

Eszterházy Károly Főiskola
Neveléstudományi Doktori Iskola

**A REKREÁCIÓ, MINT AZ EGÉSZSÉGKÖZPONTÚ NEVELÉS
ESZKÖZE**

HABILITÁCIÓS ÉRTEKEZÉS TÉZISFÜZET

Dr. Fritz Péter

2016.

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés.....	3
2. Az egészségfejlesztés magyarázata (Fritz, 2009)	4
3. A munkahelyi egészségfejlesztés gyakorlata (Fritz; 2004)	11
4. A Cooper-i tökéletes közérzet nevelési programja (Fritz, 2011).....	19
4.1. Mit jelent a tökéletes közérzet?	19
4.2 A mozgásos életmód és az életminőség (Fritz; 2004)	20
5. Szabadidő-koncepciók és a rekreáció kapcsolata (Fritz, 2015).....	29
5.1. Magyarországi áttekintés.....	29
5.2. Szabadidő-koncepciók.....	32
5.3. A leisure	36
5.4. Munkaintenzitás és szabadidő	36
6. A rekreáció jelentése, meghatározásának tisztázása (Fritz, 2015)	38
6.1. A rekreáció fogalmának tisztázása, célja.....	38
6.2. A sport és a rekreáció közötti különbség tisztázása	40
7. A rekreáció rendszertani megközelítése (Fritz, 2011).....	41
7.1. A rendszertan felosztása (7. ábra)	41
7.2. A rekreációs edzés és az élsportedzés összevetése.....	43
8. A rekreációs tevékenységek felosztása	44
8.1. A mozgásos rekreáció fogalma és felosztása (Fritz, 2011)	45
8.2. A szellemi rekreáció (Fritz, 2015).....	45
8.2.1. A szellemi rekreáció fogalmának tisztázása.....	45
8.2.2. A szellemi rekreáció felosztása, rendszertani megközelítése	46
9. A rekreátor mint egészségfejlesztési szakember (Fritz; 2016).....	48
10. A rehabilitációs értekezés tézisei.....	52
11. Hivatkozott irodalom fejezetek szerint.....	53

1. Bevezetés

A rekreációra való törekvés ösztönössége minden emberben megvan, kultúrától, társadalomtól, földrajzi elhelyezkedéstől függetlenül. Mégis megjelenése, formái és talán a legfontosabb tényezője a hatékonysága, az örömszerzés foka egy bonyolult sok összetevős rendszertől függ. Ilyen értelemben az ösztönösség, valamint a rekreációt tápláló tudományterületek ismereteinek jól összehangolt tudásbázisára épülő önálló szakterület irányítása kell, hogy működtesse azt.

A rekreáció professzióként való megjelenése, a rekreációs szakemberek képzése biztosíthatja az ösztönösség helyébe lépő vagy arra épülő tudatosságot, mely hosszútávon befolyásolhatja egy társadalom hangulatát, önszerveződő kapcsolatait, pozitív életszemléletét és mindezen tényezők egészségre gyakorolt hatását.

A rekreáció tudatossá válása, majd később képzési rendszerben való megjelenése tette indokolttá magának a rekreációnak a felosztását, rendszertanának felépítését. A jól strukturált szakanyag ismerete feltételét képezi a rekreáció komplex gyakorlati ismereteinek.

A **Mozgásos rekreáció** című könyvhöz nagyon sok cikket, tanulmányt és egy-két jól hasznosítható könyvet találtam. Magyarországi legfőbb segítségül Kovács Tamás munkásságának eredményeit tudtam felhasználni, hisz attitűdben, szemléletben az ő általa leírtak képviselik leginkább a rekreáció nemzetközi megközelítését.

Azonban a szellemi rekreáció területének vizsgálatakor jóval kevesebb szakcikket, tanulmányt sikerült összegyűjtenem, valamint komoly ellentmondásokra, pontatlan meghatározásokra, helytelen következtetésekre bukkantam.

Szükség van a szellemi rekreációnak a pontos meghatározására, valamint a megjelenési lehetőségeinek minél szélesebb bemutatására, hogy kellő rangot és súlyt képviseljen a mozgásos tevékenységek mellett. A szellemi rekreáció egységes szerkezetben való megjelentetése teret adhat vélemények, viták, kritikák megfogalmazására, ami a későbbiekben tovább pontosíthatja, mélyítheti ezen terület szakmai minőségét. A **2015**-ben megjelent **Szellemi rekreáció**, mely a Rekreáció mindenkinek sorozat második része.

A rekreáció egy folyton változó, fejlődő, a kor kihívásainak megfelelő, környezettől, társadalomtól, közösségtől és egyéntől függő dinamikus rendszer.

A rendszert meghatározó szakembereknek is folyamatosan fejlődniük kell, hogy maga a rendszer dinamikája fenntartható legyen. Jól tükrözi ezen folyamatos változást a szellemi rekreáció definíciójának változása is, ami a 2006-os, majd a **2011**-es Mozgásos rekreáció című könyvben megjelentekhez képest is változott, tartalmilag gazdagodott.

A rekreáció mindenkinek sorozat harmadik része - mely az **Alapfogalmak és jelentései a rekreáció területén** címet kapta -, az első két könyvben megjelent alapfogalmakat mutatja be bővebb formában, a nevelés és fejlesztés központba állításával.

A sorozat utolsó kötete előkészítés alatt van, mely egy **komplex fogalomtár** lesz, ami a sport, turizmus, rekreáció területén használt kifejezéseket foglalja egységes rendszerbe. Megjelenését **2017**-re tervezem.

2. Az egészségfejlesztés magyarázata (Fritz, 2009)

Az egészséget sokan sokféleképpen határozzák meg. Kinek a betegség hiánya, kinek a mindennapi tevékenységekre való képesség, kinek a jó erőnlét vagy éppen a jókedv, a boldogság állapota jelenti az egészséget. Egy biztos: egészségünk nem tekintendő statikus állapotnak, napról napra dinamikusan változik, és számos tényező befolyásolja. Az egészség egyfajta alkalmazkodási készségként is felfogható, amellyel a körülöttünk lévő változásokra reagálunk. Sikeres adaptáció viszont csak megfelelő egészségi állapotban lehetséges. Az egészségi állapot értékelésekor az egészséget gyakran abszolút fogalomként értelmezik: vagy egészségesnek, vagy betegnek minősítenek valakit. Az egészség fogalmának pontos és komplex, minden szempontra kiterjedő meghatározása szinte lehetetlen. Amikor tehát azt mondjuk, hogy javítjuk az egészségi állapotot, akkor az egészség, az élet minőségének javítását, növelését értjük alatta (Gritz, 2007).

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) az egészség fogalmát így határozza meg: „Az egészség a teljes testi, lelki (szellemi) és szociális jólét állapota, és nem csupán a betegség és nyomorékság hiánya.” Eszerint az egészséget nem csupán a testi, biológiai, szervezeti (orvosi) működés alkotja, hanem a lelki, szellemi (önkiteljesülés, belső béke, párkapcsolat) és a szociális (társas környezeti) jólét is (Gritz, 2007).

Az egészség, mint dinamikusan változó életvitel azt jelenti, hogy a személyiség belső környezetével és a körülötte lévő természeti és társadalmi környezettel állandó, alkalmazkodó és alakító (alkotó) kölcsönhatásban áll. Az egészség fogalmának modern értelmezése tehát kulcskérdés. Messzemenően befolyásolja ugyanis az egészségmegőrzés, az egészségfejlesztés, az egészségnevelés elméletét és gyakorlatát (Gritz, 2007).

Az egészséget, a mai dinamikus értelmezésében nem lehet dihotomizálni, miszerint vagy van, vagy nincs! Ezen sarkított gondolkodás egészség-betegség polarizációjának cáfolata, hogy a betegség hiánya nem feltétlenül jelenti az egészség meglétét.

Tehát, ha valaki nem beteg, még nem azt jelenti, hogy ugyan olyan egészséges, mint az összes nem beteg ember a környezetében. Ez mutatja, hogy az egészség és folyamatként kezelendő, melynél nem a betegség hiánya a meghatározó, hanem az egészség fejlesztésének hatékonysága, ami a mindennapokban az egészségtudatos életmód kialakításával érhető el.

Az egészség fogalmában kutatók pozitív és negatív megközelítési módot használnak. Az egészség kulcsfogalmához ugyanis nem csupán megőrző, védekező (negatív), hanem zömmel tevékeny (pozitív) elem is társul. A pozitív egészség a tényleges jólét és erőnlét (fittség) magas szintjét foglalja magában, míg a negatív egészség fogalmával bármely nem kívánatos, betegségi állapotban, korlátozottságban élő személy egészsége jellemezhető. Az egészség fogalmában tehát az ember testi, lelki állapotának és szociális helyzetének egyensúlya szerepel, és nem a „tökéletes egészség”. A pozitív egészség, mint az élet forrása egyben lehetőséget és képességet takar, a modus vivendit (a boldogulás útját-módját) jelenti. Az így értelmezett egészség nem más, mint folyamatosan változó, dinamikus jelenség: az ember természetes aktivitása, döntése, az életviteléhez szükséges készsége. Az egészség teljességéhez (az egészségéhez) napjainkban mind többször csatolunk a biológiai, pszichikus és szociális komponensek mellé erkölcsi vonatkozásokat: az önmagunkkal való megelégedettséget, társadalmi normatartásunk belső harmóniáját, vallási meggyőződésünket stb. az egészségnek ez a spirituális (lelki-szellemi) oldala az ember belső békéjét, megnyugvását, a stressz magasabb szintű kompenzációját, a szeretet magasabb fokát, a humanitást, a másság elfogadását, a gyengébbek, és a szegények támogatását jelenti.

Sokan vizsgálták azt a kérdést, hogy vannak-e fokozott és csökkent egészségtudattal jellemezhető személyek. Kevés konzisztenciát sikerült találni az egészségmagatartás terén; az egészségviselkedés hullámzónak, kevésbé stabilnak bizonyult, az egyes faktorok között alacsony korrelációt kaptak. Mechanic (1979) 16 évig tartó longitudinális vizsgálatról számolt be, amely szerint alacsony ($r=0,1-0,2$) korrelációja volt a gyermekkori és felnőttkori egészségvédő magatartásformák, illetve a felnőttkori különböző egészségvédő magatartásformák között. Az egészségmagatartás akkor optimális, ha a korai életszakaszban kialakult szokások alapozzák meg. Az egészségmagatartás legfőbb meghatározó tényezői az egészségügyi kultúra, a nevelés és az oktatás.

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 azért, hogy habituálissá (szokássá) váljanak, belső igényként, automatizált formában jelentkezzenek és legyenek hatással az egyénre, valamint környezetére is.

Az egészségmagatartás általánosan elfogadott felfogás szerint engedelmesség vagy önuralom kérdése (v. ö. Ogden, 1995: az egészségpszichológia paradigmaváltásával, kívülről irányított, interaktív, vs. intraaktív emberképével: intraaktív, belülről vezérelt személyiség esetén jobb tudatos egészségmagatartás várható el). Jóllehet a tudatos kontroll szerepe az egészségviselkedés alakulásában vitathatatlan, az élő szervezet önfenntartásra törekszik, így szükségképpen létezik nem tudatos egészségmagatartás.

A nem tudatos egészségmagatartás hatásait is számos bizonyíték igazolja. A szervi betegségekre vonatkozó sérülékenységet kompenzáló magatartásformákról szóló bizonyítékok közé tartozik a hipertónia esetén talált békétűrő magatartás, amely kivédi a vérnyomásemelkedést. A nem tudatos egészségmagatartással kapcsolatos kutatások eredményei ahhoz az – egyébként kézenfekvő – következtetéshez vezetnek, hogy a szervezet az egészség fenntartása szempontjából hasznos körülményeket keresi. Ezt a felfogást erősíti Szondi (1963) alapkoncepciója, miszerint a betegségre való hajlam (Szondi elsősorban pszichiátriai betegségekre utal, de műveiben szomatikus betegségekről, pl. asztmáról is ad ...) megfelelő magatartás ('sorsválasztás': hivatás, partnerválasztás) mellett egészséges útra terelődik. E sorsválasztás feltételez ugyan kontrollfunkciókat és adott esetben tudatos, mindazonáltal a legmélyebb, biológiai adottságokban gyökerezik.

A dinamikus egészségfogalom magában foglalja azt, hogy az egészségért az embernek valamit folyamatosan tennie kell (megerősítő, fenntartó, támogató, fejlesztő tevékenységet). Így az egészséggel szemben fellépő sebezhetőségünket, a külső stresszorokat, a különféle rizikótényezőket – egészséges állapotában – az ember tudatos tevékenységével, készségével (gyakorlással, fejlesztéssel) és a társas támogató rendszerek (pl. harmonikus családi környezet) segítségével képes egyensúlyozni. A pozitív egészség holisztikus jellegű, az egész emberre vonatkozó fogalom, amely az életminőséggel áll kapcsolatban; nem korlátozódik az egyén egyetlen tulajdonságára, hanem az ember egészét jellemzi, azaz az élet egészét áthatja. A pozitív egészség tartalmában olyan jegyek ismerhetők fel, mint például az életöröm, a jó közérzet, a kiegyensúlyozottság, a megelégedettség, a munkakedv, a kreativitás, a fittség, a fizikai, pszichikai, szociális alkalmazkodóképesség stb. Pszichológiai kutatások igazolják, hogy az emberek életében a legtöbb feszültséget az emberi kapcsolatok rendezetlensége, egymás meg nem értése, az intolerancia okozza, ami a biológiai „mércevel” aligha mérhető. A

társaskapcsolatok rendezetlensége, a kényszerű és tartós alkalmazkodási kényszer önmagában még nem jelent betegséget, de tartóssá válásuk betegség forrásává válhat. Az egészség egyúttal tehát a problémamegoldásra és az érzelmek irányítására való képesség is, amely a pozitív énkép és a testi-lelki elégedettség megőrzésének és újra-artikulálásának forrása. Az egészség dinamikus fogalom, az életre összpontosít. A lényeg az egészség multidiszciplináris volta: testi, lelki, szellemi és társadalmi szempontjai elválaszthatatlanok egymástól. Az egyéni magatartást azonban számos külső és belső hatás együttese befolyásolja: így a személyes élettörténet, az örökletes adottságok, a szociális viszonyok, a személy által elfogadott értékek és normák, a munka- és életfeltételek, a környezeti tényezők, a társaskapcsolatok stb. Az egészségfejlesztést tehát e hatások rendszerében – az egyéni képességek és készségek által határolt területen – kell megvalósítani (Gritz, 2007).

Egészségfejlesztés az összes olyan nem terápiás intézkedés, amely az egészség megőrzését, fejlesztését és javulását, valamint a magatartási és/vagy környezeti eredetű egészségi problémák megoldását elősegíti. Az egészségfejlesztés tehát egységes fogalomként integrálja az egészség-felvilágosítás, az egészségnevelés és tanítás, önségítés, valamint a prevenció eddigi részstratégiáit. Ezen felül hangsúlyozza az interdiszciplinaritás és a szektorhatárok átlépésének a szükségességét, az élet és munkakörülmények, valamint a lakossági részvétel lehetőségeinek figyelembevételét.

Az egészségfejlesztést az ún. Ottawa Charta (1986) szerint a következőképpen definiálhatjuk: „Az a folyamat, amely képessé teszi az embereket az egészségük feletti kontroll megszerzésére és egészségük fejlesztésére.

Az egészség pozitív fogalom, amely magában foglalja az egyéni és a társas forrásokat is a fizikális erőnlétén túl” (Kaplan, 1992). A definíció központi eleme a kontroll kérdése, amely kifejezi az egészségfejlesztés aktív voltát. Az ún. civilizációs betegségek megelőzése ugyanis az egyének és közösségek megfelelő motiváltsága és aktív részvétele nélkül nem lehetséges.

Az ún. epidemiológiai korszakváltás – a vezető halálokok spektrumának eltolódása a fertőző betegségektől a krónikus, nem fertőző betegségek irányába – egyben az orvostudomány és az orvoslás gyakorlatának paradigmaváltását is szükségessé tette.

Az egészségfejlesztés – az eddig leírtak szellemében – folyamatot jelöl, amelynek során az egészséges emberek növelik ellenőrzésüket egészségük javítása felett, képességet szereznek egészséges életvitelük fenntartására, fejlesztésére és környezetük megváltozására (optimalizálásra). Úgy is fogalmazhatunk, hogy az egészségfejlesztés magában foglalja a korszerű egészségnevelés, az elsődleges prevenció, a mentálhigiéné, az önségítés feladatait, módszereit. Ezzel azt mondtuk ki, hogy gondolkodásunk középpontjába a betegség-központúság kerül. Ennek alapján tehát az egészségfejlesztés a lakosság egészséggel kapcsolatos műveltségének (egészségkultúrájának) széles körű fejlesztésére, az egészséges magatartásra, az egészséget veszélyeztető ártalmak, a megbetegedések megelőzésére irányuló tevékenység. Az egészségkultúra tartományának is megvannak a sajátos törvényszerűségei: fejlődése, differenciáltsága, integrálódása, ami kihat a társadalmi tevékenységek más területeire, mint az egészségügy, nevelés, jog, politika, technika, művészet, esztétika és a különböző életmódigények vonatkozásai. Ezek azt eredményezték, hogy az egészségkultúra fejlődése is létrehozta a társadalmi fejlettségi fokoknak megfelelő formákat, amelyeket a fejlődés alternatíváinak sokfélesége hajt (Gritz, 2007).

Az egészségfejlesztés alapvetései a következők:

- Az egészségfejlesztés az egész lakosságot célozza meg, nem csak a veszélyeztetett csoportokat;
- Az egészségfejlesztés a feltételeket és az okokat egyaránt befolyásolja, ezért az együttműködés elkerülhetetlen;
- Az egészségfejlesztésben egymást kiegészítő nézetek kapcsolódnak egymáshoz;
- Az egészségfejlesztés a lakosság együttműködésére törekszik.

Az egészségfejlesztése nemcsak egyéni, hanem egyúttal közösségi, populáció szintű feladat is. Bár magatartási döntéseit az egyén autonóm módon hozza, s ennek következtében az egyén egészséghez való viszonyulása és életmódjának kialakítása az ő felelőssége, az egyén viselkedése valójában az őt körülvevő szociokulturális tér és saját személyiségének interakciója révén kristályosodik ki (Alonso, 1993). Az egyéni szintű személyiségbeli jellemzőkön túl a társadalom mintegy lenyomatot képezve játszik szerepet egy-egy magatartási minta formálódásában, s emiatt lehetetlen a környezeti sajátosságok nélkül megérteni az egyének viselkedését (Kals-Montada, 2001). Éppen ezért – bár az életvitelt az egyén saját döntései alakítják ki – téves lenne az életmódot és az életvitelt az egyén saját döntései alakítják ki – téves lenne az életmódot és az egészségfejlesztés gyakorlatát a társadalmi térből kiragadva kezelni, hiszen döntéseink hatótere társadalmilag és kulturális szempontból nagymértékben meghatározott. Az életmódbeli változás – alapulhat bármennyire is jól megtervezett egészségfejlesztési programon – megfelelő kollektív szándék és akarat, támogató közösség nélkül hosszú távon nem lehetséges.

