenést keresik, hanem egyensúlyt is, az automatizált munka során elvesztett alkotási vágy kiélését" (Szántó, 1967).

Stoetzel professzor *Sociologie de la récréation* című egyetemi előadás-sorozatában fejti ki, hogy a szabadidőnek az egyén számára pszichoterápiai funkciója van (Stoetzel, 1953–1954). E felfogás szerint a munka az üzemekben elidegeníti, elcsigázza a munkást, a szabadidő pedig helyreállítja a megromlott egyensúlyt. Az egyének kifáradt, ideges tömegeiben felhalmozódik a feszültség. Számukra a szabadidő biztosító szelep, kikapcsolódás, és e vonatkozásban a társadalom védelmét szolgálja: a szabadidőnek a társadalom számára szocioterápiás funkcióját.

A szabadidős elfoglaltságok általában pénzbe kerülnek, megválasztásukat meghatározza a társadalmi státusz, a tanultság foka, az élettér, a lakóhely és környezete, a fáradtság és a jövedelem szintje (Monostori, 2009).

A szabadidő hosszát nemcsak az határozza meg, hogy valaki dolgozik-e vagy sem, hanem az is, hogy mennyi időt tölt a munkahelyén. A munkahelyen eltöltött időt a kényszerek és a preferenciák határozzák meg (Hankiss, 2016). Vannak, akik azért töltenek sok időt a munkahelyükön, mert ettől több anyagi forráshoz, magasabb jövedelemhez, előmeneteli lehetőségekhez jutnak, míg másoknak

a túlórázás a feltétele annak, hogy megtartsák állásukat. A munkamániás *(workaholic)* kifejezést is meg kell említsük, ami speciális munkahelyi környezetben, céges motivációs eszközök hatására és sokszor pszichés problémák megjelenése mellett alakulhat ki valamilyen cél elérése érdekében vagy valamitől való menekülés céljából (Andersen et al., 2023).

A munkamánia egy olyan állapotot jelöl, amikor valaki túlságosan sok időt tölt munkával (nem azonos a túlórázással), elhanyagolja a családját, a barátait, szabadidejében is szinte kizárólag a munka tölti ki az életét, később egészségügyi problémák léphetnek fel (Andersen et al., 2023). A munkamánia egyfajta addikciót jelent, mint például a szerencsejáték-szenvedély vagy az internetfüggőség. Az egyén életét szinte kizárólag a munkája uralja. Kiszállni ebből a mókuskerékből nem tud. A munkamánia előfordulása rohanó világunkban egyre gyakoribb, és nemcsak a felső vezetők veszélyeztetettek, hanem az alacsonyabb beosztásúak is. A munkamánia tünetei közé tartozik a szívritmuszavar, magas vérnyomás, fejfájás, feledékenység, álmatlanság, hasi fájdalom, mellkasi fájdalom, nyugtalanság, koncentrációs zavar, emésztési zavarok, allergia, hangulatváltozás, türelmetlenség, fekélyek és pánikbetegség (Sayegh, 2024). Ha valaki napi tíz-tizenkét órát dolgozik, és még otthon is ráhúz egy kicsit estefelé, vagy ha a munka mindennél fontosabb, de már nem jelent örömet, vagy épp ha szabadságra megy, akkor is a munka jár a fejében – ezekben az esetekben felmerülhet a gyanú, hogy az illető munkamániás. Egy munkamániás nem képes, vagy csak nagyon korlátozott mennyiségben tudja delegálni a feladatokat, nem bízik a kollégái teljesítményében, szorong, hogy az irányítás kicsúszik a kezei közül. Úgy válik valaki munkamániássá, hogy az életének középpontjába mindinkább a munka kerül, és az emberi kapcsolatai egyre kevésbé érdeklik. Munkaidőn kívül is dolgozik a munkahelyén és otthon is, majd az életvitelét is a munkának rendeli alá (Monostori, 2009). Voll és munkatársai tanulmánya (2022) már olyan típusú életszemléletet elemez, melyben a távoli digitalizált munkavégzés, a rekreáció és a magánélet egyensúlya egyre inkább összeolvad – ezt a jelenséget három típusú „workation" formában *(hagyományos workation, coworkation, workation retreat)* rendszerezik és értelmezik.

Vannak, akik önként vállalják a részmunkaidőt, hogy több idejük maradjon a családjukra, míg másoknál a teljes állás feladása kényszeren alapul. Azt mindenesetre elmondhatjuk, hogy a rendelkezésre álló szabadidő hossza nem pusztán preferenciákon alapszik, ezért érdemes külön is megvizsgálnunk azt a kérdést, hogy a különböző társadalmakban, illetve az egyes társadalmi rétegekben milyen szerepe van a szabadidőnek. Amikor ezt a kérdést vizsgáljuk, akkor nem csupán a szabadidő hosszára, hanem annak tartalmára is gondolnunk kell (Monostori, 2009).

Ami a munka és a szabadidős aktivitások viszonyának fejlődését illeti, a szociológusok egy része igen borúlátó a jövőt illetően. Attól tartanak, hogy a növekvő szabadidő a deviáns magatartásformákat erősíti a fiatalokban, a modern emberek egyik legveszélyesebb betegségét, az unalmat fogja ijesztő hatásúvá fokozni (Székely, 2013), ami felgyorsítja az így is járványszerűen terjedő ifjúkori bűnözést, a családok szétzüllését, a kábítószer-élvezetet, az alkoholizmust, az öngyilkosságot, az agresszivitást (Ferge, 1969; Székely, 2013).

A munka és a szabadidő kapcsolatát vizsgáló modellek három különböző rendezőelvre épülnek:

- A spillover (pozitív továbbgyűrűző hatás) modell azt állítja, hogy az egyén munkatapasztalatai, munkakörülményei, munkával való elégedettsége meghatározza a munka világán kívüli életét, attitűdjeit is. Ha valaki elégedett a munkájával, munkakörülményeivel, akkor a szabadidejével is jobban tud gazdálkodni, teljesebbnek érzi a munkán kívüli életét is, ami a családi boldogsággal és mentális jólléttel is összefügg (Crouter, 1984; McNall et al., 2010).
- A kompenzációs modell a munka és a munkán kívüli világ között kompenzációs mechanizmusok létét feltételezi, nevezetesen azt mondja, hogy azok, akik elégedetlenek a munkakörülményeikkel, nagyobb eséllyel preferálják a munka világán kívüli életszférákat, mint azok, akik a munka világában elégedettek, jól fizető állásokban vannak, kedvezőek a munkakörülményeik (Wilensky, 1960; Zedeck & Mosier, 1990).
- A szegmentációs modell szerint nincsen kapcsolat a munka és a munkán kívüli világ között. Az egyén ezeken a területeken egymástól függetlenül alakítja ki preferenciáit (Dubin, 1956, 1969).

A modellek érvényességét vizsgáló kutatások eredményei szerteágazóak. Tait és munkatársai a munkával és általában az élettel való elégedettség kutatásában a spillover modell érvényességét bizonyították (Tait et al., 1989), míg mások a kompenzációs és a szegmentációs modell érvényessége mellett érvelnek (Rain et al., 1991).

Éppen ezek az eredmények késztettek néhány szerzőt arra, hogy a munka és a munkán kívüli világ közötti kapcsolatot ne társadalmi szinten, hanem társadalmi rétegenként vizsgálják (Champoux, 1978; Kabanoff, 1980; Wu & Shaffer 1987). Ez volt az oka annak is, hogy egyre fontosabbá váltak azok a kutatások, amelyek a vizsgált jelenségeket különböző aspektusokra bontották: instrumentális, kognitív vagy érzelmi aspektusokra (Elizur & Shye, 1990).

Több szerző foglalkozott azzal a kérdéssel is, hogy milyen az iránya a munka és a munkán kívüli világ kapcsolatának. Kohn, Kirchmeyer és Cohen például azt

írták le, hogy a munkán kívüli világban szerzett tapasztalatok is hozzájárulhatnak ahhoz, hogy valaki milyen munkaerőpiaci pozíciót tud szerezni, illetve hogyan alakítja azt, milyen szintű önállóságra tud szert tenni (Kohn, 1990; Kirchmeyer, 1992; Cohen, 1997a, 1997b; Monostori, 2009).

Összefoglalva, a munkaintenzitás és a szabadidő kapcsolata komplex, és több tényezőtől függ, beleértve a munkajogi szabályokat, a munkakörülményeket és az egyéni preferenciákat, szociális kapcsolatokat, életmódmintákat és igényeket.

A munka és a szabadidő kapcsolatának értelmezése mellett az is fontos kutatási kérdés, hogy a munka és a munkán kívüli világ mennyire hangsúlyos az életünkben. E tekintetben a témára vonatkozó kutatások egyértelműen abba az irányba mutatnak, hogy az utóbbi évtizedekben a társadalmak és az egyének életében is egyre fontosabb lett a munkán kívüli világ, ezen belül a szabadidős tevékenységek (Eurostat, 2004). Fontos megjegyezni, hogy ez nem azonos a quiet quitting jelenségével, amikor a dolgozó továbbra is ellátja a feladatait, de nem tesz többet annál, mint ami a szerződésében szerepel. Ez magában foglalhatja a túlórák elkerülését, a hétvégi munkavégzés megtagadását és a munkakörön kívüli feladatok elutasítását is, és gyakran a kiégéshez, illetve a nagy munkaterheléshez kapcsolják. Ennek elkerülésében igazán fontos szerepet játszik az egyének teljesítményének elismerése mellett a munka és a magánélet helyes egyensúlya (Alhammadi et al., 2025).

ALVÁS, ÉBRENLÉT

Fritz Péter

Egyik legfontosabb szükségletünk az alvás. Az alvás alapvető életjelenség, de még ma sem tudjuk pontosan, hogy tulajdonképpen miért van rá szükség, mi az alvás élettani jelentősége. Tény, hogy az ember csupán néhány napig tud folyamatosan ébren maradni, tizenegy nap a leghosszabb alvás nélkül elviselt idő, amiről tud a szakirodalom. Kiterjedt vizsgálatok foglalkoznak az alvás mechanizmusával, az alvás fázisaival, különböző szomatomotoros és vegetatív kísérőjelenségeivel. Mindenekelőtt az agy *elektromos tevékenysége* (EEG –elektroencephalogram) alapján az alvást két fő fázisra oszthatjuk, éspedig a lassú, hullámszerű alvásra (SWS – Slow Wave Sleep) és a gyors szemmozgások (REM – Rapid Eye Movements) fázisára. Előbbi a teljes alvásidőnek átlagosan 70–80%-át, utóbbi pedig 20–30%-át adja. A vizsgálatok azt mutatják, hogy a REM-fázisban

jelennek meg az álomképek. Nagy valószínűséggel a zavartalan REM-fázisok nélkülözhetetlenek az alvás kedvező testi és lelki hatásainak az eléréséhez, tehát ahhoz, hogy kipihenten, jó közérzettel ébredjen az egyén. Az alkohol és egyes altatószerek (barbiturátok) éppen a REM-fázisra kifejtett hatásuk miatt zavarják az alvást. A többórás alvás alatt az alvás mélysége váltakozó, vagyis az egyes fázisok ciklikusan követik egymást (Ángyán, 1993).

Az alvás során számos regenerációs tevékenység is történik a szervezetben. Az egyik az NREM- (Non Rapid Eye Movement), a másik a REM- (Rapid Eye Movement) fázis. Az NREM-fázis az elalvás utáni felszínes, kevésbé mély fázis. Ezt a szakaszt jellemzi a folyamatos légzésszám és a pulzusfrekvencia csökkenése, amíg el nem érjük a REM-fázist, amit szaporább légzés és pulzusszám jellemez, aktív szemmozgás és felfokozott agyi aktivitás mellett. Ekkor játszódik le egy sor regenerációs/felépítő folyamat, melyek elengedhetetlenek a szervezetünk éber ideje alatti zavartalan működéséhez. Gyakran könyveljük el az alvást egy katabolikus folyamatnak, hiszen arra gondolunk, hogy bevitt táplálék nélkül nem lehet hasznos. Ennek azonban ellentmond az, hogy a hipotalamusz növekedési-hormon-kibocsátása is a REM-fázis idején a legintenzívebb, valamint az alvási fázisunk vége felé a tesztoszteron termelődés is szárnyalásba kezd. Sokkal hatékonyabbá válik a fehérjeszintézis is, mint éber állapotban, ráadásul a kortizol (stresszhormon) termelése is csak ébredéshez közeledve kezd el emelkedni (Van Cauter et al., 2000).

Az alvás minőségét befolyásolhatja az életmód és a táplálkozás is. Például a rendszeres fizikai aktivitás javíthatja az alvás minőségét és hosszát, míg a krónikus stressz és az alkohol negatívan befolyásolhatja (St-Onge, 2017). Az alvás alatti regeneráció érdekében fontos, hogy vigyünk rendszert a napjainkba, igyekezzünk ugyanabban az időben feküdni és felkelni, kerüljük a késő délutáni stimulánsok fogyasztását, például a kávét, zöld teát, koffeintartalmú energiaitalokat.

Közismert, hogy az alvás-ébrenléti ciklus zavara, eltolódása vagy megfordítása (pl. éjszakai műszak vagy az egymástól távol eső országokban rendezett versenyek alkalmával a nagy időeltolódás) nagymértékben rontja a teljesítményt. Jóllehet jelentős egyéni különbségek is vannak, mégis általános érvényű az a szabály, hogy megfelelő mélységű, tartamú és ritmusú, vagyis napszaki eloszlású alvás szükséges a megfelelő teljesítmény eléréséhez.

Az alvás-ébrenlét ciklust más szóval cirkadián ritmusnak nevezzük. A cirkadián ritmus az emberi test belső biológiai órája, amely körülbelül huszonnégy órás ciklusokban szabályozza az alvást és az ébrenlétet, valamint más fiziológiai folyamatokat, például a testhőmérsékletet és a hormontermelést (Czeisler & Gooley, 2007). Korábbi vizsgálatok arra jutottak, hogy az embereknek és az állatoknak

a cirkadián ritmuson kívül más biológiai ritmusuk is van. Rendelkeznek például a légzést, a bőr cserélődését, a szívverést szabályozó ritmusokkal is. Mindazonáltal a cirkadián ritmus a legismertebb, mert ennek van észlelhető hatása a mindennapi életre (irányítja, hogy mikor fekszünk le és mikor ébredünk fel, emellett részt vesz az anyagcserében is).