Az egyén és környezete közötti kölcsönhatás meghatározza az egyén társadalmon belüli adaptációját, és ennek eredőjeként egészségét is (Cole-Eyles és mtsai, 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. Ennek következtében értelmezhetővé válik az ún. krónikus betegek relatív egészsége is (Milz, 1992), ami maga után vonja annak felismerését, hogy az egészségfejlesztés nem kizárólag a teljesen egészséges egyéneket érinti, hanem valamennyiünk életprogramja kell hogy legyen.

Egy átmeneteli változásokkal teli társadalomban az adaptáció kulcskérdés (Kopp-Skrabski, 1995). A társadalmi adaptációban az életmódváltoztatás, az egészségfejlesztés sikerei egyben diagnosztikus jelzések is. Az adaptációval összefüggésben az egyik központi társadalomlélektani jelenség az úgynevezett kompetens viselkedés. Bandura (1977) ezt a fogalmat úgy definiálta, mint olyan képességet, amellyel meg tudunk felelni a környezet legkülönbözőbb elvárásainak, kihívásainak, és sikeresen meg tudunk birkózni a konfliktusokkal, problémákkal. Az egészségfejlesztés definíciójában szereplő kontroll szorosan összefügg a kompetens viselkedés meglétével, az önbizalommal, saját képességeink reális megítélésével és azzal az igénnyel, hogy személyiségünket folyamatosan fejlesszük. Így vált az egészségpszichológia egyik központi jelensége az egészségfejlesztési programok aktuális alkotóelemévé (O'Leary, 1985).

A kompetencia érzése nemcsak azt befolyásolja, ahogyan az egyének gondolkodnak, éreznek és cselekednek, hanem az egész társadalom karakterét, döntési mechanizmusait és szociokulturális adaptációját is. Kutatási eredmények azt igazolják, hogy a kompetens

viselkedés szorosan összefügg az egészséghez való pozitív hozzáállással és a káros szenvedélyek ritkább előfordulásával (Schwarzer, 1994). Az önbizalom, a belső kontroll megléte megelőzheti a dohányzás vagy a mértéktelen alkoholfogyasztás iniciációját, s ugyanakkor elősegíti a megelőzésben szerepet játszó magatartásformákat, így például a fizikai aktivitásban való részvételt (Rimal, 2001). A kompetenciaérzés hiánya viszont az alacsony önértékelés és önbizalom következtében szorongásra, depresszióra és pesszimista jövőképre hajlamosít. Ezek a jelenségek szorosan összefüggnek egymással: a káros szenvedélyek és a pszichés zavarok egymást kölcsönösen felerősítve rontják az egyén egészségét. Ugyanakkor az egészségpszichológiában napjaink legújabb trendje szerint az ún. pozitív pszichológia elve kezd érvényesülni, amely a problémák és konfliktusok mindenáron való kiiktatása helyett a pozitív érzelmek spirálként megsokszorozzák védőerejüket, és egyre több kedvező pszichikai folyamatot indukálva javítják az egészség fejlesztésének lehetőségeit (Fredrickson, 2001).

Bizalom és önbizalom szorosan összetartozó fogalmak: az önbizalom hiánya bizalmatlanságot szül, s ha egy közösségben a kiszámíthatatlanság és a bizalom hiánya válik uralkodóvá, jelentősen csökken az a társadalmi tőke, amely nemcsak a közösségépítés, hanem a közösség egészségi állapotának alapja is. Kézenfekvő ugyanis, hogy egészséges társadalmat csak megfelelő kompetenciaérzéssel és önbizalommal felvértezett egyének tudnak építeni, míg az ellenséges beállítódás növeli a betegségek kockázatát (Miller-Smith és mtsai, 1996). Megfelelő szociális integrációt bizalomvesztett állapotban nehéz kialakítani. A bizalomvesztett állapothoz vezető úton a félelem és a szorongás a legfőbb döntéshozó erő. Az autoriter kapcsolat azáltal válik társadalom-lélektani szempontból patogénné, hogy működésének alapja a kiszolgáltatottság, a szorongáskeltés, a másik – vagy akár tömegek – függőségbe kényszerítése. A kiszolgáltatottak félelmének alapja pedig a kontroll, a kiszámíthatatlanság és a tervezhetőség hiánya. A társadalom-lélektani értelemben vett egészséges kapcsolat lényege az egymás kölcsönös tiszteletén alapuló viszony, amely kizárja a kiszolgáltatottság érzését.

Az egészségfejlesztési programok sikerének előfeltétele az abban részt vevő egyének és közösség motiváltsága és kontrollérzése. Ebben jelentős változást hozott az epidemiológiai korszakváltás, hiszen a modern népegészségügyi stratégiák megvalósíthatatlanok a lakosság aktív részvétele nélkül. Az egyének viszont csak akkor válnak aktív résztvevőkké, ha kellő önbizalommal felvértezve bíznak erőfeszítéseik sikerében. Mindebből az is következik, hogy az egészségfejlesztés során hangsúlyt kell fektetni az önbizalom és más fontos készségek és képességek fejlesztésére is (Sallis-Owen-Fortheringham, 2000).

Számos egészségpszichológiai jelenség, mint a társas támogatás, a konfliktusmegoldási képesség alakítása is részét kell, hogy képezze a stratégiáknak, mert ezek hiányában az egyén viszonyát a káros szenvedélyekhez lehetetlen megváltoztatni. Sajnálatos például, hogy a serdülők közül sokan éppen a cigaretta biokémiai és pszichoszociális effektusait használva tesznek szert nagyobb önbizalomra.

A kultúra alapvetően megszabja az elfogadott és a társadalom által kívánatosnak tartott magatartási normatívákat (Kals-Montada, 2001). Míg az egyik kultúrában a dohányzás elfogadott, egy másikban szigorúan tiltott. Míg egyik kultúrában a nyugodt, konformista attitűd az elfogadott, egy másikban a túlhajszolt, kimerítő életmód jelenti a sikeres és kívánatos modellt. A dohányzás egyéni motívumai a személyiségjegyeiktől függenek, de a dohányzás előfordulását egy adott társadalomban vagy társadalmi csoportban, például a nők körében, már kulturális elemek szabályozzák.

Az adott kultúra, mint az életmódot szabályozó keret a tárgyi megjelenítéseken túl az egyének és közösségek társadalmi adaptációját is befolyásolja azáltal, hogy az általa előírt és preferált társadalmi normák és szokásrendszerek mennyiben segítik elő, illetve gátolják az adaptációt. A stressz napjaink egyik kiemelt fontosságú életjelensége, s amennyiben az adaptáció során nem

történik meg annak feldolgozása, betegségek kialakulásának irányába tolja el az egyén belső homeosztázisát. A stressz forrása a modern korban elsősorban szociális jellegű, interperszonális konfliktusokból, illetve a társadalom működése során generált feszültségekből keletkezik (Pikó, 2002). Míg a kiszámítható, átlátható szabályokat közvetítő, az érvényesülési kritériumokat egyértelműen meghatározó társadalom elősegíti az adaptációt, s ezáltal biztosítja a társadalom egészségét, a gyorsan változó normák okozta felfokozott adaptációs kihívásokat generáló társadalom megnehezíti az egyensúlyi állapot tartós fennmaradását (Pikó, 2003).

Az egészségfejlesztés fogalma szorosan kapcsolódik egy sor olyan fogalomhoz, mint az egészségnevelés, egészségmegőrzés, prevenció vagy egészségápolás, melyek a múltban egymástól többnyire elhatárolhatók voltak, manapság pedig egyre inkább szinonimaként fordulnak elő.

Az egészségfejlesztés újdonsága, éppen az ezektől a fogalmaktól való elhatárolódásból érthető meg.

Az egészségfejlesztésben mindenhol új trendek körvonalazódnak, amelyek közös jellemzője, hogy a programok minden eddiginél nagyobb mértékben fognak támaszkodni a magatartástudományi és sporttudományi eredményekre.

Az egészségfejlesztés gyakorlatában a tudományosság növelése irányában hat egy másik tendencia is, mégpedig a tervezhetőség, az ellenőrzés minél pontosabb megvalósítása (Koelen-Vaandrager-Colomér, 2001).

Az Ottawai Charta öt pontban fejtette ki a korszerű egészségfejlesztés főbb elveit és kulcsterületeit. Ezek:

- az egészséget támogató társadalompolitika fejlesztése;
- az egészséget segítő környezeti feltételek kialakítása;
- közösségi cselekvés;
- az egészséges élet egyéni készségeinek erősítése;
- az egészségügyi ellátás megelőzési szerepének hangsúlyozása.

A szakemberek egyetértenek abban is, hogy az egészségfejlesztésben három fő cselekvési irányt kell követni: fel kell karolni az egészségügy ügyét minden fórumon; az egészségfejlesztés cselekvő részesévé kell tenni a társadalom különböző csoportjait; illetve intenzív meditációt kell folytatni.

Az elmúlt két évtizedben az egészségfejlesztés új kihívások elé került, így az Ottawai Charta kontextusa is újraértelmezést igényel. A globalizációs folyamatok hatására újfajta egészségdeterminánsok kerültek előtérbe, mint pl. piaci globalizáció, egészséginformációk, növekvő egészségyenlőtlenségek nemzetközi viszonylatban, növekvő szociális bizonytalanság és szegénység, új kereskedelmi és fogyasztási struktúrák, növekvő medikalizáció és individualizáció, környezetszennyezés és urbanizáció. A nem fertőző betegségek (szív- és érrendszeri betegségek, daganatos halálozás) okozta morbiditás és mortalitás különböző kihívások elé állítja az egyes országokat: a javuló tendenciák mellett az egyes országok közti különbségek igen jelentősek. Az egészségfejlesztők munkáját segíti, hogy széles és megbízható tudásbázissal rendelkezünk azokról a determinánsokról, amelyek a népesség egészségi állapotának tartós javulását eredményezték. Általában elmondható, hogy ezek az egészséget támogató közpolitikai környezet tényezői, mint pl. 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 nyugati világ átalakuló értékrendjének alapeszméi között

mára egyértelműen teret nyert a társadalmi igazságosság, az egyenlőség és a szolidaritás, az egészség témakörében pedig olyan fogalmakkal dolgozunk, mint az egészségnyereség, a tudományos bizonyíték, a hatékonyság, illetve a fenntarthatóság. Jó példa erre a svéd népegészségügyi program átfogó, nemzeti szintű célkitűzése: olyan társadalmi viszonyok megteremtése, amelyek mellett jó egészségi állapot érhető el a teljes népesség számára, egyenlő módon. A program 11 beavatkozási területe jól szemlélteti a fentiekben bemutatott fejlődést: a modern „népbetegségekre” összpontosító, az egészséges életmódot támogató tevékenységek mellett a társadalmi részvétel, a gazdasági és szociális biztonság, az egészséges munkahelyi környezet, valamint az egészséget jobban támogató egészségügyi ellátórendszer kialakítását célozza.

Mindamellet, hogy gyakorlati egészségpolitikusok, a népegészségügyi szakemberek, és magatartáskutatók közötti párbeszéd számos nehézséget vet fel a fejlett egészségfejlesztési kultúrájú országokban is (Matonovski, 2001), e párbeszéd erősítése és a más tudományterületek képviselőinek bevonása kulcskérdés a további fejlődésben.

Az új trend szemléletbeli megújulást kell hozzon ahol, az egészségfejlesztés egyre inkább egyfajta életmód programmá válik, amely a társadalom egészére terjed ki; időseket és fiatalokat, férfiakat és nőket, egészségeseket és betegeket foglal magában. Az új szemléletű egészségfejlesztés legfontosabb eleme a személyiségfejlődés, amely képessé tesz az életöröm megtalálására és az életminőség javítására. Ebben a szemléletváltásban az egészséggel kapcsolatos multidiszciplináris kutatások eredményeinek kell kulcsszerepet játszaniuk.

3. A munkahelyi egészségfejlesztés gyakorlata (Fritz; 2004)

A sportban az edző feladata, hogy játékosából a legjobb eredményt hozza ki, kemény edzéseket tartson és mindvégig tisztában legyen tanítványa adottságaival és képességeivel. A kitűzött célt nagyon sok befektetett munka révén közösen érik el.

Ez a folyamat a köztudatban is ismert és elfogadott módszer. Vajon a hétköznapi életben, a munkahelyeken használható-e ez a módszer?

A kérdés megválaszolása bonyolultabb annál, hogy ilyen, vagy ehhez hasonló párhuzamot lehessen vonni; mégis nagyon sok munkahelyen a célok elérésére alkalmazott módszer a munkavállalók trenírozásán alapul.

A munkahely olyan szervezet és emberi közösség, amiben az emberek idejük nagy részét töltik, és amelyben megszervezik egzisztenciájuk anyagi alapjait. A munkahellyel nagyrészt összefügg az ember önmegvalósítása. Mindebből következik, hogy a munkahely sokféle hatást gyakorol az egyénre, s ez akár önálló tényezőként, akár más okok láncolatába kapcsolódóan részt vehet pszichikus zavarok, vagy betegségek kialakulásában.

Egyes munkahelyek (nagy kiterjedt szervezetek) működési feltételeit meg lehet változtatni úgy, hogy az sok emberre hasson. Máskor viszont a munkahelyek sokféleségében megtalálható szervezeti izomorfia ígérnek gazdaságos beavatkozási lehetőségeket; ilyenkor egyes munkahelyeken kidolgozott eljárásokat modellként át lehet vinni más munkahelyekre.

Kedvező körülmény, hogy a munkahelyet jelentő organizációk maguk is érdekeltek abban, hogy a dolgozóik ne legyenek betegek, illetve stabil személyiségek maradjanak (Buda B. 1997). A *munkahelyi egészségfejlesztésnek* nevezett eljárás nem csak arra irányul, hogy feltárja, majd kiküszöbölje a munkavállalók egészségére leselkedő veszélyeket, s ily módon megelőzze az egészség romlását, vagyis a betegség kialakulását. Emellett a munkavállalókat megpróbálja aktív részesévé tenni önmaguk egészségi állapotának alakításának. Ehhez kíván minél több lehetőséget biztosítani, alapul véve a folyton változó igényeket és szakmai háttérrel.

A mai *egészségértelmezések* többsége integratív modelleket vázol fel. A természeti, társadalmi környezet, a rendelkezésre álló források mértéke, a problémák leküzdése, a sikerélmény, az elégedettség mind-mind az egészségi állapot meghatározói (Becker, 1992).

Az egészséget, passzív állapot helyett többnyire folyamatként értelmezik. A cselekvőképesség fejlődése az egész életen átível, az egyén új kompetenciák elsajátítására törekszik.

„Az *egészségnevelés* az a tevékenység, amelynek végzése során az egészség megőrzésére, illetve visszaszerzésére, idült betegség esetén a rosszabbodások megakadályozását szolgáló egyéni és közösségi magatartásra készítjük a lakosságot. Ezek szerint az egészségnevelés olyan pedagógiai tevékenység, melynek során az egészséges életmód céljai megvalósítását tűzzük ki magunk elé” (Mészáros J./Simon T., 1994). Az egészségnevelés az egészségfejlesztés része, de nem szinonimája, szóhasználatukban még is sokszor azonos értelmezésben használjuk.

„Az *egészségfejlesztésnek* látszik egy tág és egy szűk definíciója. A szűk definíció az egészségfejlesztés elméletének újdonságát hangsúlyozza és elhatárolja magát egyéb preventív folyamatoktól. Az 1986-ban született Ottawa Chartára hivatkozva, a leglényegesebb sarokpontja az egészséget illetően az egyéni autonómia követelményének megfogalmazása, valamint az életkörülmények – munka, lakás, művelődés, béke – javításának sürgetése.

A tág definíció az összes nem terápiás egészségjavító módszer gyűjtőfogalma. Egységes fogalomként integrálja az egészség felvilágosítás, az egészségnevelés és tanítás, az önségítés, valamint a prevenció eddigi részstratégiáit.

Az egészségfejlesztés tág definíciójának célja nyilvánvaló: cselekvésre ösztönöz, és lehetőséget kíván biztosítani arra, hogy az egészségfejlesztés elemei ne kizárják, hanem kiegészítsék egymást” (Benkő Zs., 1997).

„Az egészség ezáltal nem egy folyamat eredménye, amellyel rendelkezni lehet, hanem az egyén egész életén végighúzódó fejlődésének része. E fejlődés alakítását, rögzítését és kihatásait lényegileg az egyének testisége, azaz a phüizisz és a psziché ugyanúgy, mint a test szociális és kulturális elsajátítása és felhasználása kooperatív cselekvés keretében közvetíti” (Franzkowiak/Wenzel, 1985).

A munkahelyi egészségfejlesztés oka és célja:

A munkahelyi egészségfejlesztési programok megjelenésének elsődleges kiváltó oka a dolgozók betegsége miatt a munkáltatókra nehezedő költségek radikális megnövekedése volt. Egyes országokban (pl. USA) a munkáltató fizeti dolgozói, és azok családtagjainak egészségbiztosítását. De azokban az országokban is, ahol ez nem így van, a dolgozók hiányzása jelentős költségeket ró a vállalatokra. A programok célja tehát elsősorban a dolgozók egészségének javításán keresztül e költségek csökkentése volt. Időközben azonban kiderült, hogy a munkahelyi egészségfejlesztési programoknak a fentiekén kívül egyéb kedvező hatásai is vannak, melyek közvetett módon szintén javíthatják a vállalat eredményességét és külső megítélését.

A munkahelyi egészségfejlesztési programok az USA-ból indultak. Ott rohamosan terjednek: egy 1989-es felmérés szerint a magánszektor 50 főnél többet foglalkoztató vállalatainak 65,5%-a végzett valamilyen egészségfejlesztési tevékenységet (Pencak, 1991). Egy 1992-es felmérés szerint a munkahelyek 81%-a kínált legalább egy egészségfejlesztő aktivitást (Stokols és mtsai, 1995). Időközben ezek a programok Nyugat-Európában is egyre gyakoribbá válnak. Az Egyesült Királyságban például 1996-os adatok szerint a nagyvállalatok 69%-a, a kicsik 40%-a foglalkozik egészségfejlesztéssel (Sanders és Crowe, 1996).

Európai gyakorlatok a munkahelyi egészségfejlesztésben

19 európai ország 66 vállalatának egészségfejlesztési módszereit és eredményeit vizsgáltam meg.