A szakértők az emberek cirkadián ritmusával foglalkozó tanulmányok elemzése során fedeztek fel egy mintázatot, mely alapján megállapítható, hogy különbség van a nemek között.

Kutatók arra a következtetésre jutottak (Anderson és FitzGerald, 2020), hogy a kor és a nem alapvetően befolyásolja a test óráját. Az eredmények szerint a nők hajlamosabbak a reggeli aktivitásra, míg a férfiakra inkább az esti éberség a jellemzőbb. Azt is megfigyelték, hogy a nők rugalmasabban kezelik természetes cirkadián ritmusuk megzavarását, jellemzőbben aktívabbak napközben, ami egyébként jellemző a gyerekekre is. Ugyanakkor esténként, éjszakánként kevésbé energikusak. A nők többet alszanak, és alvás közben több időt töltenek a lassú hullámú mélyalvás szakaszában, mint a férfiak. Az alvás közbeni zavaró tényezőkkel szemben is jóval ellenállóbbak. A férfiak ellenben jellemző módon szunyókálnak délutánonként. A kutatók nem találták okát a nemi különbségeknek, de úgy vélik, köze lehet a hagyományos anyai szerephez, mivel természetesnek tűnik, hogy cirkadiánjuk összhangban legyen az utódokéval. Egyes kutatások összefüggést találtak a nők cirkadián ritmusa és nemi ciklusa között is.

Az egészséges életmód alapvető jellemzője az, hogy az egyén megszokott időpontban alszik el, s általában egy állandó érték körül mozog az alvásigénye. Az alvásigény az életkor előrehaladtával fokozatosan csökken. A szükséges alvásidő egyénenként változó, az elégséges és jó alvásnak nem önmagában az időtartam abszolút értéke a kritériuma, hanem az, hogy az egyén felébredéskor kipihentnek érzi-e magát, vagy sem (Ángyán, 1993).

A felgyorsult élettempó, a fokozódó követelményrendszer és a munkával töltött órák száma jelentősen befolyásolja az alvás minőségét és mennyiségét is. Az okoseszközök ágyba vitele és lefekvés előtti használata a képernyők által kibocsájtott fények miatt szintén rontja az alvás minőségét. Az eszközök által kibocsájtott erős fénysugárzás a cirkadián késleltetésével megzavarhatja az alvás ritmusát, amennyiben az expozíció este történik, továbbá fokozhatja az éberséget, ezzel nehezítve a nyugodt elalvást. Azonban nem csak a fénysugárzásnak vannak negatív következményei. Gondoljunk csak bele, hogy a tablet vagy okostelefon használata során tartósan helytelen testtartásban vagyunk az ágyban, melynek révén izomfájdalmak és fejfájás is kialakulhat. A hálószobában történő rendszeres „okoskütyük" használata miatt a hálószoba elveszti eredeti funkcióját, és összekapcsolódik az internet használatával, annak világával. Bár a különböző

eszközök relatív jelentősége még vita tárgya, de negatív hatásuk egyértelmű (Hysing et al., 2015).



3. kép. A megnyugtató alvás.

Egy fárasztó és stresszes napot követően az alvástól várják sokan, hogy másnap kipihenten ébredhessenek. A felgyülemlett, feldolgozatlan stresszt, a megoldatlan feladatokat gyakran az alvás közben beinduló feldolgozó folyamat (álom) sem képes kezelni, és pihenés helyett, a regenerációs folyamatok blokkolása mellett az egész test tovább dolgozik, energiát emésztve fel. A felgyülemlett kezeletlen stressz pedig a nem megfelelő alvással párosulva a mindennapi tevékenységeknél okozhat hatékonyságcsökkenést, feszültséget, idegrendszeri zavarokat, majd a belső harmónia felborulásához, később betegségekhez vezethet!

A tartós kialvatlanság következményei, jelei lehetnek (Irwin, 2011): legyengült immunrendszer, ingerlékenység, dekoncentráltság, fáradékonyság, nyugtalan alvás, izomfájdalmak.

Az alvás alatti regenerációs tevékenységeinket nem tudjuk akaratlagosan befolyásolni, ezért ezt a nélkülözhetetlen tevékenységünket sem sorolhatjuk a rekreációs tevékenységek közé, viszont a tudatos rekreáció alkalmazásával, valamint életmódunk egészségesebbé tételével – gondolok itt a mozgásszegény mindennapok következtében kialakuló túlsúly és az annak következtében jelentkező légzési apnoéra vagy a helytelen táplálkozás és az alvás minőségének rom-

lása közti összefüggésekre stb. – sokat tudunk segíteni az alvás minőségének és mennyiségének javításában. Az alvás minőségének vizsgálatára több módszer is létezik:

Alvásmonitorozó eszközök: az okoskarkötők és okosórák érzékelőkkel és szenzorokkal vannak felszerelve, amelyek rögzítik az alvás ciklusait, az ébredési időket és az alvászavarok jeleit.

Otthoni alvásvizsgálat: egy poligráfiás készülék segítségével, amit egy éjszakára, az alvás idejére kell felvenni. A készülék minden adatot eltárol.

Poliszomnográfia: ez egy teljesen fájdalommentes vizsgálat, melyet alvásegészségügyi központban végeznek. A páciens testén számos érzékelőt, elektródát helyeznek el, amelyek az agyhullámokat, vérnyomást, légzést, keringést, véroxigén-szintet, mozgásokat, egyszóval minden fontos élettani jelet figyelnek.

Ezek a módszerek segíthetnek az alvászavarok azonosításában és az alvás minőségének javításában. Ha a kliensünknél visszatérő alvásproblémákat tapasztalunk, vagy nehéz elalvásra panaszkodik, szakorvoshoz kell irányítsuk.

A DIVAT SZEREPE A MOZGÁSOS ÉLETMÓD ALAKULÁSÁBAN

Fritz Péter – Magyar Márton

Egy internetes böngészőbe beírva, hogy „divat", több tucat magyar, divattal kapcsolatos honlap jelenik meg. Ezen lapokat átfutva komolyabb statisztikai elemzés nélkül is szembetűnő, hogy a legtöbb esetben ruhákról, azok különleges és egyéni megjelenéséről, csodás őszi kollekciókról, női plakátokról, divatmagazinokról, esetleg hajdivatról kaphatunk ömlesztve és kifogyhatatlanul információkat. A trendi divathullámokat diktáló cégek már az interneten is árasztják a sok esetben elérhetetlen vagy, pontosabban fogalmazva, csak kevesek számára megengedhető kiegészítőket, ruhakölteményeket. Ez egy olyan verseny a divatdiktátorok mögé bújt cégek és a vásárlók között, ahol a fogyasztó minden esetben vagy követő, vagy reménykedő magatartással tud örök második lenni. Persze, ha jobban belegondolunk, a mobiltelefont is sokan divat alapján választják és cserélik, így a divatos megjelenés nem áll meg az öltözködésnél.

A megjelenésnél egyre nagyobb szerepet kap a testkép, amit szintén divatnak tekinthetünk. A divat azért nagyon veszélyes fogalom, mert mindent eladhatóvá tesz. A jól felépített marketing piacképes termékké formálja a divatot. A divatmar-

keting bűvkörében a mennyiség kezdi kormányozni létünk minőségeit (Götz, 2004), mely a mai fogyasztó és egyben pazarló társadalmunknak az egyik torz velejárója.

Götz Eszter szerint „a hagyomány tagadása: a divat". A tradícióban a szép mindig szép, a divatban viszont nincs időtlenség: ma szép, holnap lesajnáljuk. Divat ott van, ahol a tradíció nem – vagy már nem – jelent konszenzust, ahol az ember nem egy szakadatlan folyamat magától értetődő része, hanem egyedül áll a semmi partján.

Az életmód és a divat kölcsönhatásai

Egyesek úgy vélik, hogy az egészségvédelem és az öröm szükségképpen ellentétben állnak, és hogy az az életmód, amely az egészséges viselkedésre nagy hangsúlyt helyez, unalmas és tele van a betegségtől való félelemmel. („Ami kellemes, az vagy egészségtelen, vagy erkölcstelen, vagy hizlal.") Ennek a negatív lehetőségnek a kivédésére egyetlen mód adódik: korán kell kialakítani az egészségvédő magatartásformákat és egészségfejlesztő látásmódot azért, hogy szokássá váljanak, belső igényként, automatizált formában jelentkezzenek, és legyenek hatással az egyénre, valamint környezetére is (Fritz, 2009).

A dinamikus egészségfelfogás szerint az egyén az egészséget fenyegető sebezhetőséget – vagyis a külső stresszorok és különféle rizikótényezők hatását – tudatos tevékenységgel, készségeinek fejlesztésével, rendszeres gyakorlással, valamint a társas támogató rendszerek (például a harmonikus családi környezet) segítségével képes ellensúlyozni. Ugyanakkor az egészségipar ezt a szemléletet is kihasználja: azt sugallva, hogy az egészség megőrzéséhez és fejlesztéséhez elengedhetetlenek az általa kínált, gyakran divatvezérelt termékek és szolgáltatások.

Igen, a divat, melyet leginkább az egészségipar egyre jobban terjeszkedő – néhol már nyomasztó – csatornái ömlesztenek, hat az életmódunkra. Persze nagy különbség van egy belső igényeken alapuló, tradicionálisnak tekinthető egészségközpontú életmód viszonyulásának a divathoz és a divat által életre keltett „trendi életmód" között.

Az egyén és környezete közötti kölcsönhatás meghatározza az egyén társadalmon belüli adaptációját és ennek eredőjeként egészségét is (Cole et al., 1999). Ebben az ún. ökológiai (vagy rendszerelméletű) megközelítésben az adaptáció sikeressége vagy sikertelensége játssza a főszerepet. Ez megfelel az egészség modern koncepciójának, amely az egészséget pozitív fogalomnak tekinti, azaz egyfajta dinamikus egyensúlyi állapotnak, s ez leginkább az életminőség szubjektív dimenziójában teljesedik ki.

Itt fontos hangsúlyozni a kölcsönhatást, ami nem a feltétel nélküli befogadást jelenti az egyén részéről – az egészségtudat megfelelő szűrőt is jelent, amit a tradíciók erősíthetnek. Ez jelentheti a megfelelő ellensúlyt például a mozgásos életmódot folyamatosan „fejleszteni" kívánó egészségipari törekvések ellen.

A piac diktálta versenyhelyzetben, ahol azért mégiscsak az ember egészsége és pénztárcája van középpontban, a jól felkészült szakemberek szerepe erősen felértékelődik. A divat által diktált óriási tempót csak naprakész tudással, az új módszerek, eszközök, kiegészítő eljárások ismeretével lehet keretek között tartani. A mozgásos életmód alakítását célzó divathullámok mögött sok esetben jól felkészült szakembergárda áll, de mi a helyzet a keresleti oldallal?

A divat egy óriási lehetőséget adhat a mozgásos életmód kialakításához, ha a divat által közvetített lendületet nemcsak divatos fellángolásként kezeljük, hanem kezdőlökésként egy új rendszer kialakításához. A rekreátorok, edzők legnagyobb problémája, hogy a társadalom többségét nem tudják megszólítani. A divathullámok ezen passzív rétegre is hatnak, bár jellemzően pont ezen réteg van kitéve a már korábban megfogalmazott károsodásnak, amit a tradíció, a szakmai felkészültség és az edzettségi állapot hiánya okozhat. A mozgás iránti belső igény gyerekkorban természetes inger, melyet a civilizáció sok esetben sikeresen elsorvaszt.

Az influenszerek szerepe a fiatalok egészségmagatartásában és testképének alakulásában egyre jelentősebbé válik, különösen az olyan közösségi médiafelületeken, mint az Instagram. Pilgrim és Bohnet-Joschko (2019) kutatása szerint a divatinfluenszerek olyan egészséggel összefüggő témákról is posztolnak – például edzés, diéta, „fitspiration" –, amelyek erőteljes hatással lehetnek követőik táplálkozási szokásaira, testképére és önértékelésére. A tanulmány rávilágít arra is, hogy a közvetített ideálok, a megjelenített márkák, illetve az influenszerek „hiteles" életstílusa sok esetben torzíthatja a fiatalok egészséghez való viszonyát. Ezzel összhangban De Jans és munkatársai (2022) azt vizsgálták, hogy a különböző testalkatú influenszerek hogyan befolyásolják a 11–13 éves gyermekek egészséges ételválasztását. Eredményeik azt mutatták, hogy az influenszer testalkata és az általa promótált étel típusa szignifikánsan befolyásolja a gyerekek döntéseit – a túlsúlyos influenszer által reklámozott egészségtelen étel meglepő módon ösztönözte a gyerekeket egészségesebb alternatíva választására. Az influenszerek hatása a serdülők egészségmagatartására tehát jelentős lehet. Engel és munkatársai (2024) áttekintő tanulmányukban azt találták, hogy a közösségi médiában aktív influenszerek különböző – gyakran idealizált – életmódbeli és egészséghez kapcsolódó mintákat közvetítenek, amelyek hatással lehetnek a fiatalok testképére, táplálkozási szokásaira és pszichés jóllétére is. A kutatás a társadalmi tanulás szerepét hangsúlyozza.

A kulturális kontextus fontosságát Albeshry és munkatársai (2024) mutatták be szaúd-arábiai fiatal nők körében végzett vizsgálatukban. A szerzők arra ju-

tottak, hogy a divatinfluenszerek hatása erősen függ a követők társadalmi hátterétől, iskolai végzettségétől, valamint attól, milyen gyakran követik ezeket a szereplőket. Az egészségtudatos viselkedésre ösztönző hatás például csak azoknál volt kimutatható, akik tudatosan szelektálták az influenszerek által megosztott tartalmakat. A mindennapos testnevelés bevezetése Szent-Györgyi Albert alábbi gondolatán alapul:

> Úgy értesültem, hogy még mindig vannak iskolák, ahol napi 5 órás a tanítás, de csak heti 2 tornaóra van. Ahol tehát három napra előre kell a gyerekeknek magukat kimozogniuk. Hát tudnak az Urak három napra előre enni vagy aludni? (Szent-Györgyi, 1930).