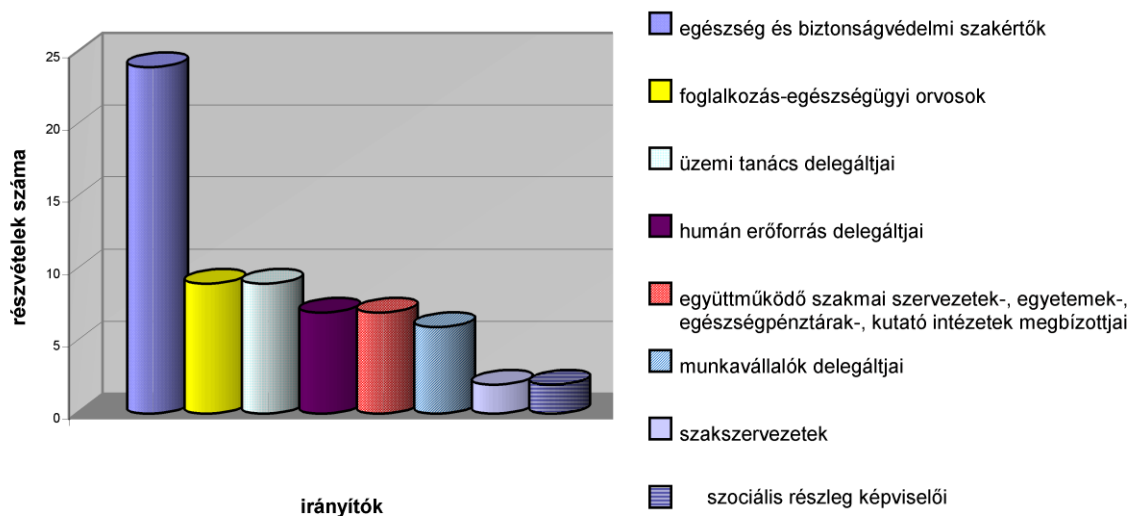
Nagyon fontosnak tartom, hogy a vizsgálódást először az egészségfejlesztést irányítók ismertetésével kezdjem, hiszen a hatékony megvalósításhoz elengedhetetlen a precízen kidolgozott feladatterv és az erős vezetői támogatás. A programok sikerét nagyban meghatározza a vállalat menedzsmentjével való elfogadtatása. Ezért is tanulságos a munkahelyi egészségfejlesztés irányításában résztvevők beosztása és helye a vállalati hierarchiában.

Az elemzés során a munkahelyi egészségfejlesztésért felelősök és az azt irányítók megnevezéseit csoportosítanom kellett tevékenységeik szerint¹.

Ezek alapján kilenc kategóriát hoztam létre, amelyekbe a közreműködőket besoroltam és a részvételük alakulását az **1.sz. ábra** mutatja. Ebből az ábrából jól megfigyelhető, hogy a cégvezetés kikre bízta a munkahelyi egészségfejlesztés irányítását, koordinálását és felügyeletét.

¹ A munkakör megnevezéseket – „köszönhetően” a még nem egységesedett munkakör értékelő és besorolási rendszereknek – nem egységesen alkalmazzák az európai társaságok.

Az egészségfejlesztést irányítók eloszlása besorolási kategóriáinként



1. ábra

A legtöbb társaságnál az egészség és biztonságvédelmi szakértők, a menedzsment tagjai, a foglalkozás-egészségügyi orvos és az üzemi tanácsok megbízottjai alkotják a munkahelyi egészségfejlesztés „motorját”.

Fontos szerepet kap a társaságok egészséggel való kapcsolatában a humán erőforrás szervezet és a munkavállalókat képviselő delegáltak. Érdemes még megemlíteni azokat az irányítási modelleket, ahol a WHP² szakmai feladatait vagy teljesen külső szakmai szervezetekre, egészségbiztosítókra, egyetemekre bízják, vagy bevonják őket a munkába egy együttműködés keretében. A WHP hatékony megvalósításánál észrevehető, hogy a személyi feltételek biztosítása – itt elsősorban képzett egészségfejlesztési szakemberekre kell gondolni – alapkövetelmény kell legyen egy sikeres csapatmunka megvalósításához, az egészségfejlesztés hatékonyságának biztosításához.

Azt hiszem, hogy a WHP legsebezhetőbb pontja az, hogy nehéz olyan mérőszámok találni, amivel a munkavállalók egészségi állapota és egyben a programok hatékonysága mérhető, valamint bizonyítható a vállalat vezetése számára a WHP működtetésébe befektetett költségek megtérülése. Ezért tartom tanulságosnak felvázolni az elemzett társaságok kiindulási pontjait és az ehhez szükséges mérőszámok megnevezését.

A társaságok nagy többsége az éves jelentésükben szereplő adatokat vette a WHP alapjául. Ezen mérőszámok a következő adatokat tartalmazzák:

- Betegség miatti hiányzás;
- Munkával való elégedettség;
- Munkahelyi légkör;
- Üzemi/munkahelyi balesetek;
- Betegen eltöltött napok száma;
- Munkamorál;
- Foglalkozás-egészségügyi vizsgálatok eredményei, egészségi állapot;
- A személyzeti állomány cseréje;
- Vevő elégedettsége.

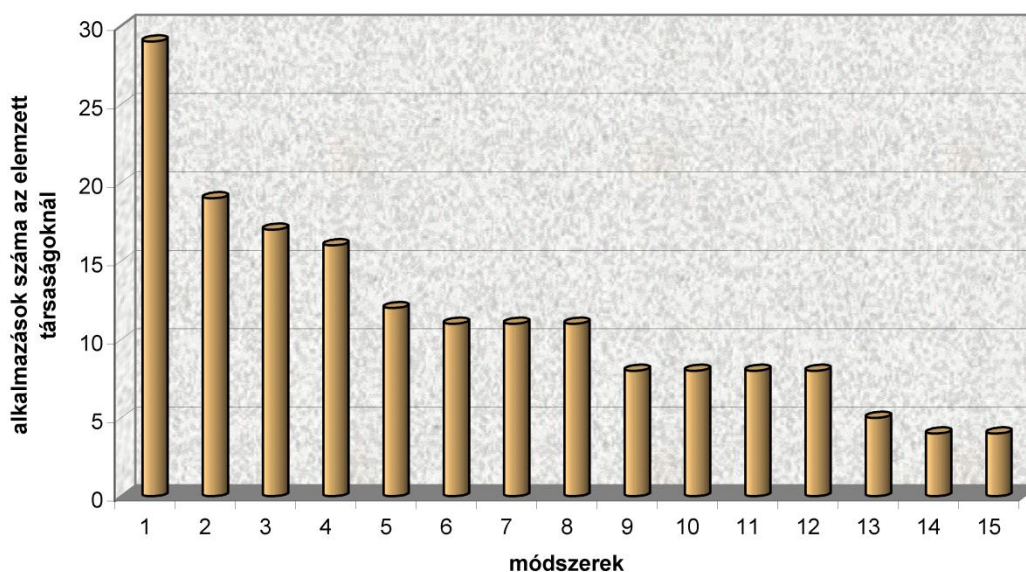
² Workplace Health Promotion: Munkahelyi egészségfejlesztés

Az a társaság, ahol sikerült jó szakemberekből álló csapatot alkotni és az előbb felsorolt mérőszámok többsége rendelkezésükre állt, ott már csak a megfelelő módszerek kiválasztása és alkalmazása volt hátra. A fejezet terjedelme nem teszi lehetővé az alkalmazott módszerek átfogó és részletes ismertetését, ezért a leggyakrabban alkalmazott módszereket veszem sorra és egy-két érdekes egyedi, de hatékony ötletet is megosztok az olvasóval.

Az elemzett 66 társaságnál 15 féle módszert, juttatást és feltételrendszer biztosítását találtam, amelyet több mint 11 vállalatnál alkalmaztak sikeresen.

Ezen módszerek listáját és alkalmazásuknak eloszlását a **2. ábra** mutatja³.

A legtöbb helyen alkalmazott módszerek, juttatások alkalmazásának eloszlása



Kódtábla:

1	Rekreációs-, sportolási lehetőségek támogatása, motiválása (esetenként saját sportközpontban)
2	A hát, a gerinc védelmében tréningek, gimnasztikai és relaxációs gyakorlatok, emelési és szállítási technikák, helyes ülőtartás kialakítása
3	Egészséges étkezés biztosítása az üzemi étkezdékben, egészséges menük összeállítása, dietetikai tanácsadás
4	Stressz menedzsment szeminárium, tréning
5	Részmunkaidős foglalkoztatás, rugalmas munkaidő biztosítása
6	Alkoholról és drogról szóló megelőző és leszoktató foglalkozások, szerencsejáték függőség kezelése
7	Szociális és kulturális programok szervezése
8	A foglalkozás-egészségügyi vizsgálatokon felüli szűrőprogramok, szív és keringési rendszer tesztelése, emlőrák elleni megelőző kampány, fitness vizsgálatok
9	Rehabilitáció alkalmazása, pszichoterapeuta biztosítása a hosszabb-, súlyosabb betegségből visszatérőknek. Könnyített munkavégzés és több munkaköri szünet biztosítása
10	Pihenő-, szünet-, feltöltődő-, melegedő szobák kialakítása
11	Munkahelyek ergonómiai szempontból történő kialakítása
12	Dohányzásról leszoktató tréning
13	"Ötlet bank"; "javaslatok doboz" létrehozása, munkahelyi feltételek javításához szükséges munkavállalói ötletek gyűjtése és együttes kidolgozása
14	Relaxációs tréning
15	Elsősegélynyújtási tanfolyam

2. ábra

³ A módszerek ismertetésénél fontos elmondani, hogy a foglalkozás-egészségügyi alapellátást természetesen minden társaságnál biztosították, így az külön nem szerepel a felsorolásban.

Az egészségfejlesztési módszerek közül a legtöbb cég a testmozgást alkalmazta, amely már előre magas egészségfejlesztési hatékonyságot prognosztizálhatott a WHP-ért felelősök körében. A cégek egy része különböző módon ösztönözte a munkavállalóit valamilyen mozgásos tevékenységek végzésére, pl.: kedvezmények az edzőtermekben, írásos tájékoztatók a rekreációs lehetőségekről, a környéken lévő sportlétesítmények bemutatása, esetenként saját sportközpont létesítése. A szabadidő hasznos eltöltésére különböző egészségfejlesztési tréningeken is felhívták a figyelmet. Sok helyen indítottak igényeknek megfelelő rekreációs-sportfoglalkozásokat, pl.: viziaerobik, tánc, túrázás. A cardio-vascularis és respiratorikus rendszer edzésére pedig több esetben is – a fittségi felmérések és azok eredményei ismeretében – kiemelt figyelmet és támogatást biztosítottak (squash, kosárlabda, tollaslabda, röplabda). Az egyik cég 10 hetes cardio-fitness fizikai állapotfelmérést követően szervezte meg ezen aerob mozgások jól felszerelt edzőtermekben történő végzését.

Egy másik cég a sportmozgások jelentőségét hangsúlyozva egy úgynevezett „személyes egészség kártyát” vezetett be, ami lehetővé teszi az adott ország bármely településén kedvezményes sport és rekreációs szolgáltatások igénybevételét.

A hát és a gerinc védelme nagy hangsúlyt kapott az egészségfejlesztési törekvések között, nem ok nélkül. Egyrészt a fizikai munkát végzők körében az emelések, nehéz tárgyak cipelése nagy terhet ró a gerincoszlopra, a helytelenül végrehajtott mozgások, hosszú ideig munkaképtelenné teszik a munkavállalót. Másrészt a technika fejlődésével egyre több egyhelyben ülő – főként képernyő előtti – munkakör jött és jön létre, ahol a helyes testtartás és a megfelelő preventív és rehabilitációs gyakorlatok feltételét képezik a hatékony munkavégzésnek. Ezeket a gyakorlatokat tréningek során sajátítják el és alkalmazzák a mindennapi munkavégzés folyamán.

Az üzemi étkezdékben kialakított egészséges menü összeállításáról azt gondolom, hogy az az egyik legegyszerűbb és különösebb beruházást nem igénylő módszer, ami nagyban hozzájárul az egészségi állapot karbantartásához. Több társaság az üzemi étkezdét kommunikációs színtérként is felhasználta, egyrészt az ételek egészséges összetevőinek ismertetésével, másrészt a hirdetőtáblán olvasható dietetikai tanácsokkal, amihez sok esetben személyes konzultációs lehetőség is társult.

A részmunkaidős foglalkoztatást és a rugalmas munkaidő biztosítást a cégek a családi és munkahelyi élet harmonikus együttműködésének zálogaként kezelik. Lehetőséget biztosítanak az anyáknak gyermekük órarendjéhez igazítani munkakezdésüket. Kisgyermekes anyák esetében néhány cég távmunka végzését engedélyezi szintén a családi és munkahelyi élet egyensúlyának fenntartása érdekében.

Az egyik cég saját óvodát hozott létre és nyári táborokat is biztosít az ott dolgozók gyermekeiknek. Nagy könnyebbséget jelent céges buszjáratok biztosítása a munkahely és a lakóhely között.

A távmunka egy másik nagyon ötletes és humánus indíttatású megvalósítását alkalmazta egy társaság. Ha a munkavállaló családjában valamely családtag megbetegszik, akkor a munkáltató hordozható számítógépet biztosít számára, amin ő otthonról dolgozhat családtagja felépüléséig. Egyedi ötletnek és gyakorlatnak bizonyult az egyik cég idősebb munkavállalóinak biztosított azon lehetősége, hogy egy munkát két ember végezzen el, amíg a nyugdíjkorhatárt el nem éri. Úgy érzem, hogy a **2. ábrán** felsorolt módszerek közül egyedül a „szociális és kulturális programok szervezés” megnevezés maradt, ami megkívánja, hogy részletesebben ismertessem a benne foglaltakat: nők napja, gyerekek napja, wellness hétvégék szervezése, egészség nap, egészség hét, vállalati klub üzemeltetése, irodalmi felolvasó klub, színházjegyek biztosítása, csapatépítő tréningek, stb.

Ezen programok lehetőséget biztosítanak a munkahely és a család, valamint a munkatársak kapcsolatának az erősítésére. Szakemberek segítenek az egészséggel kapcsolatos problémák megválaszolásában, felügyelet mellett lehet kipróbálni új mozgásformákat, játékokat, a szabadidő hasznos eltöltését elősegítő tevékenységeket. Nagyon erős csapatépítő hatást lehet elérni a színvonalas, jó hangulatban megtartott rendezvényekkel, ahol a munkahelyi alá-fölé rendeltségi viszony és a munkavégzés különbözőségéből adódó szeparáltság teljes mértékben feloldódhat.

A vizsgáltak között több olyan cég is van, ahol a különböző tréningeket, továbbképzéseket saját oktatási központjukban végzik.

Az alkalmazott módszerek bemutatásának végére hagytam néhány nagyon érdekes és megfontolandó egészségfejlesztési ötletet, akciót, melyek a programok színesebbé tételéhez és változatosságának növeléséhez járulhatnak hozzá. Ezeket felsorolás szintjén rövid kiegészítésekkel említem meg:

- Rövid szüneteket vezettek be a munkaidő alatt, gimnasztikai gyakorlatok és relaxáció részére. Néhány munkavállalót edzők és szakemberek képeztek ki. Ők tudják, hogy hogyan kell különböző izomfeszítő-, nyújtó és lazító gyakorlatokat elvégezni, és megmutatták a kollegáknak a tanult gyakorlatokat.
- Rehabilitációs bizottságot hoztak létre, amely meghatározza a megváltozott képességű munkavállalók részére munkahelyi feltételeket és a szükséges helyet.
- Munkahelyi rotációs programot vezettek be, ami a monotónia hatására kifejlődő egészségkárosító folyamatokat előzi meg, változatosabbá teszi a munkát és nem utolsó sorban átfogó képet nyújt a munkavállalónak a társaság működéséről.
- Verseny a biztonságos vezetésért.
- „A lépcsőt használd, ne a liftet” felhívás.
- Speciális WHP programok a felső vezetésnek.
- Az egészséget hirdető munkavállalókat (health inspirers) képeztek ki szakemberek, akik a kollegáik egészségi állapotának fejlesztésében segédkeznek.
- Személyre szóló egészségtervet (personel health program) biztosít a cég a munkavállalók részére, amit egészségfejlesztési szakértők készítenek el.
- A távolra utazókat tájékoztatják az esetleges egészséget veszélyeztető kockázatokról (trópusi betegségek, védőoltások, higiénia).

A módszerek ismertetését követően fontos megemlíteni azokat a kommunikációs csatornákat, amelyeket az elemzett cégek a WHP megvalósításánál alkalmaztak:

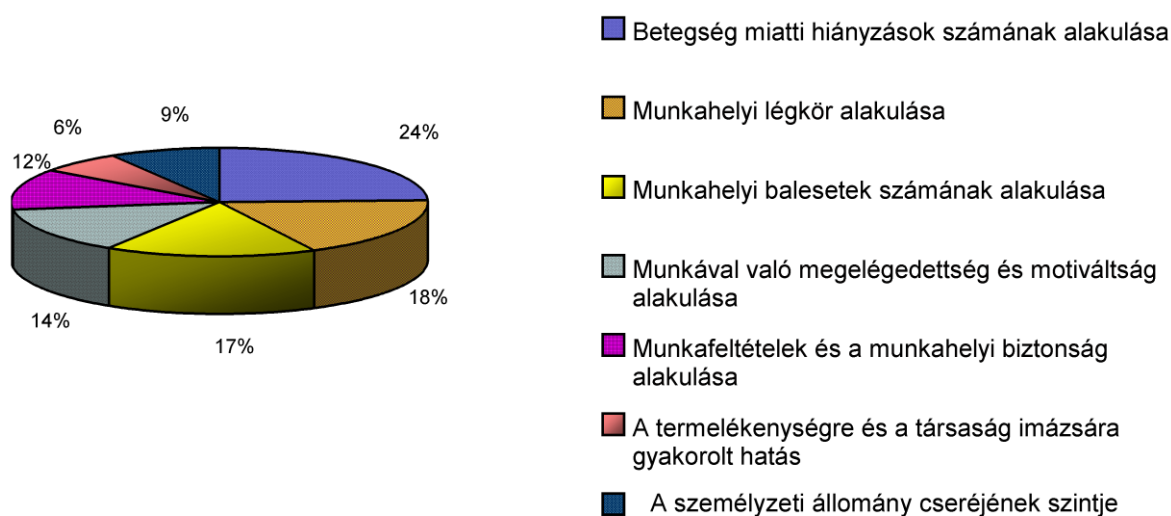
- Vállalati újság, ahol folyamatos tájékoztatást biztosítanak a WHP programokról.
- „Egészség” című kiadvány, amely negyedévente jut el minden munkavállalóhoz.
- Tájékoztató füzet az egészség és biztonságvédelemről.
- WHP információs bázis a cég intranetén.
- Ingyenes telefonvonal WHP információkért.

A munkahelyi egészségfejlesztés alkalmazásának eredményei

Elemmezve mind a 66 társaság által összegzett WHP alkalmazásának eredményeit, megállapítható, hogy nagyon széles az a paletta, amellyel a WHP hatékonyságát ténylegesen mérni lehet. Nem csak az alkalmazott módszerek sokszínűsége miatt nehéz egy átfogó összegezést elkészíteni ezen cégek eredményeiből, hanem a különböző mérőszámok és vizsgált időszakok különbözősége sem teszi lehetővé az egységes statisztikai feldolgozást és kimutatást. Ez persze nem azt jelenti, hogy maga a WHP értékelése, hatékonyságának vizsgálata nem lehetséges. Ellenkezőleg; az egyes cégeknél alkalmazott eljárások hatására bekövetkezett – előzetesen meghatározott és felmért – egészségi állapotot meghatározó mérőszámok (lásd IV. rész) változása adja az eljárások hatékonyságának bizonyíthatóságát.