Habár a mindennapos testnevelés bevezetése az általános iskolákban sok nehézségbe ütközik, de a testnevelőtanárok által vezetett órákról nem szabad lemondani, sőt középiskolás és egyetemi szinten is be kellene vezetni, hiszen kutatások tucatja bizonyítja, hogy a fejlődésben lévő szervezetnek is szüksége van rendszeres testmozgásra.

A gyermek- és ifjúkor a legalkalmasabb időszak a helyes szokások és a mozgás iránti igény kialakítására. De ez a mondat igaz ellenkező esetben is, azaz a mozgásszegény életmód kialakulásának is a melegágya, mely a mozgás reflexszerű igényeit is elsorvasztja.

Sokan érzik, sőt tudják, hogy az életmód-változtatásra szükség volna. De hogyan? Az egészség egy különálló iparággá nőtte ki magát, mely iparág piaci szereplői (szolgáltatók, termékforgalmazók stb.) minden lehetőséget megragadnak és kihasználnak, hogy az egészség zászlaja alatt minél több árut eladhassanak nekünk. Számtalan „legjobb módszer" és termék kering a világban, sikertörténetek és végeláthatatlan kutatási eredmények, melyek mindig valamelyik cég termékét részesíti előnyben. A kulcs az egészség megőrzéséhez és fejlesztéséhez bennünk van elsősorban. Fel kell ismernünk az egészség értékét, és életmódunk meghatározó hálójává kell alakítsuk. Az egészségtudatos gondolkodás kialakításához és a mindennapi életben való alkalmazásához szakemberek bevonása célszerű, akik meg tudják különböztetni a reklámfogásokat a ténylegesen hatékony, személyre szóló egészségfejlesztési programoktól. Gyakran előforduló motiváció sajnos magának a betegségnek a megélése és az abból való hosszú felépülés, tünetmentesé válás. Minél komolyabb a betegség, annál komolyabb tud lenni az elhatározás a meggyógyulás utáni életmódváltásra. Mennyivel egyszerűbb lenne megelőzni a bajt, de akkor még az átélt szenvedés hiánya nem okoz önmagában késztetést a változtatásra. A kezdetben jelentkező, sokszor leküzdhetetlennek látszó akadályok is áthidalhatóbbak, ha nem a tiltások kapják a

legnagyobb hangsúlyt, hanem az egészség fogalmának ismerete és az, ha tisztában vagyunk az egészségtelen életmód károsító folyamatával és az egészséges életmód számtalan előnyével (Fritz, 2009).

Az egészség társadalmi meghatározói (SDH – Social Determinants of Health) közé az Egészségügyi Világszervezet (Wilkinson és Marmot, 2003) besorolta a stressz mellett a társadalmilag hátrányos helyzetet, a koragyermekkori környezetet, a társadalmi kirekesztést/befogadást, a szociális támogatást, a munkát (munkanélküliséget), az élelmezést és a közlekedést. Érezhető, hogy az eltelt több mint két évtized során ezek a determinánsok csak megerősödtek, és szélesebb körben váltak kardinálissá. A globalizációs folyamatok hatására újfajta egészségdeterminánsok kerültek előtérbe, mint például piaci globalizáció, egészséginformációk, növekvő egészségegyenlőtlenségek nemzetközi viszonylatban, növekvő szociális bizonytalanság és szegénység, új kereskedelmi és fogyasztási struktúrák, növekvő medikalizáció és individualizáció, környezetszennyezés és urbanizáció. Az egészségfejlesztők munkáját segíti, hogy széles és megbízható tudásbázissal rendelkeznek azokról a determinánsokról, amelyek a népesség egészségi állapotának tartós javulását eredményezték. Általában elmondható, hogy ezek az egészséget támogató közpolitikai környezet tényezői, mint például a javuló lét- és jogbiztonság, az erősödő társadalmi kohézió, az egészséges értékrend és a tudatos egészségmagatartás térnyerése, az egészségügyi ellátások fejlődése, valamint a betegségmegelőző egészségfejlesztési tevékenységek.

A rekreációs céllal végzett mozgásos tevékenység ugyanúgy életünk részévé kell hogy váljon, mint a munka, a táplálkozás, az alvás mint szükségszerű és nélkülözhetetlen élettevékenység.

Az elmúlt évtizedekben többször történt jó szándékú kísérlet arra, hogy a nemzet egészsége érdekében a rendszeres edzést gyermekkortól az időskorig meghonosítsák. Minden esetben igen hamar kiderült, hogy az ilyen (egyébként elméletileg nélkülözhetetlen és a törekvések tendenciáját tekintve szükséges) feltételek megteremtéséhez szükséges anyagi fedezet több évtizedre előre tekintve sem fog rendelkezésre állni. Ezt az űrt a magántőke megjelenése kezdi kitölteni annyi különbséggel, hogy nem nemzeti célként fogalmazódik és valósul meg egy-egy egészségközpont, hanem a piaci viszonyok ismeretét figyelembe véve célpopulációk számára, az igényszint felkeltése, a fizetőképes kereslet elérése végett.

Igenis komolyan befolyásolja az egyének, családok anyagi helyzete a rekreációs tevékenységek beépülését a mindennapjaikba és azon belül a tevékenységek fajtáinak kiválasztását. Ezen tények ismeretében mégis hangsúlyozni szükséges, hogy nem szabad lemondani a rekreációs tevékenységek fontosságának hirdetéséről és széles körű alkalmazhatóságáról! Ha olyan tevékenységformát tudunk ajánlani, mint gyaloglás, kocogás, futás, kerékpározás stb., akkor tulajdonképpen

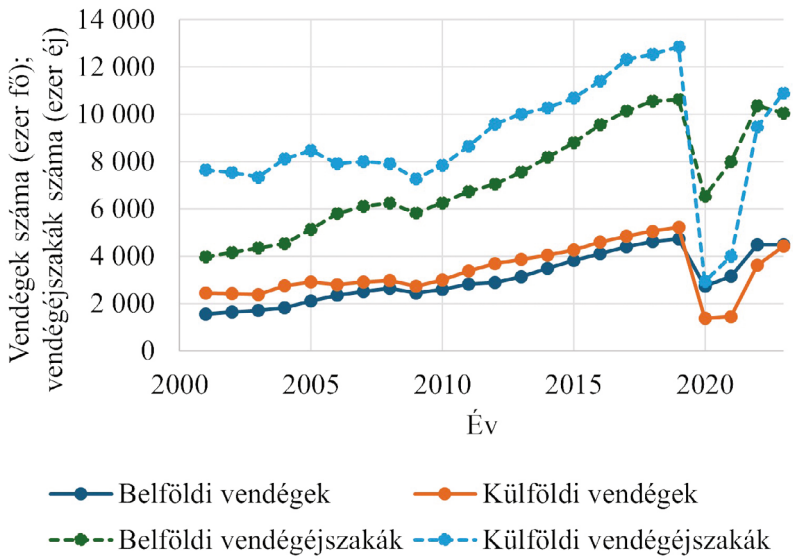
a személyi felszerelésen túl – ami sajnos nem megkerülhető és egyre komolyabb költség – további költségkihatással e téren nem szükséges számolni.

Természetesen ez nem zárja ki azt, hogy akik a költségigényesebb edzésformákhoz szükséges létesítményekhez (terem, uszoda stb.) és szakember irányításához (aerobikvezető, testnevelő tanár, kondícióedző, rekreátor stb.) hozzájuthatnak, ne élhetnének ezzel. A rekreációs szakirodalom terjesztése nem igényel milliárdos nagyságrendű beruházásokat, hosszú időt igénylő szakemberképzést. Azaz, míg a feltételek kialakulnak szélesebb társadalmi rétegek számára is, addig mód van arra, hogy megfelelő tájékoztatást nyújtó szakanyagok, előadások útján történő ismeretterjesztés nyomán az egyén azonnal megkezdhesse a rekreációs edzéseket (Fritz, 2009).

A hazai turizmusban megjelenő, életmódot érintő trendek

A divat természetesen nemcsak az életmód mindennapi tevékenységeit célozza meg, hanem más rekreációs tevékenységben is megjelenik. Az 1980-as éveket jellemző divat síelési hullám olyan jellemző úticélok felé irányult, mint a korabeli csehszlovák Donovaly, Ótátrafüred és Tátralomnic (Hernádi, 2013). Ezután következtek az 1990-es évek extrém sportágainak megjelenései, mint például a BMX-ezés vagy a gördeszkázás, habár korábban is létezett például a rádiós tájfutás, a gázálarcban motortolás, illetve a korabeli könnyűbúvárkodás (Kolbert & Barakonyi, 2015), illetve az unalom megelőzését célzó, a kiszámítható kockázatot mint motivációt kielégítő olyan – korábban csak külföldön elérhető – „rizikósportok", mint a bungee jumping, a canyoning vagy akár a rafting (Opaschowski, 2000). Majd a 20. század végére hazánkban is megjelent a gyógyturizmus mellett, és a 21. századra megújult a prevenciós, rekreációs szemléletet jelentő egészségirányzat, a wellness. Ezen evolúciós folyamat jelenleg is tart, melyből újabb irányzatok nőnek ki, például selfness, de ami egyre erősebb a keresleti oldalon, az az egészségközpontúság, a minőségi és hosszú élet elérése, divatos kifejezéssel: longevity, melyben számos tudományterület összefonódva tud elérni eredményeket.

A szállodaberuházások és a növekvő vendégforgalom azt mutatja, hogy a hazai szállodák sikeresek, keresettek mind a hazai lakosság, mind a külföldiek, mind a szabadidős, mind pedig a hivatásturisták körében. Habár a Covid a 2020. évben a belföldi vendégek számában 42%-os, a külföldiek esetében 78%-os, a belföldi vendégéjszakák számában 39%-os, a külföldi vendégéjszakák számában pedig 77%-os visszaesést eredményezett, a 2023. évben már közelítette a járvány előtti időszak számadatait a hazai hotelek statisztikája *(7. ábra).*



7. ábra. Külföldi és belföldi vendégek, illetve vendégéjszakák alakulása 2001–2023 között.

A működő szállodai egységek száma folyamatosan bővült: 736-ról (2001 – KSH, 2022a) 1008-ra (2023 – KSH, 2024d) emelkedett a covid ellenére, ráadásul az új szállodák között számos három- és többcsillagos található.

A jellemzően három-öt csillagos wellness-szállodák az egészséges életvitelhez szükséges különféle szolgáltatásokat nyújtanak. Az 54/2003. (VIII. 29.) GKM-rendelet deklarálta először a wellness-szálloda profilt a hozzá kötődő szolgáltatásokkal (amely rendelet 2008. május 16-án hatályát vesztette). 2004-től már a KSH-statisztikákban is megjelent, ám a 2013. évtől nem. Ám ebben az egy évtizedben is jól látható volt a tendencia: az egészségprofilú szállodák piacának több mint háromnegyedét uralták a wellness-szállodák (Magyar, 2016). Ezután a Magyar Szállodák és Éttermek Szövetsége működtetett szintén tíz éven át wellness-szálloda védjegyet, a magukat minősíteni kívánt hazai hotelek számára. Habár a jelenlegi, kötelező szállodai minősítés a wellnesst nem determinálja, mint minősíthető profilt (MTMT, 2022), ám a piaci keresleti tendenciákhoz igazodóan számos hazai szállodában találhatunk több-kevesebb aktív-passzív wellness és egészségfejlesztő szolgáltatást.



4. kép. Divatos edzőterem.

A belföldi turizmus jelentős részét teszi ki az egészségturizmus, habár a 2023. évben a turisták motivációs rangsorában a 2–4 napos utazások során az 5., míg az öt és annál több napos utazásoknál a 6. helyen áll az egészségmegőrzés (megelőzi például a kulturális és sportrendezvények látogatása, illetve az iskolai tanulmányutakon, táborokban való részvétel és hivatali célból történő utazások – KSH, 2024c). Mindannyian tapasztalhattuk, hogy divatossá vált a két-három napos, hosszú hétvégés wellness-utakon való részvétel, amely mindenféleképpen üdvözítő, de fontos hangsúlyozni, hogy a rendszeres mozgásos tevékenységet, amely életmódunk részévé kell váljon, nem lehet éves szinten egy-két ilyen rövid időtartamú életmód-szolgáltatással helyettesíteni.

Összegzés

Az életmód és a divat közötti kölcsönhatások számos területen megfigyelhetők. Az életmód magában foglalja az egyén által választott tevékenységeket és magatartásokat, amelyeket társadalmi és gazdasági tényezők is befolyásolnak. A divat magában a stílusban megnyilvánuló trendeket jelenti, amelyek szintén kifejezik az egyén életmódját.

Az életmód és a divat közötti kapcsolatok egy lehetséges csoportosítása:

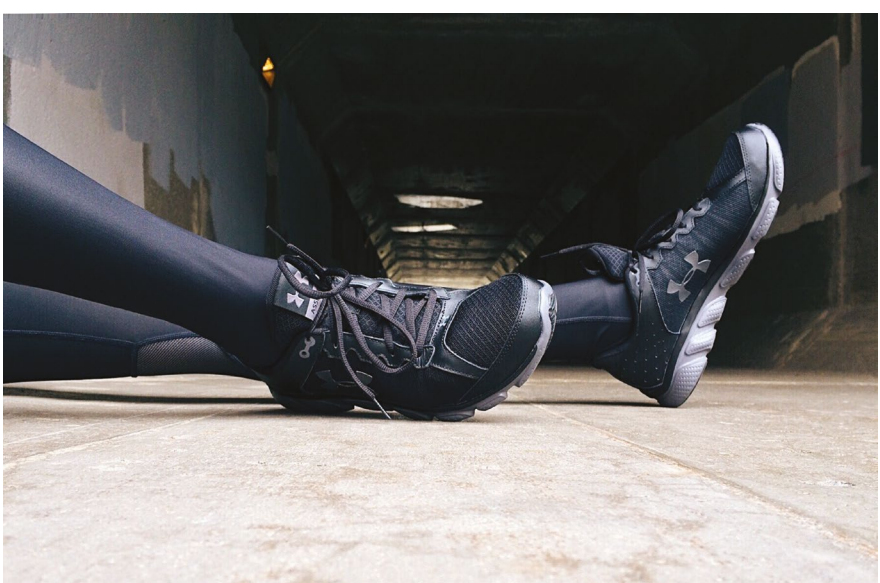
- Kommunikáció: a divat és az öltözködés a kommunikáció eszközei. A ruházat és a stílus árulkodik az illető életmódjáról, zenei ízléséről, gon-

dolkodásáról, életfilozófiájáról, valamint, hogy milyen szubkultúrához tartozik.

- Technológia: a technológia fejlődésével a divat mindenki számára elérhetővé vált. Az internet és a közösségi hálózatok lehetővé teszik az emberek számára, hogy megosszák saját életmódjukat és divatstílusukat, valamint maga a technológia és annak szolgáltatási megnyilvánulásai is egyfajta divat, amely komoly kihatással lehet az életmódra. Egyre több egészséget célzó applikáció és eszköz áll rendelkezésre, amelyek igen komoly hatást tudnak gyakorolni az életmódunkra pozitív értelemben is.
- Egészség: az életmód gyakran kapcsolódik az egészséges életmódhoz, amely magában foglalja a helyes táplálkozást, a testmozgást és a regenerációt. Ez a szemléletmód hatással lehet a divatra is, például az egészséges életmódhoz kapcsolódó ruházati, táplálkozási, valamint okoseszközök trendként történő megjelenése.

Az életmód és a divat szoros kapcsolatot képeznek egymással, mindkettő kifejezi az egyén identitását és értékeit.

Összegezve elmondhatjuk, hogy a divat a mozgásos életmódra ható tényező, mely manapság elszakíthatatlan kapcsolatban jelentkezik a mindennapok szintjén. Megítélése mégis kettős.



5. kép. A testmozgás és a viselet mint divat.

Döntéseinket gyakran professzionális marketingpácba helyezett egészségszlogenek befolyásolják. Ehelyett inkább szakembereket kellene bevonni a rekreációs színterekbe.

A divat lehetőségek tárháza, de ahhoz, hogy mozgásos életmódunkat formálni tudja, elsősorban saját magunkra van szükség, és az egészséges életmódhoz szükséges szabályok betartására.

Életmódunk alakítása és egészségünk fejlesztése érdekében nagyon sokat és sokféleképpen tehetünk, viszont be kell lássuk, hogy szakmai ismeretek és szakemberek segítsége nélkül felelőtlenség egyéni akciókba kezdeni, különböző divatirányzatok és kitalált reklámok hatására cselekedni.

A rekreáció tudatos és szakszerű használatával alakíthatjuk mindennapjainkat, és garantálhatjuk ezzel mindannyiunk számára a minőségi életet. Jöjjön divatba az egészség, de fontos hangsúlyozni, hogy a rekreáció mindenkié, csak élni kell a lehetőségekkel!

AZ EGÉSZSÉG ÉS AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS ÉRTELMEZÉSE, FOGALMA

Fritz Péter – Patakiné Bősze Júlia

A *Magyar értelmező kéziszótár s*zerint az egészség „[a]z életműködés zavartalansága, a szervezet, illetve a szervek betegség nélküli állapota" (Juhász et al., 1989). Az egészség azonban napjainkban már messze túlmutat ezen a szűk, biomedikális megközelítésen. A fogalom társadalmi, mentális és életminőségi aspektusai egyre hangsúlyosabbá válnak. Kinek a betegség hiánya, kinek a mindennapi tevékenységekre való képesség, másnak a jó erőnlét, jó közérzet vagy éppen a boldogság jelenti az egészséget. Az egészség tehát dinamikus állapot, amely időről időre, sőt napról napra változhat, és amelyre biológiai, pszichológiai, társadalmi, sőt digitális tényezők is hatást gyakorolnak (Kickbusch, 2019). Az Egészségügyi Világszervezet korszerű megközelítése is az egészséget egyfajta alkalmazkodási kapacitásként értelmezi: az egyén azon képességeként, hogy kezelni tudja a mindennapi élet fizikai, érzelmi és társadalmi kihívásait. Sikeres adaptáció viszont csak megfelelő egészségi állapotban lehetséges. Az egészséget sokszor abszolút kategóriaként kezeljük – vagy egészséges valaki, vagy beteg –, holott a valóságban inkább egy kontinuumon képzelhető el. Amikor tehát azt

mondjuk, hogy javítjuk az egészségi állapotot, akkor valójában az élet minőségének javítását, az egyéni jóllét szintjének növelését értjük alatta (Sartorius, 2006).

A betegségek elkerülése, illetve az egészség megőrzése mindig is fontos volt az emberek számára a történelem folyamán. Az egészség mint kiemelt, sokszor idealizált érték keresése különösen a 20. század utolsó évtizedeiben erősödött fel, részben a technológiai és orvostudományi fejlődés, részben pedig a médiában uralkodó szépség- és egészségideálok hatására. Ebben az értelmezésben a betegség sokszor csupán múló funkcionális zavar, míg az egészség egyfajta megvásárolható termékké válik, amely elérhető különféle szolgáltatások és fogyasztási cikkek révén. Ezekkel a nézetekkel valójában legtöbbször csak elhárítjuk a felelősséget önmagunkról, illetve eltereljük a figyelmet a főbb, de többnyire összetett okcsoportokról.

Napjaink digitális társadalmi kontextusában ezt a folyamatot tovább erősíti a közösségi média szerepe az egészségtudatosság formálásában. A digitális platformokon megjelenő egészségügyi és táplálkozási tartalmak, normák és influenszerkommunikációk számottevően befolyásolhatják az egészséggel kapcsolatos döntéshozatalt. Az online térben kialakuló ideálok egyaránt erősíthetik a megfelelési kényszert és ösztönözhetik az egészségesebb viselkedésformák kialakulását, különösen a fiatalabb generációk körében (Chidambaram et al., 2024).

Az egészség fogalmát évezredeken át a holisztikus szemlélet határozta meg, amely az embert testi, lelki és szellemi egységként kezelte. A 19. század közepére azonban a megközelítés egyre inkább a betegség oldaláról történt: az egészséget a betegség hiányaként értelmezték, azaz az életműködés zavartalan, kórokozóktól mentes állapotaként. Ettől az időszaktól kezdve az orvoslást és az egészség meghatározását is dominánsan a biológiai szemlélet uralta, ami a biomedicinális felfogásban öltött testet: a testre, illetve a kórokozókra irányuló, kuratív felfogás jellemezte. Az 1900-as évek első évtizedeiben jelent meg az igény az egészség – pontosabban a betegség – lélektani megközelítésére is. A pszichoszomatika volt az első olyan modern tudományos irányzat, amely felismerte, hogy egyes betegségek mögött lelki tényezők is meghúzódhatnak. Elsősorban Freud és Jung munkásságához kötik az 1940-es évekre Európa-szerte elterjedt pszichoszomatikus egészségfelfogást. A korai pszichoszomatikus kutatások elsősorban a szorongás és a distressz szerepét hangsúlyozták a betegségek kialakulásában. Ezen belül is két fő irányzatot tartanak számon, a pszichodinamikai és a pszichofiziológiai megközelítést. Ezek szerint a lelki folyamatok a vegetatív idegrendszer közvetítésével hatnak a testi működésekre. A pszichoszomatikus szemlélet egyik legnagyobb érdeme, hogy az addig filozófiai vagy vallási síkon

kezelt test-lélek problémát tudományos, pszichológiai kutatás tárgyává tette (Kulcsár, 1998).

Az 1950-es évektől kezdve fokozatosan megjelent az a szemlélet, amely a test és a lélek egységes működését a társadalmi és környezeti tényezők függvényében vizsgálta. Ennek egyik legismertebb tudományos kerete Engel bio-pszicho-szociális modellje, amely szerint az egészség és a betegség nem érthető meg pusztán biológiai alapon, hanem a pszichológiai és társadalmi tényezők együttes figyelembevételét igényli. Így tehát az egészség fogalma kiterjesztődik az egyén természeti és társadalmi környezetével fennálló kapcsolatának minőségére is.

1948-ban az Egészségügyi Világszervezet az egészséget úgy határozta meg, mint a „teljes fizikai, mentális és szociális jólét állapotát, és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiányát" (WHO, 1948). Bár ez a meghatározás a maga idejében forradalminak számított, és a mai napig gyakran hivatkoznak rá, azóta számos kritika és továbbgondolás is született. A korszerűbb értelmezések az egészséget már nem csupán a biológiai vagy orvosi értelemben vett test működésére korlátozzák. Egyre inkább előtérbe kerül a lelki és szellemi jóllét – például az önkiteljesedés, a belső egyensúly és az érzelmi stabilitás –, valamint a társas kapcsolatokban megélt harmónia és társadalmi beágyazottság szerepe is (Sartorius, 2006). Ugyanakkor széles körben elismert nézet, hogy a „teljes jóllét" állapota ritkán érhető el maradéktalanul, így a definíció gyakran idealisztikusnak bizonyul (Schramme, 2023). Ezért ma is használatosak olyan pragmatikusabb megközelítések, amelyek az egészséget a test és a tudat harmonikus állapotaként, valamint az életfeladatok megvalósítását lehetővé tevő funkcionális kapacitásként értelmezik.

Az egészség mint dinamikusan változó életvitel azt jelenti, hogy a személyiség a belső környezetével és a körülötte lévő természeti és társadalmi környezettel állandó, alkalmazkodó és alakító kölcsönhatásban áll. Az egészség fogalmának modern értelmezése tehát kulcskérdés. Messzemenően befolyásolja ugyanis az egészségmegőrzés, az egészségfejlesztés és az egészségnevelés elméletét és gyakorlatát.

Az egészséget mai dinamikus értelmezésében nem lehet dichotomizálni, vagyis nem mondhatjuk egyszerűen azt, hogy vagy van, vagy nincs. E szemlélet az egészség–betegség polarizációjának meghaladását jelenti, hiszen a betegség hiánya nem feltétlenül jelenti az egészség meglétét. Ha valaki nem beteg, még nem jelenti azt, hogy ugyanolyan egészséges, mint minden más, nem beteg ember a környezetében. Ez mutatja, hogy az egészség folyamatként kezelendő, amelynél nem a betegség hiánya az egyetlen meghatározó tényező, hanem az egészség fejlesztésének eredményessége is, amely a mindennapokban az egész-

ségtudatos életmód kialakításával érhető el. Ezt a szemléletet a mentális egészség területén Keyes (2002) kontinuummodellje is alátámasztja.

Az egészséggel kapcsolatban a kutatók pozitív és negatív megközelítési módot használnak. Az egészség kulcsfogalmához ugyanis nem csupán megőrző, védekező elem társul, hanem döntően tevékeny, aktív összetevő is. A pozitív egészség a tényleges jóllét és erőnlét magas szintjét foglalja magában, míg a negatív egészség fogalma minden olyan állapotot leírhat, amelyben az egyén valamilyen nem kívánatos, betegséggel, korlátozottsággal vagy funkcióvesztéssel él. Az egészség fogalmában tehát az ember testi, lelki állapotának és szociális helyzetének egyensúlya jelenik meg, nem pedig valamiféle abszolút „tökéletes egészség". A pozitív egészség egyben lehetőséget és képességet takar, azaz az életvezetés sikerességének feltételét jelenti. Sturmberg (2021) szerint az egészség és a betegség nem statikus kategóriák, hanem egy komplex adaptív rendszer dinamikus állapotai, ahol a testi, lelki és szociális komponensek kölcsönhatása határozza meg a pillanatnyi állapotot. A salutogenetikus megközelítés ezt tovább árnyalja: az egészség nem csupán a betegség hiánya, hanem erőforrások aktív mozgósítása a jóllét előmozdításához.

A magyar lakosság egészségi állapotát tükröző morbiditási és mortalitási statisztikák továbbra is aggasztó képet mutatnak. Számos kutatás próbálta feltárni a háttérben meghúzódó okokat, illetve irányt mutatni a lehetséges beavatkozásokhoz. A különféle nézőpontok ellenére általános egyetértés mutatkozik abban, hogy az életmód, az életvitel, valamint az egészségtudatos magatartás meghatározó szerepet játszik a kedvezőtlen tendenciák alakulásában (GBD 2019 Risk Factors Collaborators, 2020).

A fizikai aktivitás szintje világszerte aggasztó tendenciát mutat mind a felnőttek, mind a gyermekek körében. Az Egészségügyi Világszervezet jelentése szerint a felnőttek jelentős része nem teljesíti a minimálisan ajánlott heti 150 perc mérsékelt intenzitású vagy 75 perc erőteljes fizikai aktivitást. Még kedvezőtlenebb a helyzet a gyermek- és serdülőkorúak esetében, ahol a többség nem éri el a napi legalább 60 perc közepes vagy magas intenzitású mozgás szintjét (WHO, 2022). Ez az összehasonlítás rávilágít arra, hogy a mozgásszegény életmód már egészen fiatal korban elkezdődik, és megfelelő megelőző lépések nélkül hosszú távon fennmaradhat, jelentősen befolyásolva a felnőttkori egészségi állapotot.

A felnőtt lakosság fizikai aktivitási szintje számos vizsgálat szerint elmarad a kedvezőbb nemzetközi mintázatoktól. Az okok értelmezése összetett, de az irodalom egyértelműen rámutat arra, hogy a gyermek- és serdülőkorban megvalósuló nevelési és szocializációs hatások hosszú távon meghatározzák a mozgáshoz való viszonyt. A korai életszakaszban szerzett pozitív mozgásos tapasz-

talatok és élmények hosszú távon meghatározhatják a fizikai aktivitáshoz való viszonyt és az aktív életmód fenntarthatóságát (Telama, 2009).

Ez a gondolat nem új keletű. Az egyén életének korai, érzékeny időszakában szerzett élményszerű tapasztalatok tartósan megalapozhatják a testkultúrához való pozitív kötődését. A későbbi fejlődéslélektani és sportpedagógiai kutatások egyre inkább a korai gyermekkor jelentőségét emelik ki, mint szenzitív időszakot az attitűdformálás és a szokásrendszerek kialakulása szempontjából.

Hasonló összefüggések figyelhetők meg más – nem kizárólag sportjellegű – életmódelemek esetében is: a gyermek- és fiatalkor meghatározó periódus az egészségmagatartás, az értékorientáció és a viselkedésminták strukturálódásában. A rekreáció elméleti keretében ezért a korai életszakasz nem csupán életkori kategóriaként, hanem hosszú távú életmód-determinációs perióduskénti értelmezhető.