Kiválasztottam a 7 leggyakrabban alkalmazott mérőszám típust és megvizsgáltam az alkalmazásuk százalékos eloszlását a 66 társaságnál, amit a **3. ábra** mutat.

A hét leggyakrabban alkalmazott mérőszám típus alkalmazásának százalékos eloszlása



3. ábra

A társaságok ezen 7 kategóriába eső eredményei minden esetben pozitív irányú elmozdulást mutattak, azaz:

- A betegség miatti hiányzások száma csökkent;
- A munkahelyi légkör javult;
- A munkahelyi balesetek száma csökkent;
- A munkával való megelégedettség és motiváltság nőtt;
- A munkafeltételek és a munkahelyi biztonság növekedett;
- A személyzeti állomány cseréje csökkent;
- Pozitív hatást gyakorolt a termelékenységre és a társaság imázsára.

A felsorolás a legtöbbször használt mérőszám típussal kezdődik és csökkenő sorrendben folytatódik.

Természetesen a típusokat a hatékonyság vizsgálat miatt érdemes elkülöníteni, de jól látszik, hogy szoros kapcsolatban és ok-okozati viszonyban állnak egymással. Pl. ha a munkafeltételek javulnak és a munkahelyi biztonság növekszik, akkor a munkahelyi balesetek száma csökken, így a betegség miatti hiányzások száma is csökken. Ez javítja a munkahelyi légkört és összességében pozitív hatást gyakorol a termelékenységre.

Az eredmények ismertetésének befejezésénél három olyan eredményt szeretnék leírni, amelyek az értékelés szempontjából egyedi esetként fordultak elő, de remélhető, hogy alkalmazásuk és eredményeik száma az elkövetkező években emelkedni fog.

Egyedi esetek:

- Terápiás intézkedéseknek köszönhetően 25 alkoholistánál a betegen eltöltött napok száma egy év alatt 1420-ról 351-re csökkent;
- Három társaságnál is vizsgálták a dohányzásról leszoktató programok hatását. Kimutatták a dohányzó munkavállalók arányának csökkenését, amely valószínűsíti a program hatékonyságát;
- Négy társaságnál elemezték, hogy a bevezetett WHP intézkedések hatására miként alakult a vásárlói elégedettség. A vásárlóktól kapott visszajelzések az elégedettség növekedését mutatták.

A vizsgálat segítséget adhat a munkahelyi egészségfejlesztés bevezetéséhez és egyben alátámasztja annak eredményességét, valamint rávilágít a hatékony alkalmazásának feltételeire. Az ismertetett eredményekkel ténylegesen bizonyíthatóvá vált a vizsgált egészségfejlesztési eljárások hatékonysága, és így még nagyobb teret kell kapnia ezen módszerek munkahelyen történő alkalmazásának.

A ***munkahelyi egészségfejlesztés*** nem csupán egy hosszú folyamat elindítását jelenti, hanem a lehető legtöbb szinten a többirányú, egymás mellett párhuzamosan futó, munkavállalói igényt kielégítő és a társaság lehetőségeit kihasználó komplex programcsomag, mely a társaság vezetése által támogatott, valamint szakmailag felügyelt kell legyen. Ezen feltételek megléte esetén tud a munkavállalók mindennapi tevékenységének részévé válni.

A jól felépített és a munkahelyi vezetők által is támogatott egészségfejlesztés sikerre van ítélve és eléri a célját, ami nem más, mint:

„Egészséges munkavállalók és hatékony munkavégzés”.

4. A Cooper-i tökéletes közérzet nevelési programja (Fritz, 2011)

Dr. Kenneth H. Cooper A tökéletes közérzet programja című könyv felhasználásával (Cooper; 1990).

4.1. Mit jelent a tökéletes közérzet?

A világegyetem egyik legfőbb törvénye az egyensúlyi elv. Földünk minden részének, akármilyen parányi is, teljes egyensúlyi állapotban kell lennie ahhoz, hogy a Föld megfelelően „működjék”.

Az emberi test része a világegyetemnek, így az elv rá is igaz: tökéletes egyensúlyban kell lennie ahhoz, hogy tökéletesen működjék.

Az optimális működésükhöz meghatározott mennyiségű és minőségű gyakorlásra van szükségünk, sem többre, sem kevesebbre. *Ezért szól a rekreáció az egészségről és sok esetben ezért nem tartozik ide a versenysport.* Meghatározott mennyiségű és típusú ételt kell elfogyasztanunk. S ugyanígy adott mennyiségű alvást és pihenést igényelünk ahhoz, hogy a napi élet feszültségeit, a napi stresszt levezessük.

Ha valaki bármelyik irányba túlzottan elmozdul (túl keveset vagy túl sokat mozog, eszik vagy alszik), akkor testi és lelki egyensúlya megbillen. Az egyensúlyhiány az egyéni jó közérzet hiányához vezet, viszont ha megvan az egyensúly, megjelenik a jó közérzet is.

Ha az egyensúly helyreáll, akkor alakul ki az, amit Cooper tökéletes közérzetnek nevez.

Cooper a Texas állambeli dallasi Aerobics Centerben páciensek ezreit vizsgálta meg és követte nyomon egészségi állapotuk változásait orvosok, kutatóorvosok, sportszakemberek segítségével. Íme néhány a tökéletes közérzet nyújtotta előnyökből, amelyekről az Aerobics Center kutatási adatai kimutatták, hogy bárki számára elérhetőek:

- nagyobb egyéni energia;
- több élvezhető és aktív szabadidő;
- a stresszhelyzetek kezelésének fokozottabb képessége;
- kevesebb depresszió, hypochondria és konkrét ok nélküli aggodalmaskodás;
- kevesebb testi panasz;
- jobb emésztés és ritkább székrekedés;
- nagyobb önbecsülés és önbizalom;
- vonzóbb, karcsúbb alak, beleértve a testsúly hatékonyabb szabályozhatóságát;
- erősebb csontrendszer;
- az öregedési folyamat lassulása;
- könnyebb terhesség és szülés;
- nyugodtabb, mélyebb alvás;
- fokozottabb koncentrációképesség munkavégzés közben, valamint nagyobb kitartás a napi feladatok megoldásában;
- ritkább fájdalmak és fájások, beleértve a hátfájásokat is.

Cooper szerint a tökéletes közérzet állapotának elérése teljesen megváltoztathatja az életet és bárkit boldogabb, produktívabb emberré tehet.

Hogyan érhető el a tökéletes közérzet állapota?

Az Aerobics Centerben folytatott kiterjedt kutatások azt bizonyítják, hogy három alapvető emberi szükségletet kell kielégítenünk, ha el akarjuk érni azt az általános egyensúlyt, amely a tökéletes közérzet előfeltétele. Amint azt az „egyensúly” kifejezés is sugallja, ezeket a szükségleteket olyan módon kell kielégíteni, hogy közben a test és a lélek harmonikus egyensúlyban maradjon.

Összegezve tehát, a tökéletes közérzet olyan állapot, amely az ember életében a testi és érzelmi egyensúly általános állapotából keletkezik. Nem helyettesíti az ösztönző munkát, a tartalmas házasságot és a vallásos meggyőződést.

Viszont a tökéletes közérzet képes megteremteni a testi és érzelmi alapját annak, hogy elérjük ezeket a célokat, különösképpen akkor, ha az ember egyre jobban magáévá teszi ezeket a törekvéseket, és ha ezek egyre több időt és energiát követelnek tőle.

A tökéletes közérzet elve, amely mélyen gyökerezik a természet alapvető egyensúlyrendszerében, ugyanúgy be van ágyazódva mindannyinkba, mint bármely más egyetemes törvény vagy ösztön. Mi több, megtapasztalhatjuk, hogy meglepően nagy természetes erők lakoznak bennük, ha megtanuljuk azt, miként szabadítsuk fel őket.

4.2 A mozgásos életmód és az életminőség (Fritz; 2004)

A mozgásos aktivitás egészségre gyakorolt hatása kiemelkedő, részben az inaktív életmód elterjedtsége miatt, részben azon egészséget befolyásoló körülmények nagy száma miatt, melyet a mozgás hiánya befolyásol (pszichológiai válaszok, sokféle, sokszor halálos kimenetelű betegség kialakulása, mozgáskorlátozottság, mindennemű funkcionális kapacitás megváltozása, mentális egészség és életminőség alakulása). Az egészségre gyakorolt pozitív hatás már mérsékelt napi aktivitás mellett is jelentkezik. Ezek a tevékenységek nem igényelnek nagy szakértelmet, sem speciális felszerelést, vagy sportlétesítményt.

A mozgás mellett más hagyományos (kor, végzettség, testtömeg index <BMI>, dohányzás), egészséget befolyásoló tényezők hatását és interakcióját tanulmányoztuk, figyelembe véve a pszichoszociális háttérrel is, jelen esetben a munkahelyi környezetet.

A rendszeres mozgás vitalitásban, egészségben gazdagabb életet, jobb közérzetet biztosít, amely maga után vonja saját egészségi állapotunkról kialakult véleményünk javulását.

Számos, főleg külföldi tanulmány számol be a rendszeres rekreációs sporttevékenységek egészségmegőrző, illetve már fennálló krónikus betegségek esetén egészséghelyreállító hatásáról, mint a gyógyszeres kezelést támogató módszerről.

Eredmények:

a. A mozgás és a mozgásszervi panaszok alakulása

A rendszeres rekreációs sporttevékenység a felnőtt lakosság körében csökkent mind a *nyaki*-, mind az *ágyéki gerincszakasz* bántalmait, melyek gyakori velejárói a civilizált életmódból

fakadó, a mozgató rendszert érő egyoldalú terhelésnek és a pszichoszociális stressz következtében fellépő krónikus izomfeszülésnek.

A pszichoszociális környezet módosítása a kétkezi munkát végzők körében talán segít redukálni a hátfájás kialakulását (Johnston és mtsai; 2003).

A vázizom-rendellenességek azért válhattak jelentős közegészségügyi problémává, mert kiemelkedő szerepük van a mozgáskorlátozottság kialakulásában, a betegszabadság alakulásában, munkaképtelenné válásban, valamint a betegség miatt fellépő költségek növekedésében. A fokozottabb testmozgás összefüggésben áll a jobb funkcionális képességekkel és közérzettel, így az egészségfejlesztés egyik fontos eszköze kell legyen, ami javíthatja az életminőséget is.

b. A mozgás hatása a kardiovaszkuláris eseményekre és a kialakulásukat befolyásoló rizikótényezőkre

A rendszeres mozgás jelentősen csökkenti a sokszor halálos kimenetelű *kardiovaszkuláris események* gyakoriságát, ami szoros összefüggésbe hozható a *magas vérnyomásos betegségekkel* (Barringa; 1997).

A férfiaknál szignifikáns összefüggés áll fenn a *mozgás* és a *BMI* között.

A mozgás befolyásolja a mortalitásért felelős kockázati tényezőket a nem kövér férfiaknál és fiatalabb nőknél (<60). A *nem túlsúlyos* férfiaknál (BMI <27,02) az *aktivitás* kortól és végzettségtől függetlenül fordított összefüggésben volt a CHD mortalitással. A fiatalabb nőknél fokozott mozgás esetén szignifikáns csökkenés mutatkozott a CHD elhalálozás mértékében (Dorn és mtsai; 1999).

Tény, hogy már mérsékelt intenzitású sporttevékenységnek is kimutatható védő hatása van a magas vérnyomásos betegségekkel szemben (Vouri; 1998).

c. A túlsúlyosság és az elhízottság összefüggése az egészséggel

A felnőttkori súlygyarapodás mindkét nemnél összefüggésben állt szívbetegségek és azok halálos végkimenetelének megnövekedett kockázatával. Ezt a kockázatot módosítja a faji- és etnikai hovatartozás, akárcsak a nem és az életkor.

Azok aránya, akik a túlsúlyos kategóriába sorolhatóak, viszonylag állandó maradt az előző 3 évtizedben, míg az elhízottság gyakorisága több mint 50%-al növekedett. Az amerikai felnőttek átlagos súlya az elmúlt 15 évben 3,6 kg-al nőtt. A súlygyarapodás összefüggésben állt a mozgás és a *vitalitás* csökkenésével. A súlyváltozás sokkal erősebb összefüggést mutatott a testi egészséggel, mint a mentálissal. *A súlyváltozás hatása, főleg a súlygyarapodás, éppen olyan erős hatással volt a 65 éven felüliekre, mint a fiatalabbakra* (Fine és mtsai; 1999).

d. Túlsúly, elhízás, magas vérnyomás⁴, koronáriás szívbetegségek

Az elhízás, feltételezhetően a rizikófaktorokra gyakorolt hatása által, befolyásolja a koronáriás szívbetegségek (CHD) kialakulását. Ide sorolható a magas vérnyomás, a dyslipidémia, a glükóz

⁴ Magas vérnyomás: ahol az átlag szisztolés vérnyomás >140 Hgmm, az átlagos diasztolés vérnyomás > 90 Hgmm, vagy az illető személy jelenleg vérnyomáscsökkentő gyógyszeres kezelés alatt áll.

tolerancia és a 2. típusú diabetes mellitus. A magas vérnyomás megjelenése már a túlsúly relatív alacsony szintjeinél is gyakori. A kapcsolat a CHD kifejlődése és a túlsúly mértéke között módosulhat az életkor, a nem, a testzsír-eloszlás, a fittség foka és az etnikai hovatartozás révén.

Az elhízottság az állandósult magas vérnyomással való kapcsolata révén szintén közreműködik az elzáródásos szívbetegségek kialakulásában.

A túlsúlyos nők esetében nagyobb valószínűséggel jelentkeztek a *koronária artéria betegségek* (CAD) kockázati tényezői, mint a normál testsúlyúak esetében. Azoknál a nőknél, akik alávetették magukat a koronária angiográfiás vizsgálatnak (mert ischémia gyanúja állt fenn náluk) a magasabb, önbevalláson alapuló mozgásos eredmények összefüggést mutattak a CAD rizikó faktorok csökkent számával, a kevesebb angiográfiás CAD-dal és alacsonyabb kockázattal a kardiovaszkuláris elváltozások terén (Wessel és mtsai; 2004).

Erősen elhízott betegeknél a kétoldali myopatia hirtelen halálhoz vezethet arithmiára való hajlam esetén. Jobb oldali szív diszfunkció szintén előfordulhat, másodlagosan obstruktív alvási apnoea-t vagy elhízási hypoventillációs szindrómát kiváltva. *A kutatási eredmények ismeretében az Amerikai Szív Szövetség a közelmúltban az elhízást is a CHD fő rizikótényezői közé sorolta.*

Egy nagy volumenű, közvetlen megfigyelésen alapuló vizsgálat azt találta, hogy a nem fitt, normál súlyú férfiaknak nagyobb esélyük van az elhalálozásra, mint azoknak a férfiaknak, akik fittek ugyan, de túlsúlyosak (BMI>27,8).

A vizsgálat ugyancsak kimutatta, hogy a nem fitt és túlsúlyos férfiaknak nagyobb esélyük van a cerebrovaszkuláris (CKD) betegségek okozta elhalálozásra. Emellett a nem-fitt férfiaknál volt a legmagasabb CKD-függő mortalitás, összevetve bármely BMI csoport fitt tagjaival.

Ezek az adatok azt mutatják, hogy növekvő fittségi szint *korrigálja a túlsúly* egészségre gyakorolt *negatív hatásainak* némelyikét (National Task Force; 2000).

A *kardiorespiratorikus fitness* erősen rizikócsökkentő hatásának bizonyult a kardiovaszkuláris betegségek prevenciójában, magas rizikójú populáció esetén (Lakka és mtsai; 2002), illetve a már kialakult magas vérnyomásos megbetegedések intervenciójában (Beilin és mtsai; 2001).

A *cirkuid súlyzós (CS) edzésprogramokkal* végzett kísérletekben a vizsgált személyek nem csak a kardiovaszkuláris fittségben értek el szignifikáns növekedést, de ugyanilyen javulást mutatott a kedélyállapotuk és a munkahelyi elégedettségük. Kiderült, hogy a *munkahelyi követelmények* összefüggésben álltak a *dohányzással* és a *szisztolés vérnyomással*.

Emellett a *munka teher* (magas munkahelyi követelmények és kis döntési mozgástér kombinációja) szignifikanciát mutat egy magasabb homocystein szinttel. A *munkahelyi stressz* összefüggésben van olyan *tényezőkkel*, amelyek kardiovaszkuláris betegségek kialakulásához vezethetnek (Norvell és mtsai; 1993).

e. Munka, alvás, életeseemények

Egy Ausztráliában végzett felmérés azt mutatja, hogy a 18-23 éves nők *életében bekövetkező események*, mint a házasság, gyermekáldás, vagy munkavállalás, csökkentik a *mozgást*. A férfiak esetében a *mentális egészségi állapot* pozitív összefüggést mutatott a *mozgással* és a *házassággal*. A nem kielégítő egészségi állapot korrelációban állt a *túlsúlyossággal* és a *dohányzás napi mennyiségével* (Rohrer és mtsai; 2004).

A nőknél a *házasság* összefüggést mutatott az alacsony szintű mozgással. A *magasabb iskolázottság* kapcsolatban állt a fokozott mozgással. Az *egyedül élés* összefüggést mutatott a megnövekedett mozgás szinttel. A növekvő *BMI* pedig kapcsolatban állt a csökkenő mozgással.

Fiatal, 25-34 év közötti dolgozó nők esetében kimutatták, hogy az ideális súly megtartásának fő akadályai közé tartozik a *házasság*, a gyereknevelés, a *teljes munkaidő* vagy a *munkahelyi környezet* (hosszú munkanapok, ülő munka, magas zsírtartalmú munkaételek, munkahelyi rekreációs sporttevékenységek lehetőségeinek hiánya). Normális étkezési szokások és mozgásos gyakorlás mellett a *kimerültség* is akadályozó tényezőnek bizonyult (Long és mtsai; 1996).

Nem megfelelő *alvási* szokások kialakulásához az *elhízottság* mellett számos *munkával, munkahellyel kapcsolatos*, valamint életminőséget befolyásoló tényező is vezethet.

Az ébredéssel kapcsolatos problémákat előre jelezte a magas munkahelyi követelményszint, az alacsony szociális támogatottság, a nemi megoszlás (férfiak), az alacsony életkor és a *dohányzás*.

A nem megfelelő alváskondíciók kialakulásáért pl. a magasabb életkor (Miilunpalo és mtsai; 1997), a nemi megoszlás (nők), a magas BMI és a *mozgásos gyakorlatok hiánya* okolható. Fontos tényezője lehet a stressz és alvás kapcsolatának, ha a vizsgált személy még a szabadidejében sem képes abbahagyni a *munkájával kapcsolatos aggodalmaskodást* (Åkerstedt és mtsai; 2002).

Egy kutatás igazolta, hogy a *dolgozó nők* jobb egészségi állapotnak örvendenek, mint *háziasszony* társaik. Ez az eredmény leginkább az *alacsony iskolázottságú* háztartásbeliekhez viszonyítva volt szembetűnő.

Az alacsony iskolázottságú dolgozó nők körében a családi kötelezettségek negatív hatással voltak az egészségi állapot indikátoraira, mint pl. az egészségi állapot önbecslése, krónikus betegségi állapot hiánya vagy a mentális egészségi állapot (Artazcoz és mtsai; 2004).