Bár a közbeszéd gyakran inkább a betegségekre és azok következményeire irányítja a figyelmet, mintsem az egészség megőrzésére, fontos hangsúlyozni az egyéni felelősség szerepét az egészségi állapot alakulásában. A krónikus megbetegedések elsősorban a felnőtt és idős korosztályt érintik, és jelentősen befolyásolják az életvitel különböző területeit – többek között a táplálkozást, a fizikai aktivitást és a regeneráció lehetőségeit. A felnőttkori egészségi állapot azonban nem csupán aktuális döntések következménye, hanem korábbi életszakaszokban megalapozott szokásrendszerek eredője is. A gyermekkorban kialakított egészségmagatartási minták hosszú távon hozzájárulhatnak a kedvezőbb egészségi állapot fenntartásához (Telama, 2009).

Az Egészségügyi Világszervezet az egészség kulcsfontosságú sajátosságait így határozta meg: az egészség a mindennapi élet erőforrása, nem pedig az élet célja. Olyan pozitív fogalomról van szó, amely hangsúlyt fektet a társadalmi és egyéni erőforrásokra éppúgy, mint a fizikai kapacitásra (WHO, 1986).

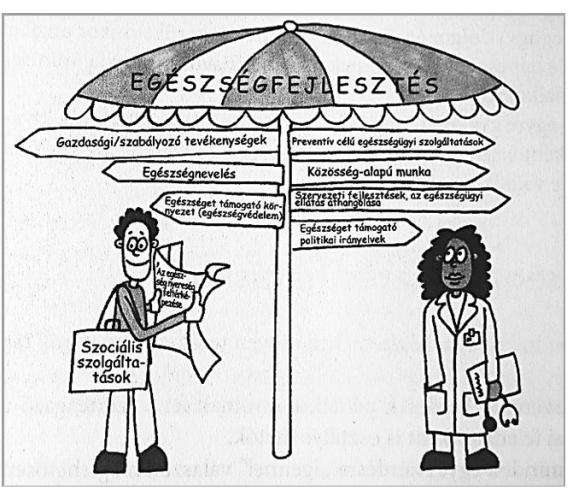
Az egészség teljességéhez napjainkban mind gyakrabban társítjuk a biológiai, pszichikus és szociális komponensek mellett az erkölcsi és spirituális vonatkozásokat is: az önmagunkkal való megelégedettséget, a társadalmi normákhoz fűződő belső harmóniát, a vallási vagy egzisztenciális meggyőződést, a belső békét és a másokhoz való viszony minőségét. Az egészség spirituális oldala az ember belső megnyugvását, a stresszel való magasabb szintű megküzdést, a humanitást, a másság elfogadását és a társas felelősségvállalást is magában foglalhatja (de Brito Sena et al., 2021; Khalili Khouzani et al., 2025).

Az egészségtudat fogalmával számos szakirodalomban találkozhatunk, de ahány szerző, annyi megközelítés jelenik meg ebben a kérdésben is. Általánosságban az egészségtudatos magatartás olyan szemléletet és életvitelt jelöl, amelynek során az egyén döntéseiben fontosnak tartja és érvényesíti az egészség

szempontjait saját maga és környezete érdekében; szokásainak tudatos kontrollálásával – például helyes táplálkozással, rendszeres testmozgással, az egészségkárosító magatartások kerülésével – tevékenyen részt vesz egészségének fejlesztésében; elsajátítja a laikus segítség és az önsegítés képességeit; továbbá az egészségügyi ellátással kapcsolatban tájékozott, felelős magatartást alakít ki.

A kutatások régóta vizsgálják, hogy léteznek-e fokozott és csökkent egészségtudattal jellemezhető személyek. A korábbi eredmények alapján az egészségmagatartás hullámzó, kevéssé stabil jelenségnek bizonyult, és az egyes faktorok között gyakran alacsony korreláció mutatható ki. Ez arra utal, hogy az egészségmagatartás nem egységes, hanem több, egymástól részben független viselkedésmintázat együttese.

Az egészségmagatartás ugyanakkor nem kizárólag tudatos döntések eredménye. Az élő szervezet önfenntartásra törekszik, így szükségképpen létezik nem tudatos egészségmagatartás is. Az utóbbi évek egészségmagatartási kutatásai megerősítették, hogy számos egészséghez kapcsolódó viselkedés – például a fizikai aktivitás elhanyagolása, az egészségtelen táplálkozás vagy az alváshiány – nem egyszerűen tudatos döntések következménye, hanem automatizált, szokásalapú viselkedésminták eredménye. Ezek gyakran környezeti ingerekhez vagy rutinokhoz kapcsolódnak, és csak nehezen módosíthatók pusztán információközlés révén. A modern megközelítések, mint például a „nudge" elmélete, arra építenek, hogy a környezeti feltételek tudatos átalakításával – például az egészséges választások láthatóbbá és könnyebben hozzáférhetővé tételével – befolyásolni lehet ezeket az automatikus döntéseket (Marteau et al., 2011; Wood & Rünger, 2016).



6. kép. Az egészségfejlesztés.

Az egészség dinamikus értelmezése magában foglalja azt is, hogy az egészség fenntartása és fejlesztése folyamatos tevékenységet igényel. Az egyén belső állapotát és egészségi helyzetét számos külső és belső hatás együttesen befolyásolja, így a személyes élettörténet, az örökletes adottságok, a társadalmi viszonyok, az elfogadott értékek és normák, a munka- és életkörülmények, valamint a társas kapcsolatok minősége. Az egészségfejlesztést ezért e komplex hatásrendszer figyelembevételével, az egyéni képességek és készségek által meghatározott keretek között kell megvalósítani.

Az egészségfejlesztés olyan átfogó folyamat, amely magában foglal minden olyan nem terápiás beavatkozást, amely az egészség megőrzését, fejlesztését és javítását szolgálja, valamint hozzájárul a magatartási és környezeti eredetű egészségi problémák megelőzéséhez. Az egészségfejlesztés egységes fogalmi keretbe integrálja az egészségnevelés, az egészségfelvilágosítás, az önsegítés és a prevenció különböző formáit (Ewles & Simnett, 2013).

Az egészségfejlesztés alapvető célja, hogy képessé tegye az egyéneket és közösségeket arra, hogy nagyobb kontrollt gyakoroljanak saját egészségük felett. Ez a megközelítés az egészséget nem csupán állapotként, hanem erőforrásként értelmezi, amely lehetővé teszi az egyén számára, hogy aktívan részt vegyen saját életének alakításában.

Az egészségfejlesztés szemléletében az 1980-as évektől kezdődően jelentős változás következett be. A hagyományos, elsősorban egyéni viselkedésre fókuszáló megközelítések mellett egyre nagyobb hangsúlyt kaptak azok a stratégiák, amelyek a társadalmi és környezeti feltételek alakítására irányulnak. Az egészségfejlesztés így a nevelési és információátadási tevékenységek mellett a társadalmi, gazdasági és politikai beavatkozások szintjén is értelmezhetővé vált.

Az Ottawai Charta az egészségfejlesztés egyik legfontosabb alapdokumentuma, amely meghatározza az egészségfejlesztési tevékenység alapelveit és fő területeit (WHO, 1986). A dokumentum szerint az egészségfejlesztés az a folyamat, amely képessé teszi az embereket arra, hogy növeljék befolyásukat az egészségüket meghatározó tényezők felett, és ezáltal javítsák egészségi állapotukat.

Az Ottawai Charta öt kulcsfontosságú cselekvési területet határoz meg: az egészséget támogató közpolitikák kialakítását, a kedvező környezet megteremtését, a közösségi cselekvés erősítését, az egyéni készségek fejlesztését, valamint az egészségügyi rendszer átalakítását. Ezek a területek együttesen biztosítják azt a komplex keretet, amelyben az egészségfejlesztés hatékonyan megvalósítható.

Az egészségfejlesztés nemcsak egyéni, hanem közösségi és társadalmi szintű feladat is. Bár az egyéni döntések szerepe meghatározó, ezek a döntések mindig társadalmi és kulturális kontextusban születnek. Az egyén viselkedése így az egyéni és környezeti tényezők kölcsönhatásának eredménye.

Az egészségmagatartás kialakulásában a társadalmi normák, az értékrendszerek és a gazdasági feltételek egyaránt szerepet játszanak. A modern népegészségügyi megközelítések ezért hangsúlyozzák az egészség társadalmi meghatározóinak jelentőségét, valamint az egészségegyenlőtlenségek csökkentésének szükségességét (Kickbusch et al., 2016).

A digitalizáció új dimenziókat nyitott az egészségfejlesztésben. Az egészségügyi alkalmazások, viselhető eszközök és online platformok lehetővé teszik az egészségi állapot folyamatos nyomon követését, valamint a személyre szabott beavatkozásokat. Ugyanakkor ezek az eszközök új kihívásokat is jelentenek, különösen az egészségegyenlőtlenségek szempontjából, mivel nem minden társadalmi csoport fér hozzá azonos mértékben ezekhez a technológiákhoz (Chidambaram et al., 2024; Bitomsky et al., 2025).

Az egészségfejlesztés hatékonysága nagymértékben függ az egyének és közösségek aktív részvételétől. A részvétel elősegítésében kulcsszerepet játszik az önhatékonyság, a kontrollérzés és a motiváció, amelyek meghatározzák az egészségmagatartás kialakulását és fenntartását (Bandura, 1977; Williams & Rhodes, 2016).

A közösségi részvétel és a társadalmi támogatás nemcsak az egyéni egészségi állapotot befolyásolja, hanem az egészségfejlesztési programok sikerességét is meghatározza. Azok a közösségek, amelyekben erős a társadalmi kohézió és a bizalom, hatékonyabban képesek reagálni az egészségi kihívásokra.

Az egészségfejlesztés sikeressége szoros összefüggésben áll az egyének pszichológiai erőforrásaival és alkalmazkodóképességével. Az egyén és környezete közötti kölcsönhatás meghatározza az adaptáció sikerességét, amely közvetlen hatással van az egészségi állapotra. Az adaptáció nem csupán biológiai folyamat, hanem pszichológiai és társadalmi szinten is értelmezhető jelenség.

A társadalmi adaptáció egyik központi fogalma a kompetens viselkedés, amely az egyén azon képességét jelenti, hogy képes megfelelni a környezet által támasztott elvárásoknak, kezelni a különböző élethelyzeteket, valamint hatékonyan megküzdeni a problémákkal és konfliktusokkal. A kompetens viselkedés szorosan összefügg az önbizalommal, az önhatékonyság érzésével és a kontrollérzéssel (Bandura, 1977).

Az önhatékonyság jelentős szerepet játszik az egészségmagatartás kialakulásában és fenntartásában. Azok az egyének, akik képesnek érzik magukat saját egészségük befolyásolására, nagyobb valószínűséggel alakítanak ki egészséges életmódot, és hosszabb távon is fenn tudják tartani azt (Williams & Rhodes, 2016).

A kompetenciaérzés hiánya ezzel szemben negatív pszichés és viselkedéses következményekkel járhat. Az alacsony önértékelés, a kontrollérzés hiánya és a bizonytalanság hozzájárulhat a szorongás, a depresszió és a maladaptív viselke-

désformák kialakulásához. Ezek a tényezők egymást erősítve rontják az egyén egészségi állapotát.

A modern egészségpszichológiai megközelítések egyre nagyobb hangsúlyt fektetnek a pozitív pszichológia szerepére. A pozitív érzelmek és élmények nem csupán a pszichés jóllétet növelik, hanem hozzájárulnak a reziliencia kialakulásához, valamint az egészség megőrzéséhez és fejlesztéséhez is (Fredrickson, 2001).

A társas kapcsolatok minősége szintén meghatározó az egészség alakulásában. A társadalmi támogatás védőfaktorként működik, míg a kapcsolati konfliktusok, a társadalmi izoláció és a bizalom hiánya növelik a betegségek kialakulásának kockázatát. A társadalmi kohézió és a bizalmi háló megléte nemcsak az egyéni, hanem a közösségi egészség szempontjából is kulcsfontosságú.

A bizalom és az önbizalom egymással szorosan összefüggő fogalmak. A bizalom hiánya csökkenti a társadalmi együttműködés hatékonyságát, és kedvezőtlen hatással van az egészségfejlesztési programok eredményességére. Azok a közösségek, amelyekben magas a társadalmi tőke és erős a bizalmi struktúra, hatékonyabban képesek reagálni az egészségi kihívásokra.

A stressz napjaink egyik legjelentősebb egészségdeterminánsa. A krónikus stressz nemcsak a pszichés jóllétet rontja, hanem fiziológiai változásokat is előidéz, amelyek hozzájárulnak számos krónikus betegség kialakulásához. A stressz hatására aktiválódó neuroendokrin folyamatok hosszú távon káros hatással lehetnek a szervezet működésére (Lupien et al., 2009).

A modern társadalomban a stressz forrásai elsősorban szociális jellegűek, és gyakran kapcsolódnak a munkahelyi környezethez, a társadalmi elvárásokhoz és az életmódbeli kihívásokhoz. A gyorsan változó társadalmi és gazdasági környezet növeli az adaptációs terhelést, ami megnehezíti az egyensúly fenntartását.

A stressz hatásainak mérséklésében kulcsszerepet játszanak a megküzdési stratégiák, a társadalmi támogatás és a reziliencia fejlesztése. Az egészségfejlesztési programoknak ezért kiemelt figyelmet kell fordítaniuk a mentális egészség védelmére és a stresszkezelési készségek fejlesztésére.

Az egészségfejlesztés jövőbeli irányai között egyre nagyobb hangsúlyt kap a tudományos bizonyítékokon alapuló megközelítés, valamint a különböző tudományterületek integrációja. A hatékony egészségfejlesztés érdekében elengedhetetlen a népegészségügyi szakemberek, a döntéshozók és a társadalomtudományok képviselői közötti együttműködés.

A globalizáció és a technológiai fejlődés új kihívásokat és lehetőségeket teremt az egészségfejlesztés területén. Az egészségdeterminánsok köre folyamatosan bővül, és egyre inkább magában foglalja a gazdasági, környezeti és digitális tényezőket is.

Az egészségfejlesztés alapvető célja, hogy képessé tegye az embereket arra, hogy tudatosabban és aktívabban vegyenek részt saját egészségük alakításában. Ez magában foglalja az egészségügyi ismeretek bővítését, a készségek fejlesztését és a támogató környezet kialakítását.

Az egészségfejlesztés tehát komplex, multidiszciplináris folyamat, amely az egyéni, közösségi és társadalmi szinteken egyaránt megvalósul. Az egészség nem csupán egyéni állapot, hanem társadalmi érték is, amelynek megőrzése és fejlesztése közös felelősség.

Az egészségfejlesztés fogalmának hazai szakirodalmi megközelítése szerint az egészségfejlesztés mint folyamat magában foglalja mindazon nem terápiás intézkedéseket, amelyek az egészség megőrzését, fejlesztését és javítását szolgálják, valamint hozzájárulnak a magatartási és/vagy környezeti eredetű egészségi problémák megelőzéséhez és kezeléséhez. Az egészségfejlesztés egységes fogalmi keretbe integrálja az egészségfelvilágosítás, az egészségnevelés és -tanítás, az önsegítés, valamint a prevenció különböző részstratégiáit (Fritz & Bősze, 2019).

Az egészségfejlesztés korszerű szemlélete olyan megújulást igényel, amelyben az egészségfejlesztés egyre inkább komplex életmódprogrammá válik. Ez a megközelítés a társadalom egészére kiterjed: idősekre és fiatalokra, nőkre és férfiakra, egészségesekre és betegekre egyaránt. Az új szemléletű egészségfejlesztés egyik legfontosabb eleme a személyiségfejlődés támogatása, amely hozzájárul az életöröm megéléséhez, az adaptív megküzdéshez és az életminőség javításához. Ebben a szemléletváltásban kulcsszerepet kapnak az egészséggel kapcsolatos multidiszciplináris kutatások eredményei, valamint azok hatékony gyakorlati alkalmazása.

A megváltozott társadalmi és gazdasági környezetben a munkahelyek egészségfejlesztő szerepe is felértékelődött. A munkahelyi egészségfejlesztés (Workplace Health Promotion – WHP) célja ma már nem csupán a betegségek megelőzése, hanem a munkavállalók fizikai és mentális jóllétének komplex támogatása, az egészségmagatartás alakítása, valamint a munkahelyi környezet egészségre gyakorolt pozitív hatásának erősítése. Különösen a krónikus stressz, a mozgáshiány, a kiégés és a munka-magánélet egyensúlyának hiánya váltak az elmúlt évek meghatározó kihívásaivá. A hatékony WHP-programok javítják a dolgozók életminőségét, csökkentik a hiányzások számát és növelik a munkahelyi elkötelezettséget (Cancelliere et al., 2011; Pronk, 2013).

A korszerű programok alapja a szervezetfejlesztés és az egészséges szervezeti kultúra kialakítása. Egyre elterjedtebbek azok a multidiszciplináris, személyre szabott megközelítések, amelyek figyelembe veszik a dolgozók eltérő szükségleteit, élethelyzetét és a munkaszervezeti sajátosságokat is. A digitális eszközök – például mobilalkalmazások, viselhető technológiák vagy online pszichológiai

támogatási formák – új lehetőségeket teremtenek az egészségfejlesztés gyakorlatában (Rajgopal, 2010; Cleary et al., 2020). E fejlesztések sikerének kulcsa a munkavállalók aktív bevonása és olyan támogató munkahelyi környezet kialakítása, amelyben az egészségmegőrzés nem pusztán egyéni feladat, hanem közös, szervezeti érték.

Irodalomjegyzék

Ábrahám, J. (2010). *Rekreációs alapok.* Önkormányzati Minisztérium Sport Szakállamtitkárság. https://atletikamagazin.files.wordpress.com/2014/12/rekreacios-alapok.pdf

Ábrahám, J. (2016). *Rekreációs kultúra a fogyasztói társadalomban.* Doktori értekezés. Testnevelési Egyetem Sporttudományok Doktori Iskola. https://doi.org/10.17624/TF.2017.4

Ahmed, M. M., Okesanya, O. J., Olaleke, N. O., Adigun, O. A., Adebayo, U. O., Oso, T. A., Eshun, G. & Lucero-Prisno, D. E., III. (2025). Integrating digital health innovations to achieve universal health coverage: Promoting health outcomes and quality through global public health equity. *Healthcare, 13*(9), 1060. https://doi.org/10.3390/healthcare13091060

Albeshry, A. M., Alshahrani IV, N. Z., Baklola, M., Terra, M. & Alshahrani, N. (2024). From style to wellness: How fashion influencers are affecting healthy behaviors in Saudi Arabia. *Cureus, 16*(4). https://doi.org/10.7759/cureus.57749

Alhammadi, H. A., Bani-Melhem, S., Mohd-Shamsudin, F. & Ramanathan, R. (2025). From overwhelm to quiet quitting: Exploring the impact of technological overload, technological work burnout, and poor work-life balance. *International Journal of Human–Computer Interaction,* 1–13. https://doi.org/10.1080/10447318.2025.2475994

Alyafei, A. & Daley, S. F. (2025). The role of dietary lifestyle modification in chronic disease prevention. *StatPearls Publishing.* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK587401

Alonso, A. (1993). AGPA and the village well. *International Journal of Group Psychotherapy, 43(*1), 1–9. https://doi.org/10.1080/00207284.1994.11491202

Andersen, F. B., Djugum, M. E. T., Sjåstad, V. S. & Pallesen, S. (2023). The prevalence of workaholism: A systematic review and meta analysis. *Frontiers in Psychology, 14,* Article 1252373. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1252373

Anderson, S. & FitzGerald, G. A. (2020). Sexual dimorphism in body clocks. *Science, 369*(6508), 1164–1165. https://doi.org/10.1126/science.abd4964

Andorka, R. (2006). *Bevezetés a szociológiába.* Osiris.

Angelusz, R. (Szerk.). (2004). *A társadalmi rétegződés komponensei.* Új Mandátum.

Ángyán, L. (1993). *Sportélettani alapismeretek.* Duplex-Rota Kft.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well.* Jossey-Bass.

Bábosik, I. & Mezei, Gy. (1994). *Neveléstan.* Telosz.

Bácsné Bába, É., Ráthonyi, G., Müller, A., Ráthonyi-Odor, K., Balogh, P., Ádány, R. & Bács, Z. (2020). Physical activity of the population of the most obese country in Europe, Hungary. *Frontiers in Public Health, 8,* 203. https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00203

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191–215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191

Barcy, M. & S. Nagy, K. (1985). Pszichés egészség és egészségkultúra – Az egészségügyi felvilágosítás közönsége. *TK Tanulmányok, 17*(2).

Bartha, Cs. (2009). *A rekreáció elmélete és módszertana, 5–6. óra.* Semmelweis Egyetem Testnevelési és Sporttudományi Kar.

Bauman, Z. (2007). *Liquid times: Living in an age of uncertainty.* Polity Press.

Berend, T. I. (2023). *A hosszú életről.* Substack. https://ivanberend.substack.com/p/a-hosszu-eletrol

Bitomsky, S., Tinner, L. & Mielck, A. (2025). Digital health interventions and social inequalities: A systematic review. *International Journal of Public Health, 70,* 1607543. https://doi.org/10.3389/ijph.2025.1607543

Blasszauer, B. (1997). A medicina célja: új prioritások meghatározása. *Szenvedélybetegségek, 5*(4).

Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., Saboga-Nunes, L., Bond, E., Sørensen, K., Bitzer, E. M., Jordan, S., Domanska, O., Firnges, C., Carvalho, G. S., Bittlingmayer, U. H., Levin-Zamir, D., Pelikan, J., Sahrai, D., Lenz, A., Wahl, P., Pinheiro, P. (2017). Health literacy in childhood and youth: A systematic review of definitions and models. *BMC Public Health, 17*(1), 361. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4267-y

Buda, B. (n. d.). Munkahely és lelki egészség. In Buda B. (szerk.), *Mentálhigiéné* (pp. 188–227). Animula. http://www.budabela.hu/dokumentumok/onallokotetek/mentalhigienetext.pdf

Buglyó-Nyakas, T. E. & Gál, T. (2024). A közösségi média hatása a magyar nők egészségtudatosságára. *Régiókutatás Szemle, 8*(2), 1–12. https://doi.org/10.30716/RSZ/23/2/1

Cancelliere, C., Cassidy, J. D., Ammendolia, C. & Côté, P. (2011). Are workplace health promotion programs effective? A systematic review. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 53*(5), 530–538. https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31821576d9

Champoux, J. E. (1978). Perceptions of work and nonwork: A reexamination of the compensatory and spillover models. *Sociology of Work and Occupations, 5*(4), 402–422. https://doi.org/10.1177/073088847800500402

Chidambaram, S., Knuth, K. & Figueroa, C. A. (2024). Digital determinants of health: A guide for public health practice. *PLOS Digital Health, 3*(2), e0000346. https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000346

Cleary, M., Kornhaber, R., Thapa, D. K. & West, S. (2020). Mobile health applications for mental health: A systematic review. *Issues in Mental Health Nursing, 41*(9), 808–820. https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1732900

Cohen, A. (1997a). Non-work influences on withdrawal cognitions: An empirical examination of an overlooked issue. *Human Relations, 50*(12), 1511–1536. https://doi.org/10.1177/001872679705001203

Cohen, A. (1997b). Personal and organizational responses to work-non-work interface as related to organizational commitment. *Journal of Applied Social Psychology, 27*(12), 1085–1114. https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1997.tb00288.x

Cohen, S., Janicki-Deverts, D. & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *JAMA, 298(*14), 1685–1687. https://doi.org/10.1001/jama.298.14.1685

Cole, D. C., Eyles, J., Gibson, B. L. & Ross, N. (1999). Links between humans and ecosystems: The implications of framing for health promotion strategies. *Health Promotion International, 14*(1), 65–72. https://doi.org/10.1093/heapro/14.1.65

Crouter, A. C. (1984). Spillover from family to work: The neglected side of the work–family interface. *Human Relations, 37*(6), 425–442. https://doi.org/10.1177/001872678403700601

Czeisler, C. A. & Gooley, J. J. (2007). Sleep and circadian rhythms in humans. *Cold Spring Harbor Symposia on Quantitative Biology, 72,* 579–597. https://doi.org/10.1101/sqb.2007.72.064

Csíkszentmihályi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience.* Harper and Row.

Csíkszentmihályi, M. (1997a). *Flow – Az áramlat. A tökéletes élmény pszichológiája* (Legéndyné Szabó E., ford.). Akadémiai Kiadó.

Csizmadia, P. (2017). Az egészség ökoszociális elmélete. *Egészségfejlesztés, 58*(3), 26–30. https://doi.org/10.24365/ef.v58i3.181

de Brito Sena, M. A., Damiano, R. F., Lucchetti, G. & Peres, M. F. P. (2021). Defining spirituality in healthcare: A systematic review and conceptual framework. *Frontiers in Psychology, 12,* 756080. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.756080

De Jans, S., Hudders, L., Naderer, B. & De Pauw, V. (2022). Impact of thin-ideals in influencer posts promoting healthy vs. unhealthy foods on tweens' healthy food choice behavior. *Frontiers in Psychology, 13,* 789069. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.789069

de la Rosa, P. A., Cowden, R. G., Bulbulia, J. A., Sibley, C. G. & VanderWeele, T. J. (2024). Effects of screen-based leisure time on 24 subsequent health and wellbeing outcomes: A longitudinal outcome-wide analysis. *International Journal of Behavioral Medicine,* 1–20. https://doi.org/10.1007/s12529-024-10307-0

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11*(4), 227–268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01

Dubin, R. (1956). Industrial workers' worlds: A study of the "central life interests" of industrial workers. *Social Problems, 3*(3), 131–142. https://doi.org/10.2307/799133

Dubin, R. (1969). *Theory building.* Free Press.

Dumazedier, J. (1959). *Rélités du loisir et idéologies.* Espirit.

Dumazedier, J. (1962). *Vers une civilisation du loisir?* Éditions du Seuil.

Egészségtudományi Fogalomtár. (n. d.). Egészségtudatos magatartás. http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Egészségtudatos_magatartás

Elizabeth, L., Machado, P., Zinöcker, M., Baker, P. & Lawrence, M. (2020). Ultra-processed foods and health outcomes: A narrative review. *Nutrients, 12*(7), 1955. https://doi.org/10.3390/nu12071955

Elizur, D. & Shye, S. (1990). Quality of work life and its relation to quality of life. *Applied Psychology, 39*(3), 275–291. https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1990.tb01054.x

Engel, E., Gell, S. A., Heiss, R. & Karsay, K. (2024). Social media influencers and adolescents' health: A scoping review of the research field. *Social Science & Medicine, 340,* Article 116387. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116387

Eurostat. (2004). *How Europeans spend their time – Everyday life of women and men: Data 1998–2002.* Office for Official Publications of the European Communities. https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3930297/5953614/KS-58-04-998-EN.PDF/c789a2ce-ed5b-4a0c-bcbf-693e699db7d7?version=1.0

Eurostat. (2023). *Annual activity report 2022.* European Commission. https://commission.europa.eu/publications/annual-activity-report-2022-eurostat_en

Ewles, L. & Simnett, I. (2013). *Egészségfejlesztés – Gyakorlati útmutató.* Medicina.

Falussy, B. (1993). Bevezető gondolatok. In Falussy B. (szerk.), *Társadalmi idő – szabadidő* (pp. 1–3). Magyar Szabadidő Társaság – Központi Statisztikai Hivatal.

Ferge, Zs. (1969). Munkaidő és szabadidő, hétköznap és vasárnap. In Sas J. (szerk.), *Éljünk jól szabadidőnkkel. Tanulmányok a szabadidőkutatások köréből* (pp. 49–63). Népművelési Propaganda Iroda.

Fleary, S. A., Joseph, P. & Pappagianopoulos, J. E. (2018). Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. *Journal of Adolescence, 62,* 116–127. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.11.010

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory. *American Psychologist, 56*(3), 218–226. https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218

Fritz, P. (2011). *Mozgásos rekreáció (*Rekreáció mindenkinek I.) Bába és Társa Kft.