A nem megbízható munkaszerződés és alacsony munkatársi támogatottság összefüggésben állt a rosszabbnak minősített, várható egészségi állapottal, illetve annak kilátásaival. Az állandó alkalmazotti státusz és a magas támogatottság esetében ez fordítva volt. A rögzített időtartamú alkalmazotti státusz jobb egészségi állapotot is jelzett, amely a munkahelyi biztonsággal lehet összefüggésben. A munkatársi támogatottság összefüggésben állt a jobb szubjektív egészségérzettel (Liukkonen és mtsai; 2004).

A munkahelyi követelményszint összefüggést mutatott a dohányzással, a szisztolés vérnyomással, a döntési mozgásszabadság a koleszterol szinttel és a homocystein szinttel.

A *munka teher* (magas munkahelyi követelmények és a csekély döntési mozgástér kombinációja) szignifikáns kapcsolatot mutatott a *homocystein* magasabb szintjeivel (Kang és mtsai., 2004).

A nőknél a szellemi munka és a magas munkahelyi kontroll összefüggést mutatott az egészséges táplálkozással. A munka okozta *kimerültség* pedig a *mozgásos inaktivitással*. A munkából adódó kimerültség a férfiak esetében kapcsolatban állt a magas alkoholfogyasztással. Alacsony munkaterhelés a *nemdohányzó nőkre volt jellemző*, míg a túlórázás a *nemdohányzó férfiakra* (Lallukka és mtsai; 2004).

f. A dohányzás

R. E. McCabe és munkatársai 2004-es kutatásukban a dohányosoknál szignifikánsan magasabb étéket mértek a depresszió, az általános aggodalom és a distressz esetében (McCabe és mtsai; 2004).

A perifériás artériás betegségben (PAD) szenvedő *dohányzók és nemdohányzók esetében a mozgásos gyakorlatok* fokozták az ambuláns funkciókat, a napi mozgást, a perifériás cirkulációt, az egészségfüggő életminőséget (Gardner és mtsai; 2004).

M. Todd 2004-ben a napi *negatív események, az érzékelt stressz, a dohányzás és a dohányzásra való késztetés* kapcsolatait vizsgálta. A nem és a nikotinfüggőség módosító hatását szintén feltárták. Nagyobb számú negatív esemény vagy magasabb fokú érzékelt stressz hatására a résztvevők több szál cigarettát szívtak el, illetve erősebb volt a késztetésük a dohányzásra, mint egyébként. Ez a kapcsolat erősebbnek bizonyult férfiaknál, mint nőknél (Todd, 2004).

A cigaretta alkalmi, kísérleti jelleggel történő kipróbálása elterjedt jelenség a főiskolások körében. Keveset tudunk arról, hogy mi különbözteti meg azt, aki idővel nikotinfüggővé válik attól, aki nem.

S. L. Kenford 2004-es kutatása szerint az alkalmi dohányosok 45 %-a később sosem gyújtott rá, 35 % -a alkalmi dohányos maradt, a maradék 20 % naponta dohányzott. A cigarettázást tekinthetjük egyfajta farmakológiai megerősítő magatartásnak, mely során a nikotin felelős a függőség kialakulásáért. A dohányzás farmakológiai (toleranciával, elvonási tünetek) és *nem farmakológiai* (szokás fennmarad, habár a dohányos tisztában van az egészségügyi kockázatokkal, sőt negatív szociális és közvetlen környezeti nyomás éri) függőséget okoz.

A dohányzási szokások gyakorisága depressziósok körében magas és számukra a leszokás is nagyobb problémát okoz.

Pozitív összefüggés van az alkoholfogyasztás és a dohányzás között is. Az alkoholisták 80%-a dohányzik (Kenford és mtsai; 2004).

Bizonyítékok sora támasztja alá, hogy a nikotinfüggő emberek esetében kiemelten nagy a pszichiátriai betegségek kockázata. (John és mtsai; 2004).

A serdülőkori dohányzási státusz nagyban befolyásolja a későbbi dohányzási magatartás alakulását. Speciális szociális szerepek – pl. alacsony iskolázottsági és szociális szint – szintén befolyásoló tényezők. A dohányzással összefüggő kardiovaszkuláris kockázat magasabb az alacsony iskolázottsági szintű embereknél, főleg a férfiaknál. Ugyanakkor a dohányzás a magasabb szociális szinten elhelyezkedő nők körében elterjedtebb.

A serdülők dohányzással kapcsolatos viselkedése eltér a felnőttekétől. *A rokonok, társak és tanárok dohányzási szokásai befolyásolják a serdülőket.* A cigarettázás a felnőttkorba lépést jelentő szertartásnak tűnik sokuk szemében.

Ahogy a dohányzók száma növekszik a serdülők közvetlen környezetében, úgy nő náluk a dohány- és alkoholfogyasztás kockázata is

Szakemberek összehasonlították azokat a dohányosokat, akik véglegesen *le akarnak szokni* szenvedélyükről, azokkal, akik *csak csökkenteni szeretnék* a naponta elszívott cigaretta mennyiségét.

A két csoport között a következő különbségek adódtak: azok, akik csak szerettek volna kevesebbet dohányozni eleve *több szálát* szívtak naponta, *kisebb motivációt* mutattak a leszokásra, kevesebbszer kísérleteztek ezzel, *több alkoholos italt* fogyasztottak naponta és *több egészségügyi problémájuk* volt (Lemmonds és mtsai; 2004).

Egy kanadai vizsgálat az *egyéni és szociális faktorokat* vetette össze a nők és férfiak dohányzási szokásaival. Szociális faktorok, pl.: a cigaretta *ára*, a dohányzás visszafogására hozott *törvények, újságborító* a dohányzás témájával, minden *ökonómiai faktor*.

A cigaretta árának szignifikáns negatív hatása van a dohányzás gyakoriságára és a szívtott cigaretta minőségére a férfiak körében, ám a nőknél ez nincs így. A dohányzásellenes cikkek és a korlátozó jogszabályok mindkét nem esetében negatívan befolyásolják a dohányzás jelentkezését, viszont az elszívtott cigaretta mennyiségére nincsenek hatással. (Dedobbeleer és mtsai; 2004).

A dohányzás *kezdetének éve* erősen összefügg a *naponta elszívtott cigaretták számával*. Így a megelőzésnek fontos szerepe van serdülőkorban (Fernandez és mtsai; 1999).

18-64 év közötti francia és amerikai nők dohányzási szokásainak vizsgálata azzal a konklúzióval zárult, hogy a *szociáldemográfiai faktorok* (pl. edukáltság), nincsenek hatással a Nyugati fejlett országok dohányzási szokásaira (King és mtsai; 1998).

g. A rendszeres mozgás hatása a mentális egészségre

Depressziós, illetve alacsony társas támogatottságban részesülő *posztinfarktusos betegek* utánkövetése során, a *rendszeres mozgást* végzők között jelentősen alacsonyabb arányban jelentkezett kardiológiai esemény (Blumenthal és mtsai; 2004).

Más vizsgálatok kimutatták, hogy a *rendszeres mozgás* csökkenti a *depresszió* kialakulásának kockázatát (Wyshak; 2001).

A Mentális Egészség Nemzeti Intézet (The National Institute of Mental Health) kimutatásai szerint (Morgan; 1985) a *mozgásos gyakorlás* csökkenti a rendszeres *aggódást*, elősegíti a depresszió kezelését, segíti a személyiségjegyek, valamint a *pszichológiai stresszre* való reakálás javítását (Salloa és mtsai; 1996).

Kérdőíves és terheléses vizsgálat során a negatív viselkedés és a teljesítménybeli nehézségek (Beck Depression Inventory) negatív összefüggést mutattak az elmúlt év alatt nagyon *magas intenzitású mozgással* töltött hónapok számával és ennek napi összegével. Az *ön-hatékonyság* pozitív összefüggést mutatott a mozgás értékeivel és ez volt az egyetlen olyan érték, amely heti szinten pozitív korrelációt mutatott magas, vagy nagyon magas mozgással töltött napok számával.

Az eredmények azt mutatják, hogy a fiatal, egészséges emberek körében a magas szintű, rendszeres *mozgás* összefüggést mutat az *aktív megbirkózási stratégiával* és a depressziós indexek alacsonyabb értékeivel. A vizsgálat eredményei támogatják a hipotézist, hogy a mozgásban való részvétel, és nem a kardiovaszkuláris fittség az a faktor, mely összefüggést mutat a *jobb mentális egészséggel és hangulattal* (Thilaway, Benton; 1992).

Kutatások bizonyítják, hogy a *mozgásos gyakorlatoknak* és az *antidepresszáns kezeléseknek* szignifikáns neurokémiai és viselkedésben megnyilvánuló módosító hatásai vannak (Ruso-Neustadt és mtsai; 2001).

A mozgás a mozgás típusától függetlenül hatásosnak bizonyult a *klinikai depresszió* kezelésében (Craft, Landers; 1998). A rendszeres mozgás hatékonyan kiegészíti a farmako-, illetve pszichoterápiás kezeléseket. A humán vizsgálat eredményei a kombinált antidepresszáns és mozgás terápiát találták a leghatékonyabbnak a klinikai depresszió kezelésében (North és mtsai; 1990).

A *serdülőkori mozgást* vizsgálva a *depresszió* és a mozgás között negatív irányú összefüggést találtak (Wyshak; 2001).

A mozgás *lelki egészségre* és a *pszichoszociális jólétre* gyakorolt hatása kevésbé alaposan vizsgált tényező, és úgy tűnik, erőteljesen függ az individuális és környezeti tényezőkből adódó különbségektől, melyek a biológiai hatásoknál kevésbé megjósolhatóak. Így tehát a *munkahelyi stressz* is eléggé megfoghatatlan, nehéz mérni, hisz egyénenként változik a tűrőképesség és a kooperációs képesség (Vouri; 1998).

A *megélt kontroll* egy személyiség-jegy, mely hozzájárul a jóléthez. Kutatók arra jutottak, hogy a pszichológiai folyamatok, mint az életesemények feletti kontroll, alapját képezik az egészséggel kapcsolatban felmerülő szociális egyenlőtlenségeknek (Daniel és mtsai; 2001).

A hosszabb időn keresztül végzett *rendszeres mozgás* pozitív hatással van az *önértékelésre* és az *önbizalomra* (Dubberr; 2002), javítja a hangulatot, segíti a stressz leküzdését, csökkenti a depresszió és a szorongás tüneteit, javítja a hangulatot (Emery és mtsai; 1992).

Egy 18-45 év közötti nőknél végzett egészségfelmérés szerint már a *viszonylag csekély mennyiségű mozgásnak* is jelentős hatása van a nők *lelki egészségére*. A rendszeres mozgást végző nők a Beck-depresszió kérdőíven alacsonyabb pontszámot értek el, és általában jobb egészségi állapotnak örvendtek, mint a teljesen inaktív életmódot élők. Ez a különbség a már *heti 1-2 alkalommal* végzett sporttevékenység esetén is megmutatkozott (Kull; 2002).

gy. A mozgás iránti igény kialakulása

Dubberr átfogó cikke szerint számos tanulmány fókuszált az olyan *mérsékelt mozgásra*, mely beépíthető az emberek mindennapjaiba és ezáltal életmódjuk szerves részévé válhat. Mindazonáltal a mozgás *alacsony szinten maradt* a legtöbb alcsoportnál az elmúlt évtizedekben (Dubberr; 2002).

Az inaktív szabadidő eltöltés gyakorisága fordított arányban áll az egyes országok kulturális és gazdasági fejlettségi szintjével. Annak valószínűsége, hogy valaki mozgást végez, pozitív összefüggésben állt annak a meggyőződésnek az erősségével, hogy a mozgás jótékony hatással van az egészségre.

Kiábrándító volt a kutatásban résztvevő egyetemisták tudása a mozgás szerepéről és az egészségről. Csak 40-60% tudta, hogy a mozgás hiánya összefügg a szívbetegségek kialakulásának kockázatával. A diákok jelentős hányadánál a szabadidős mozgás elmarad az ajánlott szinttől (Haase és mtsai; 2004).

Kutatók egyértelmű *összefüggést találtak a serdülőkorban végzett sporttevékenység gyakorisága és minősége, illetve a később már dolgozó felnőtt lakosság rekreációs sporttevékenységgel töltött évei között.*

A serdülőkort követően a heti legalább egyszeri (nők) vagy kétszeri (férfiak) mozgással töltött idő a későbbi évek alatt összefüggést mutatott a mozgással. A serdülőkorban végzett *intenzív, kitartást igénylő sporttevékenységek* és némely technikai jártasságot igénylő mozgásformák a jelek szerint hatásosan elősegítik a felnőttkori mozgás növekedését (Tammelin és mtsai; 2003).

h. Egészségi állapot önbecslése

A rendszeres testmozgást végző egyének az egészségi állapotukat jobbnak ítélték meg, mint a mozgásos rekreációs tevékenységet nem végző egészséges személyek (Rózsa és mtsai; 2003).

Irodalmi adatok szerint az önbecslés az egészségi állapot egyik legmegbízhatóbb mutatója. Kiderül, hogy nemcsak spontán módon történő becslés játszik ebben szerepet, hanem egyfajta „jövőbe mutató tervként” erősíti azt a törekvést, hogy az illető megpróbálja egészségi állapotát az általa ideálisnak tekintetthez közelíteni (Bailis és mtsai; 2003).

A szubjektív egészségi állapot önbecslése valódi indikátora az egészségi állapotnak a középkorú (35-63 éves), dolgozó populáció esetén (Miilunpalo és mtsai; 1997).

Az élet minden területén teljesíteni tudó emberek jobbnak ítélik meg saját egészségi állapotukat és kisebb valószínűséggel jelennek meg náluk krónikus betegségek (Janzen, Muhajarine; 2003).

i. Időskori aktivitás

Szintén fokozott figyelmet érdemes fordítani az *idősebb korosztály* mozgásintervenciók stratégiájának kialakítására, mivel ez a korosztály mind élettani, mind pszichoszociális jellemzői alapján speciális megközelítést igényel. A mozgás kockázatsökkentő hatása nem függ az életkortól, még az idős korban elkezdett testmozgás is jelentős védő faktornak bizonyul (Owens és mtsai; 2003).

70-es éveiben járó ausztrál nők esetében, akik korábban mozgásilag aktívak voltak, de abbahagyták a mozgást, sokkal negatívabb változás következett be az érzelmi állapotukban (jóllét), mint azoknál, akik ülő életmódot folytattak korábban is. Ennél a két említett csoportnál is jobb eredményeket értek el az önbecsült érzelmi jóllét terén azok, akik fiatal korukban aktívak voltak és ez idős korukban sem változott (Lee, Russel; 2003).

Támogatni kell a mozgást előírányzó programokat az idős korcsoportok számára is, illetve ösztönözni kell ezen korcsoportokat arra, hogy folytassák a mozgásos életmódot.

j. Rendszeres mozgást végzők

Annak ellenére, hogy számos országban jelentős erőfeszítések folynak a rendszeres mozgás népszerűsítésére, az elmúlt évek nemzetközi és hazai felmérései alapján csupán szerény mértékben nőtt a rendszeres mozgást végzők száma.

Kanadában 1981-1998 között végzett utánkövetéses vizsgálat eredményei szerint, a mozgás iránti inaktivitás szintje csak alig csökkent valamit a vizsgált időszak alatt, a vizsgálati periódus végén a férfiak 74%-a, a nők 77%-a inaktív életmódot folytatott (Bruce, Katzmarzky; 2002).

Az egészség komplex értelmezéséből kiindulva és az egészségre ható tényezőket részletesen vizsgálva megállapítható, hogy a rendszeres rekreációs céllal végzett sporttevékenység, – melynek indíttatása nem a teljesítmény-, hanem az egészség központúság – minőségi életet, azaz egy fenntartható és fejleszthető életminőséget tud garantálni.

A mozgásos életmód fontossága számos vizsgálat értékelésénél megjelenik, mely eredményeket célszerű lenne egy adott egészségfejlesztési stratégia célkitűzései szerint összeállítani és hatékony intervenciók programok alapanyagaként felhasználni.

A mozgás növelése, a mozgásos életmód kialakítása az egyik *leggazdaságosabb módja* mind az életminőség, mind az egészségesen töltött életévek számának növelésének.

5. Szabadidő-koncepciók és a rekreáció kapcsolata (Fritz, 2015)

5.1. Magyarországi áttekintés

Káosz uralkodik a különböző szabadidő-meghatározások értelmezésekor, nem fogalmaznak egyértelműen az egyetemi jegyzetek sem, melyek 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 (résztevő) 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 (résztevő 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:

„Szabadidőfogyasztás típusai

1. **Passzív típus:** azok, akik szabadidejükben nem csinálnak semmit, legfeljebb kocsmába járnak, televízióznak, esetleg házimunkát végeznek (Időfolyatók).
2. **Rekreatívak** (családi): stabil, megállapodott életvitelt folytatnak, és szabadidejüket a felüdülésre akarják fölhasználni. A típus tagjai főleg a könnyű műfajok iránt érdeklődnek (pop, rock, aerobik, sí, tenisz, vízitúra, tömegkultúra).
3. **Akkumulatív** (mindenevő, értelmiségi típus): minden iránt érdeklődnek, de semmi iránt sem nagyon elkötelezettek. Nincsen valamiféle fanatikus szenvedélyük. Az életben is fölfelé törekednek, „akkumulálnak”. Elsősorban értelmiségiek, vezető állásúak tartoznak a csoportba. Divatkövetők, sznobok is tartoznak ide (Habzsolók).
4. **Inspiratív**: szabadidejükben magasabb kultúra iránt érdeklődnek, fontosnak tartják önmaguk fejlesztését, az értékek ápolását. Értelmiségiek, ill. más rétegekből azok, akik értelmiségi mintát követnek, viselkedésük értelmiségi jellegű. Beethoven, Mozart, bűvárokodás, golf, vitorlázás (Elit-evők)” (Szent-Györgyi Albert Szakközépiskola, 2013).

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.

Óriási különbség van a tévénéző „bámuló” ember – aki pótcelekvésből vagy csak nyugalom céljából ül a készülék elé – és az aktív érdeklődő, konkrét műsort élvező, élményt szerző tévénéző között. Mindkét esetben a szabadidő-eltöltés formájáról 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 felé az emberek vagy kontrollt veszítve hangoskodnak, „erősködnek”. De

bevillanhat egy harmonikus környezet, hangulatos zenével, beszélgetések közben kulturált alkoholfogyasztással. Sok településen a kocsmá jelenti a közösségi teret, mely gazdag rekreációs színtér is lehet - pl. kártyajátékok -, de természetesen itt már nem csak a szellemi dimenzióra gondolhatunk, hanem az úgynevezett kocsmasportra is, pl. teke, darts, csocsó, biliárd stb.

A rekreáció 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 beszélgetések mint kikapcsolódás, a stressz oldását eredményezheti, a közösség erejéből való táplálkozáshoz, feltöltődéshez vezethet, az aktivitást a résztvevő és a környezete dinamikus kölcsönhatása határozza meg.

A passzív típusba került a házimunka is mint időfolytatás!