Fritz, P. (2015). *Szellemi rekreáció (*Rekreáció mindenkinek II.) Dialóg Campus.

Fritz, P. (Szerk.). (2019). *Alapfogalmak és jelentéseik a rekreáció területén (*Rekreáció mindenkinek III.) Miskolci Egyetemi Kiadó.

Fritz, P. & Bősze, J. (2019). Az egészség és egészségfejlesztés értelmezése, fogalma. In Fritz P. (szerk.), *Alapfogalmak és jelentéseik a rekreáció területén* (Rekreáció mindenkinek III.) (pp. 47–60). Miskolci Egyetemi Kiadó.

Füzesi, Zs. & Tistyán, L. (2004). *Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken. Egészségfejlesztési módszertani füzetek 4.* Országos Egészségfejlesztési Intézet.

Gáldi, G. (2011). A rekreációelmélete és gyakorlata. In Rétsági E., Ekler J. H., Nádori L., Woth P., Gáspár M., Gáldi G. & Szegnerné Dancs H. (szerk.), *Sportelméleti ismeretek* (pp.

134–195). Dialóg Campus Kiadó. https://dtk.tankonyvtar.hu/bitstream/handle/123456789/7893/0025_Nadori-Dancs-Retsagi-Ekler-Gaspar-Sportelmeleti_ismeretek.pdf

GBD 2019 Risk Factors Collaborators. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis. *The Lancet, 396(*10258), 1223–1249. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2

Giddens, A. (2009). *The politics of climate change.* Polity Press.

Gritz, A. (2007). Az egészségfejlesztés kompetenciái a XXI. században. *Egészségfejlesztés, 48*(3), 3–9.

Gropper, S. S. (2023). The role of nutrition in chronic disease. *Nutrients, 15*(3), 664. https://doi.org/10.3390/nu15030664

Hankiss, E. (2016). *Diagnózisok.* Helikon Kiadó.

Hernádi, L. (2008. december 13). Azok a régi szép idők: A retró világa a sízésben. *Sielők.hu.* https://sielok.hu/rovat/tortenelem/cikk/retro/

Hidvégi, P., Kopkáné Plachy, J. & Müller, A. (2015). *Az egészséges életmód.* EKF Líceum Kiadó.

Hofmann, S. G. (2014). Interpersonal emotion regulation model of mood and anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research, 38*(5), 483–492. https://doi.org/10.1007/s10608-014-9620-1

Horkai, A., Nagy, É., Pálvölgyi, M. & Vingender, I. (Szerk.). (2021). *Egészség és társadalom.* Akadémiai Kiadó.

Hunyadi, Zs. (2005). *Kulturálódási és szabadidő eltöltési szokások, életmód csoportok.* Magyar Művelődési Intézet. https://mek.oszk.hu/15900/15918/

Hysing, M., Pallesen, S., Stormark, K. M., Jakobsen, R., Lundervold, A. J. & Sivertsen, B. (2015). Sleep and use of electronic devices in adolescence: Results from a large population-based study. *BMJ Open, 5*(1), e006748. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006748

Irwin, M. R. (2015). Why sleep is important for health: A psychoneuroimmunology perspective. *Annual Review of Psychology, 66*(1), 143–172. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115205

Jacobs, J. (1961). *The death and life of great American cities.* Vintage Books.

Jacobson, B., Smith, A. & Whitehead, M. (Eds.). (1991). *The nation's health: A strategy for the 1990s.* King Edward's Hospital Fund for London.

JóAlvás Központ. (2024). Otthoni alvásvizsgálat. *JóAlvás Központ.* https://www.joalvaskozpont.hu/otthoni-alvasvizsgalat

Juhász, J., Szőke, I., O. Nagy, G. & Kovalovszky, M. (1989). *Magyar értelmező kéziszótár.* Akadémiai Kiadó.

Kabanoff, B. (1980). Work and nonwork: A review of models, methods, and findings. *Psychological Bulletin, 88*(1), 60–77. https://doi.org/10.1037/0033-2909.88.1.60

Kals, E. & Montada, L. (2001). Health behavior: An interlocking personal and social task. *Journal of Health Psychology, 6*(2), 131–148. https://doi.org/10.1177/135910530100600204

Kenéz, Gy. (1993). Vázlatos gondolatok a szabadidő kérdéséről. In Falussy B. (szerk.), *Társadalmi idő – szabadidő* (p. 34). Magyar Szabadidő Társaság – Központi Statisztikai Hivatal.

Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing. *Journal of Health and Social Behavior, 43*(2), 207–222.

Khalili Khouzani, R., et al. (2025). Spiritual health and well-being: A systematic review. *Journal of Religion and Health.* https://doi.org/10.1007/s10943-024-02000-0

Kickbusch, I. (2019). Health in the 21st century: New challenges and opportunities. *BMJ, 364,* l248. https://doi.org/10.1136/bmj.l248

Kickbusch, I., Allen, L. & Franz, C. (2016). The commercial determinants of health. *The Lancet Global Health, 4(*12), e895–e896. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30217-0

Kiss, E. Cs. (2007). Az önmegvalósítás és pozitív önértékelés szükségletei Maslow és Rogers pszichológiájában. In Gyöngyösiné Kiss E.& Oláh A. (szerk.), *Vázlatok a személyiségről – a személyiség-lélektan alapvető irányzatainak tükrében* (pp. 244–260). Új Mandátum Könyvkiadó.

Kohn, M. (1990). Unresolved issues in the study of work and personality. In K. Erikson & S. P. Vallas (Eds.), *The nature of work.* Yale University Press.

Kokovay, Á. (2005). Iskola, egészség, sport. In Jenei T.& Nagy É. (szerk.), *A tanítóképzés múltja és jelene* (pp. 139–143). Krúdy Könyvkiadó.

Kolbert, A. & Barakonyi, Sz. (2015. december 12.). Extrém sportok a Kádár-rendszerben. *Index.* https://index.hu/fortepan/2015/12/12/extremsportok_a_kadar-rendszerben/

Kopp, M. & Skrabski, Á. (1995). *Alkalmazott magatartástudomány.* Corvinus Könyvkiadó.

Kovács, T. A. (2004). *A rekreáció elmélete és módszertana.* Fitness Kft.

Kovács, T. A. (2007). A rekreáció kultúrája. A rekreáció főbb kulturális alrendszerei. *Magyar Sporttudományi Szemle, 8*(2), 13–24.

KSH. (2012). *Időmérleg. 2009–2010. Összefoglaló adattár.* Központi Statisztikai Hivatal. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/idomerleg/idomerleg0910.pdf

KSH. (2022a). 27.8.1.2. A kereskedelmi szálláshelyek kapacitása szállástípusonként, július 31. (2001–2021). Központi Statisztikai Hivatal. https://www.ksh.hu/stadat_files/tur/hu/tur0016.html

KSH. (2022b). 27.8.1.4. A kereskedelmi szálláshelyek vendégforgalma szállástípusonként (2001–2021). Központi Statisztikai Hivatal. https://www.ksh.hu/stadat_files/tur/hu/tur0018.html

KSH. (2022c). 27.8.1.5. A kereskedelmi szálláshelyeken eltöltött vendégéjszakák szállástípusonként (2001–2021). Központi Statisztikai Hivatal. https://www.ksh.hu/stadat_files/tur/hu/tur0019.html

KSH. (2024a). Időmérleg adatfelvétel 2024–2025 – köszöntő. Központi Statisztikai Hivatal. https://www.ksh.hu/idomerleg

KSH. (2024c). 27.1.1.16. A többnapos, turisztikai célú belföldi utazások száma és időtartama az utazás célja és a tartózkodási idő szerint. Központi Statisztikai Hivatal. https://www.ksh.hu/stadat_files/tur/hu/tur0015.html

KSH. (2024d). 27.1.1.17. A turisztikai szálláshelyek kapacitása szállástípusonként, július 31. (2021–2023). Központi Statisztikai Hivatal. https://www.ksh.hu/stadat_files/tur/hu/tur0083.html

KSH. (2024e). 27.1.1.18. A turisztikai szálláshelyek vendégforgalma és az eltöltött vendégéjszakák száma szállástípusonként (2021–2023). Központi Statisztikai Hivatal. https://www.ksh.hu/stadat_files/tur/hu/tur0084.html

Kulcsár, Z. (1998). *Egészségpszichológia.* ELTE Eötvös Kiadó.

Leitner, M. J. & Leitner, S. F. (2004). *Leisure enhancement.* Haworth Press.

Leyden, K. M. (2003). Social capital and the built environment: The importance of walkable neighborhoods. *American Journal of Public Health, 93*(9), 1546–1551. https://doi.org/10.2105/AJPH.93.9.1546

Losonczi, Á. (1977). *Életmód az időben a tárgyakban és az értékekben.* Gondolat Könyvkiadó.

Luger, M., Lafontan, M., Bes-Rastrollo, M., Winzer, E., Yumuk, V. & Farpour-Lambert, N. (2018). Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: A systematic review from 2013 to 2015 and a comparison with previous studies. *Obesity Facts, 10*(6), 674–693. https://doi.org/10.1159/000484566

Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R. & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience, 10*(6), 434–445. https://doi.org/10.1038/nrn2639

Magyar, M. (2016). A víz rekreációs és élményközvetítő szerepe. *Recreation, 6*(2), 39–43. https://doi.org/10.21486/recreation.2016.6.2.3

Magyar Turisztikai Minőségtanúsító Testület. (2022). *Szállodai kategorizálás 2021–2025.* Hotelstars.eu. https://szallashelyminosites.hu/docs/szallodak_minositesenek_kriteriumrendszere_2021_2025.pdf

Marafa, L. M. (2018). Leisure in nature: The advent of eco-leisure in academic discourse. *World Leisure Journal, 60*(3), 178–180. https://doi.org/10.1080/16078055.2018.1496526

Marteau, T. M., Ogilvie, D., Roland, M., Suhrcke, M. & Kelly, M. P. (2011). Judging nudging: Can nudging improve population health? *BMJ, 342,* d228. https://doi.org/10.1136/bmj.d228

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review, 50*(4), 370–396. https://doi.org/10.1037/h0054346

Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality.* Harper and Row.

McNall, L. A., Nicklin, J. M. & Masuda, A. D. (2010). A meta-analytic review of the consequences associated with work–family enrichment. *Journal of Business and Psychology, 25*(3), 381–396. https://doi.org/10.1007/s10869-009-9141-1

Mechanic, D. (1979). The stability of health and illness behavior. Results from 16-year follow-up. *American Journal of Public Health, 69*(11), 1142–1145. https://doi.org/10.2105/AJPH.69.11.1142

Miller, T. Q., Smith, T. W., Turner, C. W., Guijarro, M. L. & Hallet, A. J. (1996). A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin, 119*(2), 322–348. https://doi.org/10.1037/0033-2909.119.2.322

Milz, H. (1992). "Healthy ill people": Social cynicism or new perspectives? In A. Kaplan (Ed.), *Health promotion and chronic illness: Discovering a new quality of health* (pp. 32–39). WHO Regional Publications, European Series, 44.

Monostori, J. (2009). Munka, szabadidő, időallokáció. In Tóth I. Gy. (szerk.), *TÁRKI európai társadalmi jelentés, 2009* (pp. 85–98). TÁRKI.

Mouratidis, K. (2018). Built environment and social well being: How does urban form affect social life and personal relationships? *Cities, 74,* 7–20. https://doi.org/10.1016/j.cities.2017.10.020

Murang, Z. R., Tuah, N. & Nainq, L. (2017). Knowledge, attitude and practice towards eating and physical activity among primary school children in Brunei: A cross-sectional study. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 32*(3), 20170118. https://doi.org/10.1515/ijamh-2017-0118

Murphy, J. F. (1981). *Concepts of leisure* (2nd ed.). Englewood Cliffs.

Nash, J. B. (1932). *Character education through physical education.* A. S. Barnes and Company.

Nash, J. B. (1960). *Philosophy of recreation and leisure.* William Brown.

Nemzeti Média- és Hírközlési Hatóság. (2024). *A 13–16 éves korosztály közösségimédia-használati szokásait felmérő kutatás eredményei.* MNHH. https://nmhh.hu/dokumentum/248474/ A_1316_eves_korosztaly_kozossegimedia_hasznalati_szokasait_felmero_kutatas_eredmenyei.pdf

O'Leary, A. (1985). Self-efficacy and health. *Behaviour Research and Therapy, 23*(4), 437–451. https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90172-X

Opaschowski, H. W. (2000). *Xtrem: Der kalkulierte Wahnsinn – Extremsport als Zeitphänomen.* Freizeit-Forschungsinstitut Hamburg.

Packard, V. (1966). *Tékozlók* (G. Vértes, ford.). Kossuth Kiadó.

Palazuelos-González, R., Oude Voshaar, R. C., la Bastide-van Gemert, S. & Smidt, N. (2025). Time spent in physical activities, TV watching and sleep and its association with executive functioning in middle age and older adults: An isotemporal substitution analysis. *Mental Health and Physical Activity, 28,* 100668. https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2024.100668

Patakiné Bősze, J. (2014). *Sportiskolai és nem sportiskolai mintatanterv szerint tanulók életmódja és egyes családi jellemzői, azok összefüggései.* Doktori értekezés. Eötvös Loránd Tudományegyetem.

Patakiné Bősze, J. & Pápai, J. (2013). Nők, családanyák egyes életmódelemei és azok összefüggései középiskolás gyermekük életmódjával. *Acta Sana, 8*(1), 33–40. https://ojs.bibl.u-szeged.hu/index.php/actasana/article/view/18453

Petőné Csima, M. (2012). *Az egészségmagatartás és a koherencia-érzet szerepe az életminőség formálásában.* Doktori értekezés. Pécsi Tudományegyetem.

Pikó, B. (2006). *Lelki egészség a modern társadalomban.* Akadémiai Kiadó.

Pikó, B. & Keresztes, N. (2007). *Sport, lélek, egészség.* Akadémiai Kiadó.

Pilgrim, K. & Bohnet-Joschko, S. (2019). Selling health and happiness: How influencers communicate on Instagram about dieting and exercise. *BMC Public Health, 19(*1), 1054. https://doi.org/10.1186/s12889-019-7387-8

Pindek, S., Shen, W. & Andel, S. (2023). Finally, some "me time": A new theoretical perspective on the benefits of commuting. *Organizational Psychology Review, 13*(1), 44–66. https://doi.org/10.1177/20413866221133669

Pourhoseinzadeh, M., Gheibizadeh, M. & Moradikalboland, M. (2017). The relationship between health locus of control and health behaviors in emergency medicine personnel. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery, 5*(4), 397.

Princz, A. & Tessényi, J. (2016). Nyugdíjas korúak szabadidejének strukturális vizsgálata. *Recreation, 6*(4), 15–18. https://doi.org/10.21486/recreation.2016.6.4.1

Pronk, N. P. (2013). Integrated worker health protection and promotion programs. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 55*(12 Suppl), S30–S37. https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000037

Przybylski, A. K. & Weinstein, N. (2017). A large-scale test of the Goldilocks hypothesis: Quantifying the relations between digital-screen use and the mental well-being of adolescents. *Psychological Science, 28*(2), 204–215. https://doi.org/10.1177/0956797616678438

Public Health Ontario. (2024). *Salutogenesis and health promotion.* King's Printer for Ontario. https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/S/2023/salutogenesis-health-promotion.pdf

R. Nagy, J. (2015). Változásban: munka és szabadidő 1984–2014: Fogalmak, felfogások és gyakorlatok magyarországi munkások körében. *Kultúra és Közösség, 6*(1), 5–16.

Rain, J. S., Lane, I. M. & Steiner, D. D. (1991). A current look at the job satisfaction/life satisfaction relationship: Review and future considerations. *Human Relations, 44*(3), 287–307. https://doi.org/10.1177/001872679104400305

Rajgopal, T. (2010). Mental well-being at the workplace. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine, 14*(3), 63–65. https://doi.org/10.4103/0019-5278.75691

Ray, B. (2023). *Technological transformation of leisure: A new cultural scenario.* Media Studies Group. https://www.mediastudiesgroup.org.in/technological-transformation-of-leisure-a-new-cultural-scenario/

Resnicow, K., Baranowski, T., Ahluwalia, J. S. & Braithwaite, R. L. (1999). Cultural sensitivity in public health: Defined and demystified. *Ethnicity and Disease, 9*(1), 10–21.

Reynolds, G. (2025. július 16.). What causes obesity? A major new study is upending common wisdom. *Washington Post.* https://www.washingtonpost.com/wellness/2025/07/16/obesity-cause-diet-exercise/

Rimal, R. N. (2001). Longitudinal influences of knowledge and self-efficacy on exercise behavior: Test of a mutual reinforcement model. *Journal of Health Psychology, 6*(1), 31–46. https://doi.org/10.1177/135910530100600103

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*(1), 68–78. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68

Sallis, J. F., Owen, N. & Fotheringham, M. J. (2000). Behavioral epidemiology: A systematic framework to classify phases of research on health promotion and disease prevention. *Annals of Behavioral Medicine, 22*(4), 294–298. https://doi.org/10.1007/BF02895665

Sartorius, N. (2006). The meanings of health and its promotion. *Croatian Medical Journal, 47*(4), 662–664.

Sáska, G. (2013). A gyógyító és betegítő iskola. *Educatio, 22*(2), 147–158.

Sayegh, M. G. (2024). Workaholic lifestyle and its impact on mental health. *International Journal of Contemporary Research in Multidisciplinary, 3*(2), 205–208. https://doi.org/10.5281/zenodo.11115752

Schramme, T. (2023). Health as complete well-being: The critique of a concept. *Theoretical Medicine and Bioethics, 44*(1), 1–15.

Schwarzer, R. (1994). Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health related cognitions: A systematic review. *Psychology and Health, 9*(3), 161–180. https://doi.org/10.1080/08870449408407475

Socialdepartementet. (2006). *Folkhälsopolitik för jämlikhet i hälsa och hållbar tillväxt: Skr. 2005/06:205.* Regeringskansliet. https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/skrivelse/2006/05/skr.-200506205/

SomnoCenter. (n. d.). Poliszomnográfiás vizsgálatok – Diagnosztikai eljárások. *SomnoCenter.* https://somnocenter.hu/szolgaltatasok/muszeres-alvasvizsgalatok/diagnosztikai-eljarasok/poliszomnografias-vizsgalatok/

Steger, B. (2013). Negotiating gendered space on Japanese commuter trains. *EWC Working Papers in Japanese Studies, 13*(3), Article 19. https://japanesestudies.org.uk/ejcjs/vol13/iss3/steger.html

Steger, M. B. (2020). *Globalization: A very short introduction.* Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/actrade/9780198849452.001.0001

Stein, M., Nitschke, L., Trost, L., Dirschauer, A. & Deffner, J. (2022). Impacts of commuting practices on social sustainability and sustainable mobility. *Sustainability, 14*(8), 4469. https://doi.org/10.3390/su14084469

Stoetzel, J. (1954). *Sociologie de la récréation.* Faculté des Lettres de Bordeaux.

St-Onge, M. P. (2017). Sleep–obesity relation: Underlying mechanisms and consequences for treatment. *Obesity Reviews, 18*(Suppl 1), 34–39. https://doi.org/10.1111/obr.12499

Sturmberg, J. P. (2021). Health and disease as complex adaptive systems. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 27*(1), 1–4. https://doi.org/10.1111/jep.13435

Szabó, Á. (2009). *A (szabadidő)sport alapfogalmai és kutatott területei* (115. sz. műhelytanulmány). Budapesti Corvinus Egyetem. https://unipub.lib.uni-corvinus.hu/201/2/Szabo115.pdf

Szabó, P. & Kósa, K. (2016). Egészségműveltség a magyar népesség körében. *Orvostovábbképző Szemle, 23*(2), 66–72. https://doi.org/10.1556/0016.2017.72.2.6

Szabó, T. (1996). Néhány megfigyelés a sportoló vagy sportolni kívánó fiatalok fizikai teljesítményének életkorfüggő alakulásáról. In Győri P. (szerk.), *A gyermekek fizikai állapotának kritikus mutatói* (pp. 24–27). OOK-Press.

Szakály, Z., Popp, J., Kontor, E., Kovács, S., Pető, K. & Jasák, H. (2017). Attitudes of the lifestyle of health and sustainability segment in Hungary. *Sustainability, 9*(10), 1763. https://doi.org/10.3390/su9101763

Szántó, M. (1967). *Életmód, művelődés, szabadidő.* Akadémiai Kiadó.

Székely, L. (2013). *Magyar Ifjúság 2012 – Tanulmánykötet.* Kutatópont – Szociális és Munkaügyi Minisztérium. https://ifjusagkutatointezet.hu/kiadvany/magyar-ifjusag-2012-tanulmanykotet

Székely, L., Simon, T. & Vergeer, F. (2007). Az „egészség" fogalmának újraértelmezése I. *Egészségfejlesztés, 48*(4–6), 37–47.

Szondi, L. (1963). *Schicksalsanalytische Therapie (Fate analytic therapy).* Huber.

Szűts, Z. (2022). A digitalizáció és különösen a social media a tanulási, tanítási, illetve a munka világában zajló folyamatokra gyakorolt hatása. *Opus et Educatio, 9*(1), 82–91. https://opuseteducatio.hu/index.php/opusHU/article/view/498

Tait, M., Padgett, M. Y. & Baldwin, T. T. (1989). Job and life satisfaction: A reevaluation of the strength of the relationship and gender effects as a function of the date of the study. *Journal of Applied Psychology, 74*(3), 502–507. https://doi.org/10.1037/0021-9010.74.3.502

Telama, R. (2009). Tracking of physical activity from childhood to adulthood. *Medicine & Science in Sports & Exercise, 41*(11), 1965–1971. https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181a7dba3

Tessényi, J. (2024). Nyugdíjasok rekreációja és szabadidő felhasználásának időbeli összehasonlító elemzése. *Recreation, 14*(3), 31–34. https://doi.org/10.21486/recreation.2024.14.3.6

Thoits, P. A. (2010). Stress and health: Major findings and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior, 51*(1 Suppl.), S41–S53. https://doi.org/10.1177/0022146510383499

Tibori, T. (2002). *A szabadidő szociológiája.* Budapesti Gazdasági Főiskola.

U.S. Department of Health and Human Services. (n. d.). Social determinants of health. *Healthy People 2030.* https://odphp.health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health

Van Cauter, E., Leproult, R. & Plat, L. (2000). Age-related changes in slow wave sleep and REM sleep and relationship with growth hormone and cortisol levels in healthy men. *JAMA, 284(*7), 861–868. https://doi.org/10.1001/jama.284.7.861

Varga-Hatos, K. & Karner, C. (2008). A lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezők. *Egészségügyi Gazdasági Szemle, 46*(2), 25–33.

Vaterlaus, J. M., Patten, E. V., Roche, C. & Young, J. A. (2015). #Gettinghealthy: The perceived influence of social media on young adult health behaviors. *Computers in Human Behavior, 45,* 151–157. https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.12.013

Vitányi, I. (1995). Szabadidő és társadalmi átalakulás. In Falussy B. (szerk.), *Társadalmi idő – szabadidő* (pp. 382–386). Magyar Szabadidő Társaság.

Vitányi, I. (2001). *A szabadidő új paradigmája.* Kézirat.

Voll, K., Gauger, F. & Pfnür, A. (2022). Work from anywhere: Traditional workation, coworkation and workation retreats: A conceptual review. *World Leisure Journal, 65*(2), 150–174. https://doi.org/10.1080/16078055.2022.2134199

Wickett, R., Muhlert, N. & Niven, K. (2023). The influence of personality on interpersonal emotion regulation in the context of psychosocial stress. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(4), 3073. https://doi.org/10.3390/ijerph20043073

Wilensky, H. L. (1960). Work, careers, and social integration. *International Social Science Journal, 12*(4), 543–560.

Wilkinson, R. G. & Marmot, M. (Eds.). (2003). *Social determinants of health: The solid facts.* WHO. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326568/9789289013710-eng.pdf

Williams, D. M. & Rhodes, R. E. (2016). The role of self-efficacy in physical activity. *Annals of Behavioral Medicine, 50*(4), 495–507. https://doi.org/10.1007/s12160-016-9774-8

Wood, W. & Rünger, D. (2016). Psychology of habit. *Annual Review of Psychology, 67*(1), 289–314. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033417

World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization.* Geneva: WHO.

World Health Organization. (1985). *Energy and protein requirements.* WHO. https://www.fao.org/4/aa040e/aa040e00.htm

World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion.* Geneva: WHO.

World Health Organization. (2022). *Global status report on physical activity 2022.* Geneva: WHO.

World Health Organization. (2024). Determinants of health. WHO. https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health

World Health Organization. (2025). *Obesity and overweight* [Fact sheet]. WHO. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Worldometer. (2025). *Life expectancy by country and in the world.* https://www.worldometers.info/demographics/life-expectancy/

Wu, C. & Shaffer, D. R. (1987). Susceptibility to persuasive appeals as a function of source credibility and prior experience with the attitude object. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(4), 677–688. https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.4.677

Zedeck, S. & Mosier, K. L. (1990). Work in the family and employing organization. *American Psychologist, 45*(2), 240–251. https://doi.org/10.1037/0003-066X.45.2.240

Zheng, C. (2025). *Digital health and social equality* [Master's thesis, Savonia University of Applied Sciences]. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/888709/Zheng_Changkai%20.pdf

Illusztrációk jegyzéke

Képjegyzék

1. kép. Fritz, P. (2025). *Konyhai teendők rekreatív többlettel.* Fritz Péter magángyűjteményéből, 2025.
2. kép. Pixabay (2024a). *A flow-élmény.* Pixaby. https://pixabay.com/hu/illustrations/aigener%C3%A1lt-%C3%B6r%C3%B6m-boldog-boldogs%C3%A1g-8907354/
3. kép. Pixabay (2024b). *A megnyugtató alvás.* Pixaby. https://pixabay.com/hu/photos/apababa-portr%C3%A9-csecsem%C5%91-%C3%BAjsz%C3%BCl%C3%B6tt-22194/
4. kép. Pixabay (2024c). *Divatos edzőterem.* Pixaby. https://pixabay.com/hu/photos/tornaterem-fitness-l%C3%A9tes%C3%ADtm%C3%A9ny-331569/
5. kép. Pixabay (2024d). *A testmozgás és a viselet mint divat.* Pixaby. https://pixabay.com/hu/photos/fuss-edz%C3%A9s-fitness-fut%C3%B3-gyakorlat-2267283/
6. kép. Ewles, E., és Simnett, I. (2013). *Egészségfejlesztés – Gyakorlati útmutató.* Medicina Könyvkiadó.

Ábrajegyzék

1. ábra. Okos Mozgás. (n. d.). *Maslow-piramis* [Kép]. Okos Mozgás. https://okosmozgas.hu/tipptar/tippek-a-mindennapokra/maslow-es-a-wellness-eletmod
2. ábra. Nash, J. B. (1960). *Philosophy of Recreation and Leisure.* William Brown.
3. ábra. Falussy, B. (1993). Bevezető gondolatok. In Falussy B. (szerk.), *Társadalmi idő – Szabadidő* (pp. 1–3). Magyar Szabadidő Társaság – Központi Statisztikai Hivatal.
4. ábra. Fritz, P. (2019). *Alapfogalmak és jelentéseik a rekreáció területén. Rekreáció mindenkinek III.* Miskolci Egyetemi Kiadó.
5. ábra. KSH. (2012). *Időmérleg. 2009–2010. Összefoglaló adattár. K*özponti Statisztikai Hivatal. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/idomerleg/idomerleg0910.pdf
6. ábra. KSH. (2012). *Időmérleg. 2009–2010. Összefoglaló adattár. K*özponti Statisztikai Hivatal. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/idomerleg/idomerleg0910.pdf
7. ábra. Külföldi és belföldi vendégek, illetve vendégéjszakák alakulása 2001–2023 között. KSH (2022b), KSH (2022c) és KSH (2024c) alapján saját szerkesztés.

Táblázatjegyzék

1. táblázat. KSH. (n. d.). *4.1.1.41. A népesség megoszlása tápláltság szerint a testtömeg-index (BMI) alapján [%]. K*özponti Statisztikai Hivatal. https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0039.html