Igen, a házimunka időigényes tevékenység, amit nem feltétlenül kedvtelésből végzünk, éppen ezért a *fél szabadidő* kategóriába soroljuk, de „passzív” meghatározással nemigen illetjük. Ha valakinek örömet is okoz, akkor kreatív többletről beszélhetünk.

„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 zömmel lehetnek aktívak és passzívok 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 rekreáció-értelmezés gyökereihez nyúlnak vissza.

Törekedjünk szabadidőnket aktívan eltölteni változatos szellemi és mozgásos tevékenységek kavalkádjával, ami így örömet és igazi kikapcsolódást, feltöltődést fog eredményezni.

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. 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.

Önálló 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. 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 százalékának életéből még rendszertelen, ad hoc formában is kimarad a sport (Falussy, 1993).

Az ingázó, a munkahelyre illetve onnan haza naponta több órát utazó tömegek szabadidős tevékenysége a legsivárabb, és nemcsak az utazással eltöltött rengeteg és kárba vesző idő miatt. 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, pl. olvasás, zenehallgatás, számítógépes játékok, rejtvényfejtés stb. Ezek mind a szellemi rekreáció körébe tartozó tevékenységek, amik az ingázó életmódból adódó félszabadidőt tehetik színesebbé, hasznosabbá. De meg kell említeni az alvást vagy a meditációt is, ami pl. Japánban nagyon elterjedt szokás a tömegközlekedési eszközökön.

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

5.2. Szabadidő-koncepciók

Dumazedier (1960) szerint a szabadidőnek (az ő megfogalmazásában a „leisure”-nek) három funkciója van: a személyes fejlődés biztosítása, a szórakozás és a felüdülés, felépülés.

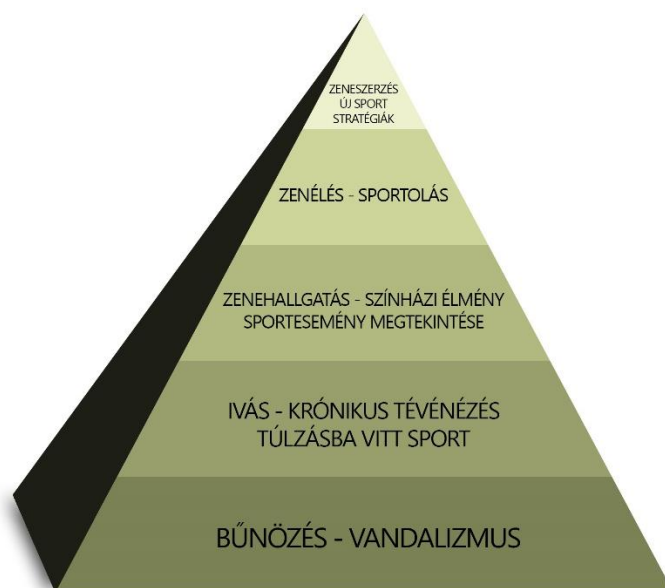
Richard Peterson (idézi Vitányi, 2001) definíciója szerint szabadnak nevezzük azt az időt, amelyben nem végzünk fizetett munkát, a családdal és a háztartással kapcsolatos feladatokat, nem intézünk személyes ügyeket, és nem alszunk.

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. Az időnek csak kisebb részét használják fel, mint "leisure", mint valódi rekreáció; nagyobb részben a vulgáris (nem minőségi, azaz nem kreatív, nem intellektuális) passzív szabadidő-magatartás pozíciói erősödnek.

Egy 70 évet élő ember életéből 27 évet szabadidejére számhat; 18-tól 78 éves korunk 60 évéből 18 év a szabadidőnk. Nem kellene elpazarolnunk életünk legnagyobb „részegységét” tévészésre, amely jelenleg a legtöbb időt veszi el szabadidőnkől. (Leitner, 2004)

Nash (1960) megalkotott egy szabadidőeltöltési-piramist (**4. ábra**), 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 tévzés, mozi, vagy sportesemény látogatása. A második szinten az érzelmi bevonódást, érzelmi részvétel fontosságát hangsúlyozó tevékenységek állnak, mint zenehallgatás, színházi élmény, de 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.

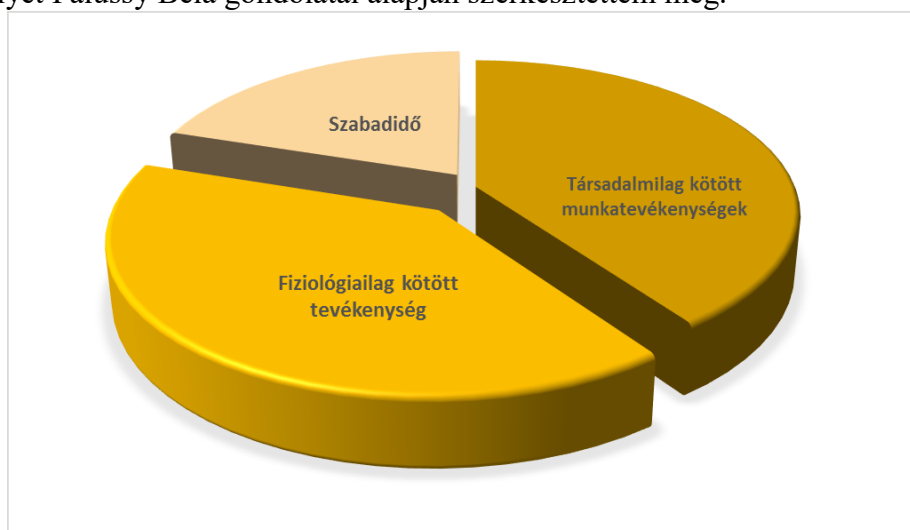


4. ábra: Szabadidőeltöltési-piramis (Nash, 1960)

A 4C (Cross Cultural Consumer Characterisation) a következő rekreációs típusokat különbözteti meg: változatos (varied), otthonülő (home-bird), vásárolgató (walker, shopper), eljáró (occasional out-goer), intellektuális (consumer of high-culture), kocsmázó (pub-goer), sörözőbe 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 hogy pihenhessen, akár hogy szórakozhasson, akár hogy fejleszthesse önkéntes társadalmi részvételét, érdek nélküli tájékozódását vagy képzését, miután megszabadult minden hivatásbeli, családi vagy társadalmi kötelezettségétől.” (Dumazedier, 1962)

A **5. ábrán** a szabadidő helyének egy lehetséges meghatározását láthatjuk napi tevékenységeink között, melyet Falussy Béla gondolatai alapján szerkesztettem meg.



5. ábra: Tevékenységeink (Falussy, 1993 alapján a szerző)

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

Fiziológiailag kötött tevékenységek: alvás, étkezés, testi higiénia, passzív pihenés. (Falussy Béla, 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 pl. semmittevés, unatkozás.

Dumazedier bevezette az úgynevezett „félszabadidő” fogalmát, amellyel 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 ügyintéзések, postai és banki ügyletek), valamint azon utazásokat (pl. munkába járás), melyek nem a rekreálódást szolgálják, de időigényes, sok esetben időrabló tevékenységek.

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. Gondoljunk csak meg, a rendszeres társasági életben az emberek többek között nézeteik kifejtését és megvitatását, a kapcsolatteremtést, a kulturált viselkedést, 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 koncentrációjának, 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 cselekvést, 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.*

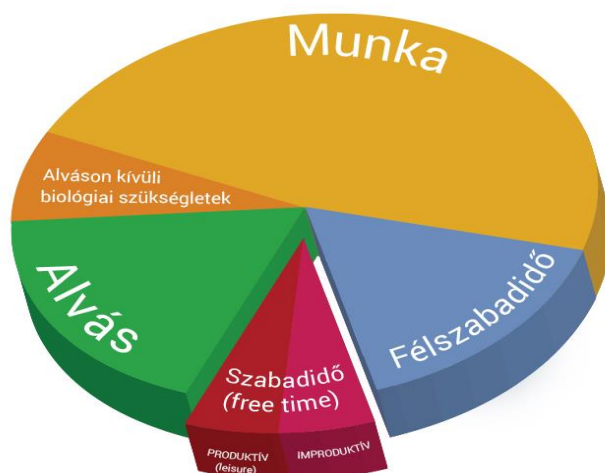
Ha nyelvészetileg vizsgáljuk meg a szabadidőt mint szót, a francia "loisir" etimológiája a latin "licere", megengedni, megengedve lenni igére nyúlik vissza (Murphy, 1981). Kevésbé tükrözik ugyan a szabad választást a germán és szláv nyelvek "szabad" és "idő" kombinálásai, bár a német "Freizeit" is rendelkezik 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.

Az előzőekben említett meghatározások alapján készítettem el a napi tevékenységeinket ábrázoló kördiagramot (6. ábra), mely egy lehetséges ábrázolási módja a napi tevékenységeink sematikus ábrázolásának és benne a rekreáció helyének meghatározásának.



6. ábra: Napi tevékenységeink felosztása (Fritz, 2006 alapján szerkesztve Csanádi, 2013)

Természetesen a szakirodalmakban más megközelítésből vázolt felosztások is ismertek. Szabó József Rekreáció című könyvében a napi 24 órai tevékenységeket szintén egy sematikus ábrán mutatja be, de ott a különféle tevékenységi formák is tartalmazhatnak bizonyos mennyiségű rekreációt, pl. 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 a szabadidőben végzendők – is hatékonyak, és az egészséges életmód meghatározó részévé válhatnak, de mégsem nevezhetjük rekreációs tevékenységeknek! Munkaidőben, az egészség védelmében végzett tevékenység a munkahelyi egészségfejlesztés kategóriájába tartozik, melynek sok esetben csak eszköze az egészség és célja 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 eszközrendszer 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. Kellő tudatosság, rekreatív szemlélet és pozitív beállítottság fokozza az adott cselekvés hatását. A többlet megjelenhet jelesen éppúgy a kedvvel végzett munkában (munkahely, főzés, takarítás, fűnyírás), akár csak a fiziológiai szükségletek kielégítésében (étkezés, fürdés) (Kovács, 2007) (Fritz, 2011).

5.3. A leisure

„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 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 szervesen, és sokkal nagyobb erőfeszítést 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)

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-eltöltés 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.

Érzelmi is be kell vonódnunk, részesévé kell válnunk a cselekményeknek, így tudjuk a szabadságunkat élvezni, és ezáltal lehetőséget biztosítani a flow-élmény megtapasztalásához.

5.4. Munkaintenzitás és szabadidő

A technikai fejlődés befolyásolja a szabadidő-aktivitások minőségét is. A gépsorokon végzett munka fokozott mértékben veszi igénybe a munkások figyelmét; rendkívül nagy szellemi erőfeszítést követel tőlük, megfeszített figyelmet a mozgásos tétlenség mellett. Ez azután gyakran lelki kimerüléshez vezet.

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 kielését.” (Szántó, 1967)

Stoetzel professzor *Sociologie de la récréation* című egyetemi előadássorozatában 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 fáradtság és a jövedelem szintje.

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, ami felgyorsítja az így is járványszerűen terjedő ifjúkori bűnözést, a családok széttűllését, a kábítószer-élvezetet, az alkoholizmust, az öngyilkosságot, az agresszivitást.

A család, különösen a gyermekek, mozgásos aktivitásra nevelése csakis az otthon rendszeresen érvényesülő rekreációs minták hatásának segítségével lehetséges.

Az iskolázottság, a műveltség általában nagy hatással van az életmód alakulására, a szabadidő eltöltésének formájára, az ezzel kapcsolatos igények megjelenésére, rangsorára.

A család egészséges mintamutatásának és nevelő hatásának hiánya az iskolára nehezedik, így a pedagógusok leterheltsége és felelőssége folyamatosan növekszik. Az iskolát elhagyó generációk nem tudnak eleget egészségük gondozásáról, a rendszeres mozgásos aktivitás iskola utáni folytatásának eszközeiről, módszereiről stb. Röviden: testkultúrájuk kevés és hiányos!

Sajnos ennek a hallatlanul fontos feladatnak a megoldása úgyszólván csak a testnevelési órákra korlátozódik, az iskolai nevelés legnagyobb részében nem kap szerepet.

Szokásaink, értékrendünk (amire szocializálódtunk), ismereteink, szabályaink és céljaink, na és nem utolsó sorban tudatosságunk a feltétele a jól szervezett szabadidő-eltöltésnek. Ezt azonban tanítani, tanulni, alakítani kell (Kovács, 2007)!

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 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, hanem az a kritériuma, hogy az egyén felébredéskor kipihentnek érzi-e magát, vagy sem.

A felgyorsult élettempó, a fokozódó követelményrendszer és a munkával töltött órák száma jelentősen befolyásolja az alvás minőségét és mennyiségét is. 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 többletenergiát emésztve fel. A felgyülemlett stressz pedig a nem megfelelő alvással párosulva a mindennapi tevékenységeknél okoz hatékonyságcsökkenést, majd a belső egyensúly (homeosztázis) felborulásához, később betegségekhez vezethet!

Az alvás alatti regenerációs tevékenységeinket nem tudjuk akaratlagosan befolyásolni, ezért ezt a nélkülözhetetlen tevékenységünket sem sorolhatjuk a rekreációs tevékenységek közé, viszont rekreációval sokat tudunk segíteni az alvás minőségének és mennyiségének javításában.

6. A rekreáció jelentése, meghatározásának tisztázása (Fritz, 2015)

„Semmi sem rombolja annyira az ember testét, mint a tartós tétlenség.” Arisztotelész

A tényleges szabadidőnkben szabad akaratunkból, kényszer nélkül végzett produktív tevékenységek halmaza jelenti a rekreáció területét.

A rekreáció egy folyton változó, fejlődő, a kor kihívásainak megfelelő, környezettől, társadalomtól, közösségtől és egyéntől függő dinamikus rendszer.

A rendszert meghatározó szakembereknek is folyamatosan fejlődniük kell, hogy maga a rendszer dinamikája fenntartható legyen. Jól tükrözi ezen folyamatos változást a szellemi rekreáció definíciójának változása is, ami a 2006-os, majd a 2011-es Mozgásos rekreáció című könyvben megjelentekhez képest is változott, tartalmilag gazdagodott (Fritz; 2015).

A rekreáció professzióként való megjelenése, a rekreációs szakemberek képzése biztosíthatja az ösztönösség helyébe lépő vagy arra épülő tudatosságot, mely hosszú távon befolyásolhatja egy társadalom hangulatát, önszerveződő kapcsolatait, pozitív életszemléletét és mindezen tényezők egészségre gyakorolt pozitív hatását.

A rekreáció tudatossá válása, majd később képzési rendszerben való megjelenése tette indokolttá magának a rekreációnak a felosztását, rendszertanának felépítését. A jól strukturált szakanyag ismerete feltételét képezi a rekreáció komplex gyakorlati ismereteinek (Fritz; 2015).

6.1. A rekreáció fogalmának tisztázása, célja

A rekreáció a latin recreare = újraalkotás szóból ered.

A rekreáció fogalma, jelentéstartalma hazánkban dominánsan a szabadidő-eltöltés kultúrájaként terjedt el, bár pontosabban körbejárva funkcióját egy komplexebb értelmezéshez jutunk. A rekreáció a jó közérzet, a jól-érzés, a jól-lét (well-being), a minőségi élet megteremtését szolgálja, miközben a rekreálódó felüdülését, felfrissülését és szórakozását is eredményezi. Eredeti (szociológiai) értelmezésében a munkavégző képesség helyreállítását, újratermelését tekintették elsődleges feladatának. Mindezek értelmében a rekreációt az életminőség tanának is nevezik (Kovács, 2007).

Bánhidi (2010) megközelítésében a '80-as évektől egyértelműen erősödő egészséges életmód irányú megközelítés dominál, mely szerint a rekreáció „az egészséges emberi (mentális, fizikai, szociális) funkciók kielégítő szintre hozásának, szinten tartásának, fejlesztésének kultúrája egy boldogabb, betegségektől mentes életvitel érdekében”.

A rekreáció szabadidőben, a tevékeny pihenés érdekében végzett minden olyan szellemi és mozgásos tevékenység, melyet a napi fő elfoglaltság által okozott fáradtság, feszültség feloldása, a testi-lelki-szellemi teljesítőképesség helyreállítása, fokozása érdekében tesz az ember (Fritz, 2011).

A tevékenység jellegének és eszközének megfelelően szellemi és mozgásos rekreációt különböztetünk meg, de fontos megjegyezni, hogy sok esetben nem lehet határozott vonalat húzni ezen tevékenysége között, pontosan az egészség komplex értelmezése és a tevékenységek összetettsége miatt. A természet tanulmányozása szellemi kikapcsolódást jelent dominánsan, ami sok esetben a túrázással, azaz mozgásos tevékenységgel párosul, ellenben a tájfutás dominánsan a mozgásos rekreáció kategóriába sorolandó, miközben a természet közelsége, a változatos és csodálatos természeti értékek befogadása a rekreáció szellemi értékeinek számítanak.

Nyugodtan sorba vehetjük az összes fizikai mozgásformát, megállapíthatjuk, hogy mindegyik hatással van szellemi felfrissülésünkre, mentális állapotunk egyensúlyának karbantartására. A

rekreációs tevékenységek helyes felosztásánál leginkább azt kell figyelembe venni, hogy a fizikai vagy a szellemi hatások dominálnak-e.

Az emberi teljesítőképesség megóvásának, fejlesztésének fontos feltétele a mindennapi életvitel keretében megvalósuló szellemi és fizikai rekreáció. Ennek lényege, hogy a megélhetés aktuális forrását jelentő, többnyire egyirányú, gyakran monoton és megerőltető igénybevételt ellensúlyozza, és a lehetőségekhez képest ápolja, funkcióképes állapotban tartsa a már megszerzett készségeket – képességeket, őrizze az egyén adaptációs készségét, ellenálló képességét. E kívánalmaknak korántsem felel meg az a korábban széles körben propagált teória, miszerint a fizikai foglalkozásúak döntően szellemi tevékenységek révén, a szellemi foglalkozásúak pedig alapvetően fizikai aktivitással teremthetik meg a szervezet számára kívánatos egyensúlyt. A társadalmunkban gyakorolt legtöbb foglalkozás – akár szellemi, akár fizikai – az ismereteknek, a készségeknek vagy akár a fizikumnak csupán szűkebb körét mozgósítja nap mint nap (Falussy, 1993).

Összességében megállapítható, hogy a rekreáció célja a „mással való foglalkozás”!

Miben nyújt mást a rekreáció a passzív pihenésnél?

A passzív pihenésnél az emberi agy nincs „rákényszerítve” a mással való foglalkozásra. A szemünket lecsukhatjuk, mégsem tudunk elaludni, bámulhatjuk a TV műsort úgy, hogy közben a nap vagy a napok alatt felgyülemlett problémák vagy akár izgalmas hírek, munkák, kihívások tovább foglalkoztatják gondolatainkat, mely terheli és kimeríti szervezetünket, belső feszültséget produkál, felrúgva ezzel szervezetünk homeosztázisát. Az álmatlan éjszakák, a napközbeni koncentráció-csökkenés, a hangulatingadozások még nem rémisztő tünetek, és sokan a fáradtan való ébredést az áthaladó időjárési fronttal magyarázzák. Persze a pszichoszomatikus tünetek megjelenése már egy kézzelfoghatóbb diagnózist mutat, de sokaknak még az sem elegendő az életmódjuk változtatásához, a rekreáció tudatos alkalmazásához.

Miért kell bekövetkeznie valamilyen tragédiának, hogy fogadalmakat tegyünk és változtassunk életmódunkon?

A mozgásos rekreáció pozitív élettani hatásain kívül az emberi agyat kényszeríti a konkrét feladat elvégzésére, tehát egy mással való foglalkozást eredményez nem csak fizikálisan, hanem mentálisan is. Ebben az esetben a kényszer közvetett úton valósul meg, ahol a közvetítő szerepet a mozgás játssza; az idegpályák átkapcsolása és a mozgásszabályozás nem akaratlagos folyamat.

A rekreációs tevékenység közben az adott feladatok, programok végrehajtására összpontosul a figyelem (pl. passzolj, még két kör kocogás, gyönyörű a táj, milyen szép hangja van az énekesnek, stb.), eközben a napi problémákra koncentrálódó energia felszabadul, áthelyeződik. A rekreációs tevékenység végére az ember gondolata kitisztul, belső feszültsége csökken. Fontos megjegyezni, hogy a rekreáció alkalmazásával nem oldódnak meg automatikusan napi problémáink, hanem azok megoldásához lesz több energiánk és kitisztultabb látásmódunk.

Az öröm, a bánat, a fizikai munka, a hőmérséklet-változás, apró bosszúságok egyaránt létrehozhatják a stresszes állapotot. Egy bizonyos mértékű (intenzitás, időtartam, ismétlődés, restitúció) stresszre szükség van a mindennapi eredményes munkavégzéshez is, de a mértéken túli hatások rombolóan hatnak a testi és lelki egészségre egyaránt.

A stressz bódulatról írja Selye professzor, hogy „ez a fajta részegség több kárt okozott már a társadalomnak, mint az alkohol”.

A stressz károsító hatása napjainkban elsősorban a feldolgozatlan, megoldatlan stresszhelyzetek felhalmozódása miatt következik be, ezt a rekreációval lehet kompenzálni.

A rekreáció nem csak (a ma oly divatosan használt szót) a prevenciót hordozza magában. A benne rejlő lehetőség sokkal többet takar, amit komplex formában kell alkalmazni, így eljuthatunk a „health promotion”, azaz az egészségfejlesztés dimenziójába, ami megalapozott

szakmai tudással párosulva biztosíthatja a kellemes családi és munkahelyi légkört, az emberek teljesítőképességének és egészségének javulását egyszerre. A stresszhelyzetek sikeres megoldása pedig a problémamegoldó képesség szintjét emeli, ami mint motivációs eszköz akár magasabb kihívásokra is készítheti az embert egészségkárosodás nélkül. Az **egészségfejlesztés** olyan folyamatot indít el, amely során minden ember egyre fokozottabb mértékben válik képessé saját erőforrásai hatékonyabb mozgósítására, s ezzel egészségi állapotát folyamatosan fejleszti, a környezeti (természeti és mesterséges)-, gazdasági-, biológiai-, pszichés és szociális változásoknak megfelelően.

Tevékenységeink azonban kizárólag művelésük célja szerint minősíthetők. A megélhetési horgász, gombász vagy éppen a kiskertjében piacolási szándékkal zöldséget termesztő néni tevékenységét nem rekreációs-, sokkal inkább munkaélményként éli át (Kovács, 2004). Azon szerencsés emberek, akiknek munkájuk egyben a hobbijuk is, **rekreatív többletet** kapnak munkavégzésük során (természetfotós, szobrász, zenész, síoktató stb.), de esetükben sem rekreációról beszélünk (Fritz, 2011).

6.2. A sport és a rekreáció közötti különbség tisztázása

Ha a sport és a rekreáció fejlődését vesszük alapul, megállapíthatjuk, hogy a sport kevesek kedvteléséből sokak szükségletévé vált.

A sport mind a mozgásos, mind a szellemi rekreáció egy meghatározott részterületét fedi le *közvetlenül* a sporttevékenységekkel, melybe beletartozik – nem teljes lefedettséggel – a rekreációs edzés és a hobbisport kategória is. Viszont a sport kifejezés alá tartozik teljes egészében a versenysport kategória is, ami a rekreációval nincs kapcsolatban (4. ábra).

Minden sport bír rekreációs értékkel, de nem minden rekreációs tevékenység tartozik a sport kategóriába, azaz a sport a rekreáció részhalmaza, mely a rekreációs céllal végzett sporttevékenységek összességét adja közvetlenül a rekreációnak.

A rekreáció rendszertani értelmezésénél azonban a sport és rekreáció *közvetett* kapcsolatára is ki kell térni. Ide kell sorolni a különböző sportesemények figyelését, a szurkolást, egy csapathoz vagy versenyzőhöz való tartozást, mely sok esetben már nem csak egy „szimpla” szellemi rekreációs tevékenység, hanem egy komplexebb turizmus kategóriát is sok esetben érintő életmódot meghatározó tevékenység. Sőt, bizonyára mindenki tud példát mondani olyan feszült és vagy felfokozott érzelmi állapotra, ami már komoly fizikai tevékenységet is magában hordoz. Természetesen a szélsőséges megnyilvánulásoktól és a huliganizmustól el kell határolódjunk, az nem tartozhat a rekreáció fogalomtárába!

Az előző rendszertani felépítésből következik, hogy ne beszéljünk sportrekreációról! Az alapkérdés az, hogy az adott sporttevékenységet milyen céllal végzik az emberek.

A mozgásos rekreáció célja az egészség megőrzése, fejlesztése, a testi-lelki jólét megteremtése, s hogy az alkalmazott módszereket e cél elérése érdekében alkalmazzuk.

A mozgásos rekreáció olyan gyakorlatok végrehajtásából álló tevékenység, melynek célja az egyén egészségének megőrzése és fejlesztése, teljesítő- és munkavégző képességének helyreállítása és szükség szerint annak növelése.

A rekreációs céllal végzett sporttevékenység a mozgásos rekreáció része, de nem szinonimája.

A rekreációs céllal végzett sporttevékenység a mozgásos rekreáció meghatározására épül, de kiegészül az adott sporttevékenység meghatározott szabályok szerinti végrehajtásával. (Ha sétálok esténként az nem sporttevékenység, hiszen nem a gyaloglás szabályainak megfelelően teszem, mégis fokozhatja az erőnlétem, sőt tervszerű, rendszeres és intenzív alkalmazása a rekreációs edzés kategóriába is sorolhatja.)

A mozgásos rekreációt az élsporttól az különbözteti meg, hogy célja nem az öröklött adottságok felső határáig történő teljesítménynyfokozás, hanem a jó közérzet, az egészséges állapot és a kikapcsolódás elérése.

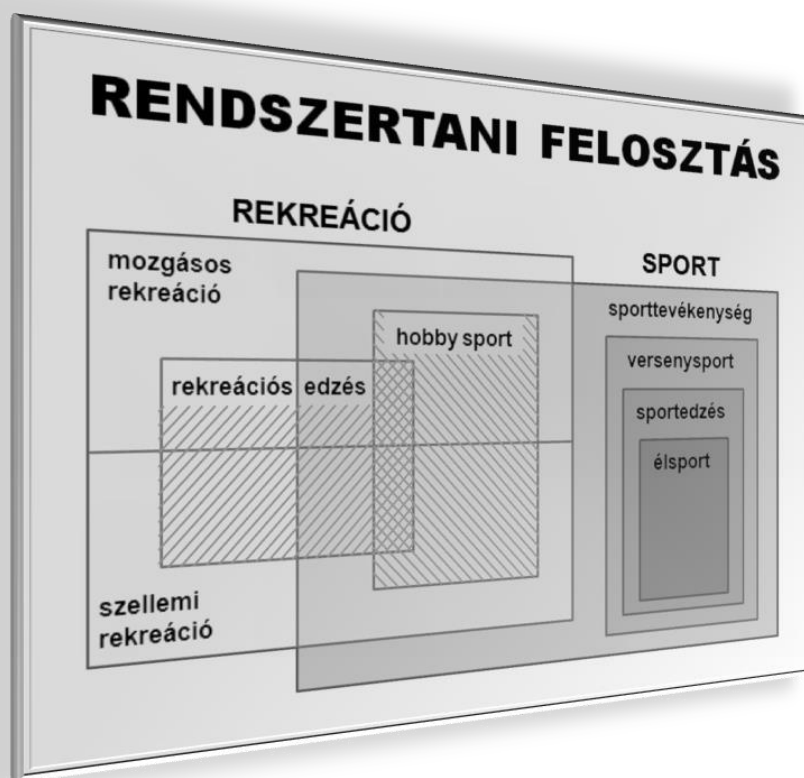
7. A rekreáció rendszertani megközelítése (Fritz, 2011)

A rekreációra való törekvés ösztönössége minden emberben megvan, kultúrától, társadalomtól, földrajzi elhelyezkedéstől függetlenül. Mégis megjelenése, formái és talán a legfontosabb tényezője: a hatékonysága, az örömszerzés foka egy bonyolult és sok összetevős rendszertől függ. Ilyen értelemben az ösztönösség, valamint a rekreációt tápláló tudományterületek ismereteinek jól összehangolt tudásbázisára épülő önálló szakterület irányítása kell, hogy működtesse azt (Fritz, 2015).

7.1. A rendszertan felosztása (7. ábra)

A nem edzés jelleggel és/vagy versenyzés céljából végzett mozgásos tevékenységek kategóriába tartozik az összes rekreációs mozgásforma és tevékenység, amit kizárólag kikapcsolódás és a mozgás szeretete miatt választunk, de nincs jelen a tervszerűség, a rekreációs edzés szabályrendszerének betartása, valamint a versenyzés. *Tehát a rekreációs edzés és a hobbi sport kategóriák nélküli mozgásos tevékenységek összessége az a halmaz, mely tartalmaz szabályrendszerhez köthető sporttevékenységeket és szabályrendszer nélküli mozgásos tevékenységeket egyaránt*, pl. kirándulás, nyaralás vagy kutyasétáltatás.

A tevékenységek intenzitása, terjedelme és gyakorisága nem indít be feltétlen alkalmazkodási folyamatokat, melyek hatására az edzettségi állapot változhatna. Célja lehet a fáradt izmok átmozgatása, szellemi és testi kikapcsolódás, felüdülés, mely ugyancsak az egészségi állapot megőrzését segíti elő.



7. ábra: A rekreáció rendszertani felosztása

Mit is értünk akkor rekreációs edzésen?

- A lehetőleg gyermekkortól, szabadidőben, folyamatosan és rendszeresen, heti 3-5-ször, 15-45 percen át a maximális pulzus 65-85%-ának megfelelő ingererősséggel, az egészsége érdekében végzett, döntő mértékben aerob állóképességi jellegű olyan mozgások végzését értjük, amelyeknek alapvető célja a testi, lelki felfrissülés, aktív pihenés útján az egészség megőrzése és fejlesztése;
- a rekreációs edzéshez is elengedhetetlen a tudatos és tervszerű pedagógiai folyamat ismerete és alkalmazása, amihez szakember kell!

A szükséges képességek fejlesztése ebben a kategóriában jelenik meg tervszerűen az *egészség oldaláról közelítve és kényszer nélkül megvalósítva*.

Természetesen ez nem azt jelenti, hogy teljesítményfejlődést csak mosolyogva, egy maratoni táv lefutására készülve el lehet érni. A kényszernélküliséget itt a rekreációs tevékenységek szabad választására értettem elsősorban. Az egészség-központúságnál pedig a rekreációs edzés terhelési övezeteinek betartására gondoltam, ahol a teljesítmény maximuma az egészségi állapotot nem veszélyeztetve indukál adaptációs folyamatokat.

A ciklikus sporttevékenységek edzésvezetési szempontból jobban szabályozhatók. A kondicionális képességek fejlesztési céljait pedig nem sportági követelményprofilok, hanem elsősorban az optimális szomatikus és pszichés működési harmónia, a szociális alkalmazkodóképesség, a mindennapi optimális cselekvő- és teljesítőképesség, egyszóval a *fitness* szabja meg.

A rekreációs edzés kategóriában nem csak sporttevékenységek jelennek meg, hanem a rekreációs tevékenységek szélesebb tárháza, azaz olyan tevékenységek is, melyekhez szabályrendszer nem köthető.

Hobbi sport:

- minden olyan versenyzéssel járó sporttevékenység, amelynek célja és eredménye is a jó közérzet, az egészség fejlesztése, csúcsteljesítményre való törekvés nélkül. A kategóriába sorolás feltétele a meglévő szabályrendszer, mely alapot biztosít a verseny kialakulásához, megszervezéséhez.
Pl.: városi futóversenyek, Balaton-átúszás, Balaton-átevezés, munkahelyi bajnokságok stb.
- Ide tartoznak olyan sportágak is, melyek extremitásuk vagy újdonságuk miatt nem rendelkeznek népes táborral, ezért nem használjuk a tömegsport kifejezést, természetesen az előző bekezdésben hangsúlyozott egészségcentrikusság dominanciája mellett.
- *Önmagában a hobbi sport kategóriának nem előfeltétele a rekreációs edzés, ami éppen ezért nagyon komoly veszélyeket is magában hordoz!*

A rekreációs edzésre épülő hobbi sport minden olyan mérsékelt terjedelmű és terhelésű edzéssel és/vagy versenyzéssel is járó sporttevékenység, amelynek célja és eredménye is a jó közérzet, az egészség fejlesztése, csúcsteljesítményre való törekvés nélkül.

Ami nagyon fontos, hogy mindhárom kategóriánál a rekreátor szerepe elsődleges, a megfelelő szakmai felkészültség hiánya vagy a képességek hiányában történő részvétel különböző versenyeken nagyon komoly rizikótényezőt jelent az egészség szempontjából. A felelőtlen versengés sok esetben komoly sérüléshez, balesethez vagy maradandó károsodáshoz is vezethet!

Az egészségünk a legnagyobb érték, vigyázzunk rá és törődjünk is vele, megfelelő szakmai segítség igénybevételével.

7.2. A rekreációs edzés és az élsportedzés összevetése

Az élsportban az edzés, az edzések sorozata dönti el, hogy milyen lesz a teljesítmény a versenyen, a mérkőzésen. Az edzést egy perselyhez hasonlíthatjuk: annyi pénz tudok kivenni belőle, amennyit beleteszek, egy fillérrel sem többet. Ha 28 km/óra sebességgel kell játszani, akkor nem „edzegethetek” 20 km/óra sebességgel. Illetve lehet, csak akkor olyan is lesz az eredmény (Jakabházi, 1997).

A rekreációs céllal végzett edzésnél más a motiváció. Nem kell maximális teljesítményt nyújtani, habár akad olyan szituáció a hobbi-sport kategórián belül, ahol a versenyhelyzetnek köszönhetően a teljesítmény összetevők aránya és nagysága megváltozik és közelít a csúcsteljesítményhez. Mégis a legfőbb cél ebben az esetben is a kikapcsolódás, az élményszerzés. Ha lehetséges a versenysport céljaiért folytatott edzés, akkor szükségszerűen rekreációs célként is folytatható ez a tevékenység. Ez vezetett a rekreációs edzés módszereinek kidolgozásához.

Az élsportban hosszú évekig tart, amíg lelkiismeretes, kemény munkával nemzetközi szintre lehet emelkedni. A legnagyobb tehetségek, a legjobb adottságú élsportolók esetében a sportágválasztástól az első nemzetközi nagy sikerig átlagban 11,3 év telik el. Ha első időben heti három, majd négy, öt edzést s a tanulási időszak második felében heti tíz edzést számolunk, egy átlagos sportkarrier során több mint tízezer edzésen vesz részt egy élsportoló. Ha a rekreációs edzés alatt heti kettő-három foglalkozást értünk, ez tíz év alatt 1000–1500 edzés.

Óriási különbség van a rekreációs edzés és az élsportedzés intenzitásában. Az élsportban a makro- és mikrociklusnak megfelelően az évi edzéstervezés pontosan előírja a 60-70-80-90%-os edzésterhelést. Sőt, nem kevésszer van határterhelés (vita-max), ahol bizony a rosszullétig, a teljes kimerülés szintjéig edz a sportoló.

Ezt a tartományt a rekreációs edzésen nem kell elérni, „jólesésre” edzünk, s nem „ájulásig”.

*A versenysportra jellemző a teljesítményközpontú gondolkodás. Ez természetes, sőt szükséges akkor, amikor a sport lényegében véve a tömegeket szórakoztató foglalkozássá válik. Miután a győzelem, a rekord a cél, a teljesítmény értékmérő szerepet játszik. A teljesítményközpontú gondolkodást azonban fel kell váltania az **egészségközpontú gondolkodásmódnak** akkor, amikor a testkultúra egyik formálójáról, a **mozgásos rekreációról** beszélünk.*

*Természetesen ekkor is mérjük az eredményeket, de **a teljesítmény nem cél, hanem csupán eszköz** arra, hogy megítéljük az egyén edzettségét, erőnlétét, fittségét, egészségi állapotát.*

8. A rekreációs tevékenységek felosztása

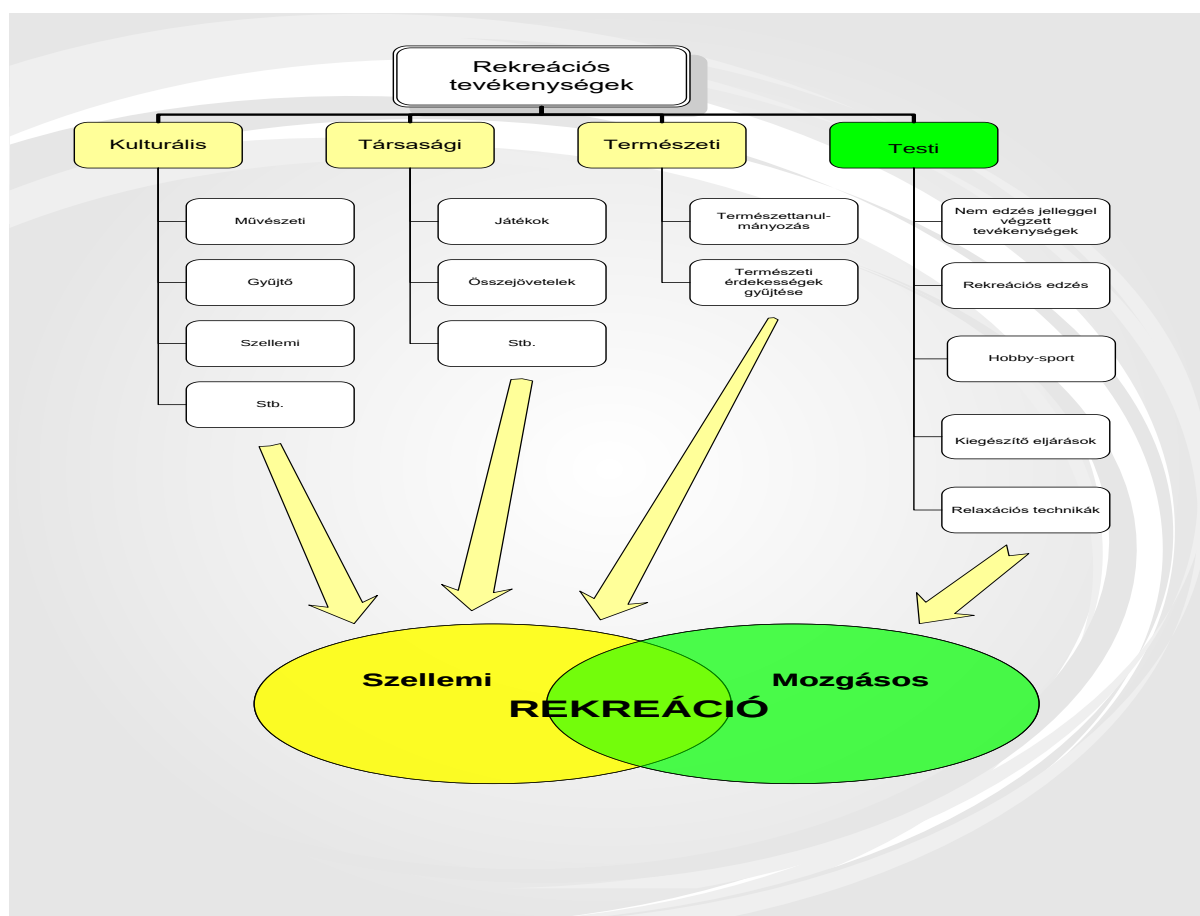
A tevékenység jellegének és eszközének megfelelően szellemi és mozgásos rekreációt különböztetünk meg, de fontos megjegyezni, hogy sok esetben nem lehet határozott vonalat vonni ezen tevékenysége között, pontosan az egészség komplex értelmezése és a tevékenységeink összetettsége miatt (8. ábra). A természet tanulmányozása szellemi kikapcsolódást jelent dominánsan, ami sok esetben a túrázással, azaz mozgásos tevékenységgel párosul, ellenben a tájfutás dominánsan a mozgásos rekreáció kategóriába sorolandó, miközben a természet közelsége, a változatos és csodálatos természeti értékek befogadása a rekreáció szellemi értékeinek számítanak.

Nyugodtan sorba vehetjük az összes fizikai mozgásformát, megállapíthatjuk, hogy mindegyik hatással van szellemi felfrissülésünkre, mentális állapotunk egyensúlyának karbantartására. A rekreációs tevékenységek helyes felosztásánál leginkább azt kell figyelembe venni, hogy a fizikai, vagy a szellemi hatások dominálnak-e? (Fritz; 2011)

A szellemi rekreáció a kultúra, a szórakozás, a kiegészítő és relaxációs eljárások területeit, valamint a természet adta lehetőségeket használja fel az egyéni és társas élményszerzés lehetőségein keresztül a testi-lelki-szellemi jólét, az aktív kikapcsolódás eszközéül, mely a tartalmas szabadidő-eltöltéshez vezet (Fritz; 2015).

A mozgásos rekreációhoz a szabadidőben nem kényszerből végzett fizikai, testi tevékenység tartozik.

Összességében megállapítható, hogy a rekreáció célja a „mással való foglalkozás”!



8. ábra: A rekreációs tevékenységek felosztása

8.1. A mozgásos rekreáció fogalma és felosztása (Fritz, 2011)

A mozgásos rekreáció célja az egészség megőrzése, fejlesztése, a testi-lelki jólét megteremtése, s hogy az alkalmazott módszereket e cél elérése érdekében használjuk.

A mozgásos rekreáció olyan gyakorlatok végrehajtásából álló tevékenység, melynek célja az egyén egészségének megőrzése és fejlesztése, teljesítő- és munkavégző képességének helyreállítása és szükség szerint annak növelése.

A mozgásos rekreáció felosztása:

- nem edzés jelleggel végzett tevékenységek
- rekreációs edzés
- hobby sport
- kiegészítő és relaxációs eljárások

8.2. A szellemi rekreáció (Fritz, 2015)

8.2.1. A szellemi rekreáció fogalmának tisztázása

Több megfogalmazás is használatos, amikor a szellemi rekreációt szeretnénk definiálni: pl. „A szellemi rekreáció a kultúra, szórakozás (játék) és művelődés kérdéseivel, a műveltség típusaival és a kulturális élet problematikáival foglalkozik, illetve használja föl azokat eszközül” (Bartha, 2009).

Több olyan szakmai fórumon is voltam, ahol egy szellemi rekreációs definíciót követve az előadók sietve hozzátették, hogy természetesen a szellemi rekreáció ugyanakkor több, mint a kultúra, szórakozás és művelődés kérdéseivel foglalkozó tevékenység. Ez számomra legtöbbször azt az érzést nyújtotta, mintha nem szívesen tennének pontot a definíció végére, mellyel esetleg egy tökéletlen lezárást követnének el, kihagyva a szellemi rekreációhoz tartozó egyéb tevékenységeket. Nagyon általánosítva, és persze ismét csak nem tökéletesen, elég lenne azt kijelenti, hogy *a szellemi rekreáció valamennyi olyan szabadidős tevékenység, ami nem elsősorban a fizikumot (motorika) veszi igénybe.* Ez részben helyes megközelítés, hiszen nem szűkíti területekre, ezáltal nem hordozza magában valamely tevékenység kizárását, azonban nem is pontos meghatározás, mivel a rekreáció nem azonos a szabadidővel, így a rekreációs tevékenységek sem szinonimái a szabadidős tevékenységeknek. ***A tényleges szabadidőnkben szabad akaratunkból, kényszer nélkül végzett produktív tevékenységek halmaza jelenti a rekreáció területét.***

A tevékenységek tárháza kifogyhatatlan, ezért is lehetetlen vállalkozás egy teljes felsorolásba kezdeni. Azonban azt, hogy egy adott tevékenység mikor minősül szellemi rekreációnak, érdemes körbejárunk.

Vegyük példának az önművelést, az önképzést, azon belül is a nyelvtanulást. Ha a munkaidőn kívül végzett nyelvtanulás a munkakörhöz vagy akár a diplomához szükséges és elvárt ismeret, akkor leginkább a félszabadidő tartományba esik, ellenben, ha a képzés munkaidőben, a munkáltató által finanszírozott formában valósul meg, akkor a munka tartományba kell, hogy tartozzon. Ha azonban a motivációnál nem külső kényszer a domináns, hanem szabad akarat, érdeklődés, elhatározás, akkor mint aktív szabadidő-eltöltés, már szellemi rekreációnak minősülhet. Természetesen előfordulhatnak árnyaltabb esetek is, amikor a motiváció vegyes, pl. a munkavégzés során saját érdeklődésből, de munkához kapcsolódóan valamilyen

képzésben való részvételről van szó, ami szórakozást is, önmegvalósítást is jelenthet. Ezen esetekben beszélhetünk *rekreatív többletről*, amely szintén nem azonos a tisztán rekreációs tevékenységekkel, hiszen a rekreatív többletet nem csak a szabadidőnkben élhetjük meg.

Ezen gondolatok ismeretében szeretném bemutatni a szellemi rekreáció definíciójának változását, ami egy lehetséges meghatározása a rekreáció színes és gazdag részterületének.

A 2011-es Mozgásos rekreáció könyvben ez olvasható:

„a szellemi rekreáció a kultúra, a szórakozás és a művelődés területeit használja fel az egyéni és társas élményszerzés lehetőségein keresztül a testi-lelki jólét, az aktív kikapcsolódás eszközeként, mely a tartalmas szabadidő eltöltéséhez vezet” (Fritz, 2011).

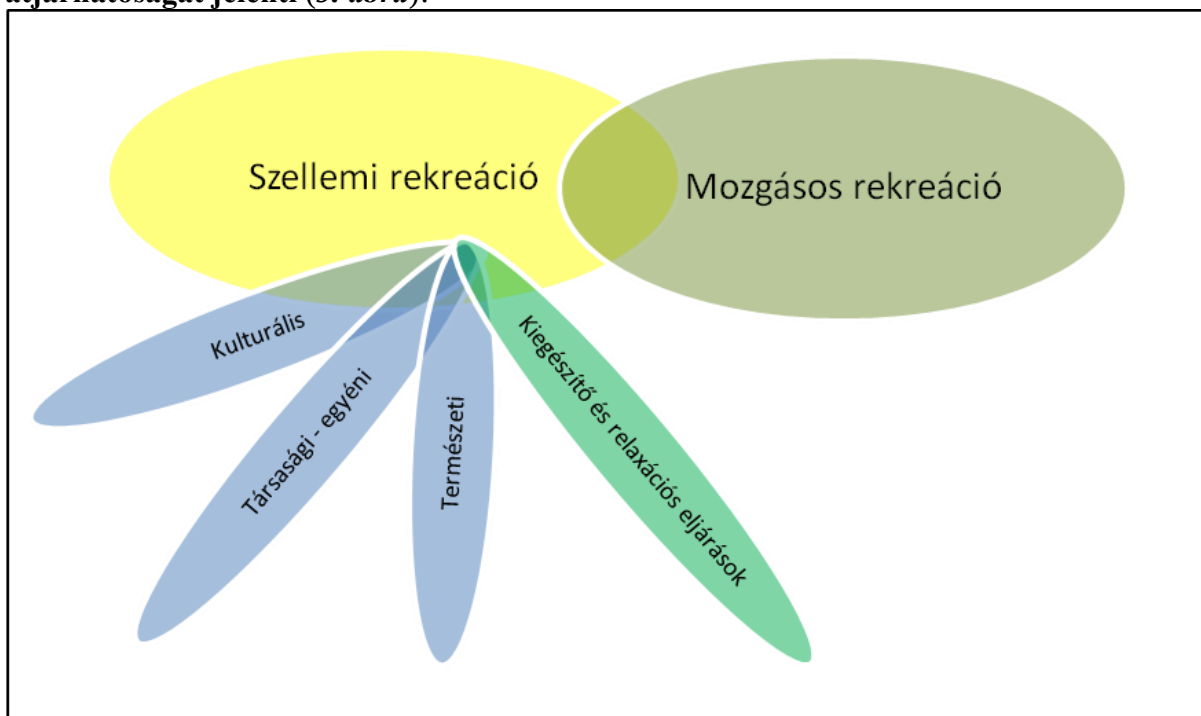
A szellemi rekreáció területeinek strukturáltabb felosztása azonban a definíció változtatását is szükségessé tette, ami így tagoltabbá vált: **a szellemi rekreáció a kultúra, a szórakozás, a kiegészítő és relaxációs eljárások területeit, valamint a természet adta lehetőségeket használja fel az egyéni és társas élményszerzés lehetőségein keresztül a testi-lelki-szellemi jólét, az aktív kikapcsolódás eszközeként, mely a tartalmas szabadidő-eltöltéshez vezet.**

8.2.2. A szellemi rekreáció felosztása, rendszertani megközelítése

Valahogy úgy tudom legjobban elképzelni, mint a festő egyik kezében lévő színpalettát, ahol meghatározott helyen meghatározott színek vannak, de hogy végül milyen színt kever ki a művész, azt ő dönti el, a színek közötti átjárhatóság maga a képzelet szabadsága.

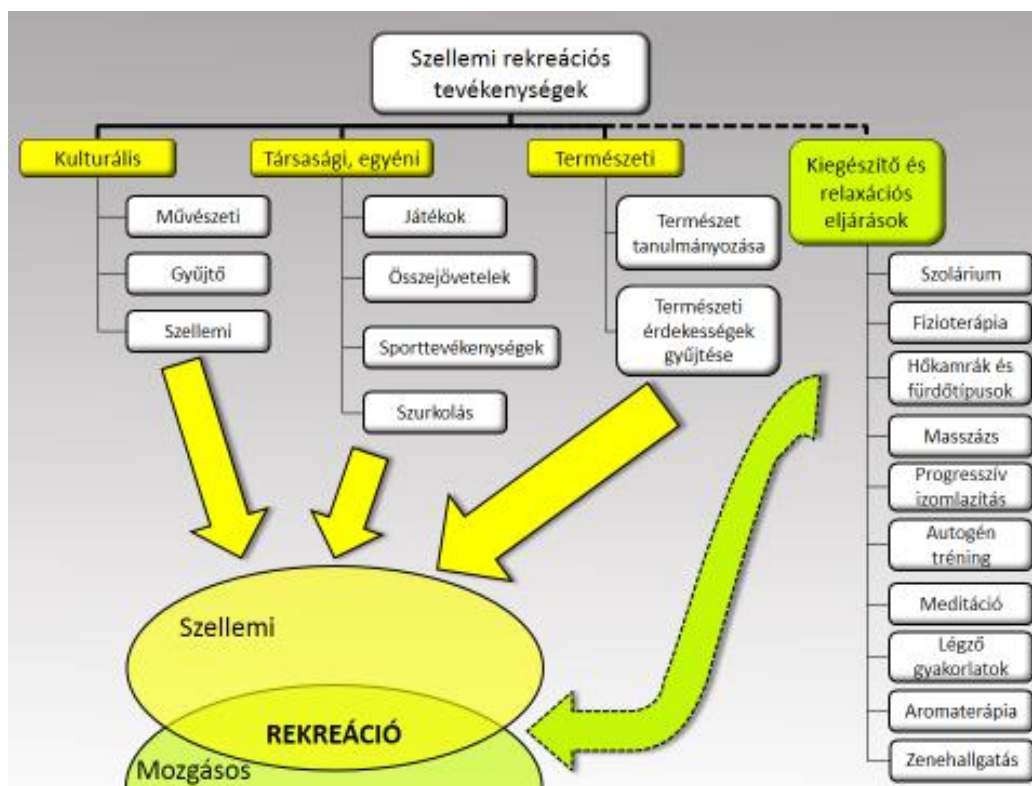
Sokféleképpen lehet a rekreációs tevékenységeket strukturálni; *az általam bemutatott rekreáció rendszertana egy lehetséges verzió, folyamatos fejlesztésre, továbbgondolásra éhes, dinamikus halmaz, ami sosem tökéletes (7. ábra).*

Nagyon nehéz sematikusán ábrázolni egy olyan rendszert, ahol a szellemi rekreációs tevékenységek a főbb csoportok tekintetében is több helyre besorolhatók, ez a **struktúra teljes átjárhatóságát jelenti (9. ábra)!**



9. ábra: A szellemi rekreáció fő csoportjainak sematikus ábrája

A fő csoportok (kulturális, társasági-egyéni, természeti, kiegészítő és relaxációs technikák) egymás között átjárhatóságot biztosítanak, az alcsoportok felsorolása egyes főcsoportokhoz kapcsolódóan még képlékeny, de a szemléltetés kedvéért és a rendszer átláthatósága szempontjából kikerülhetetlen (10. ábra).



10. ábra: A szellemi rekreáció felosztása

A főcsoportokon belüli alcsoportok a tevékenységeket legfőbb dominanciájuk alapján kategorizálják be. Természetesen egy tevékenység több helyen is megjelenhet, éppen a tevékenységek komplexitásának köszönhetően.

Levezetek néhány érdekes rendszertani problémát, ami bizonyítja a struktúra nyitottságát:

- busójárás: rendszertani szempontból a maszkos szokásokhoz tartozó alakoskodás, ami mint népi színjáték, a *játékok* alcsoportban kerül megemlíetésre, ami a *társasági - egyéni* főcsoportba tartozik, de egyúttal ugyanazon főcsoport *összejövetelek* alcsoportjába is sorolandó, s mivel művészeti tevékenység is egyben, így a *művészeti* alcsoportba is tartozik, ami viszont a *kulturális* főcsoport tagja. Itt mégis a fő rendező elv a játék dominanciája volt;
- zenehallgatás: ami hogyha barátokkal történik, akkor - a rendszertani elhelyezésnél a legerősebb motiváció az, ami meghatározza az elhelyezését -, ha egy adott zene megfigyelése, elemzése, élvezete a cél egy hozzáértő közösségben, a *kulturális* főcsoportba tartozó *művészeti* alcsoportba sorolandó. Ha a zenehallgatásnál a szellemi felfrissülés, a teljes kikapcsolódás a fő cél, akkor a *kulturális* főcsoport *szellemi* alcsoportjába tartozhat. Ha egy hozzáértő közegben történik a zene hallgatása, de a fő motivációja a közösségnek az adott zene/zenék gyűjtése, cserélése, akkor ugyanezen főcsoport *gyűjtő* alcsoportjába helyezhető el a tevékenység; azonban, ha a zenehallgatás mellett a fő motiváció maga a közösség, akkor inkább a *társasági - egyéni* főcsoport *összejövetelek* alcsoportjához kell, hogy tartozzon.

9. A rekreátor mint egészségfejlesztési szakember (Fritz; 2016)

Ki is az a rekreátor?

Hiába keressük az értelmező szótárban a választ, nem találjuk.

Az elnevezés egy olyan szakembert takar, aki szakmai segítséget nyújt az embereknek szabadidejük aktív eltöltésére úgy, hogy az egészségük fejlesztését is szolgálja. A rekreátor egy egészségfejlesztési szakember, aki a kliensek mindennapjait segíti élvezhetőbbé tenni, segít a mindennapok során felgyülemlett stressz levezetésében, segít nekik feltöltődni, ellazulni és egy egészséges életmódot kialakítani.

*Mi a feladata, mit kell tudnia a rekreátornak?*⁵

- Legyen képes a saját, a környezete, de legfőképp az általa foglalkoztatottak életmódját a szükséges mértékben változtatni, átformálni, a kívánatos és elvárható egészséges életvitelre átállítani.
- Törekednie kell a kliensek egészségfejlesztő szemléletmódjának kialakítására.
- Ismernie kell a kívánatosnak tartott korszerű életmódfelfogást, a könyvben ismertetett rekreációs tevékenységeket és a szabadidő-eltöltési irányzatokat.
- Ismerje és tudja alkalmazni a befolyásolás, a motiválás és meggyőzés eszköztárát, legyen képes animálni a csoportokat, tudjon velük együtt tevékenykedni a pedagógia módszereit és a rekreáció eszközeit felhasználva.
- Legyen felkészült és képes élményforrássul szolgáló foglalkozások, rendezvények, túrák stb. szervezésére és lebonyolítására.
- Ismerje és tudja alkalmazni az alkat és teljesítőképesség (egészségi állapot) vizsgálatának és értékelésének eljárásait és eszközeit.
- Ismerje és tudja alkalmazni a korszerű rekreációs edzéstan ismereteket.
- Alkalmazza a konzultációs modell nyújtotta lehetőségeket, amely biztosítja a különböző tudományterületeken dolgozó szakemberek szakvéleményének, állásfoglalásának beépítését a rekreátori munkába, erősítve ezzel a rekreáció multidiszciplináris elhelyezkedését és a konzultáció eredményeképpen alkalmazott eljárás hatékonyságát.

Az egészség értéként kezelése, az emberi erőforrás mind értékesebbé válása, az életkörülmények javulása szinte szükségletként jelezte a rekreáció szakmai háttérének kidolgozását, az egészségtudományon belüli helyének meghatározását és a szakemberképzés megindítását.

Lengyelország már a '70-es évek elején felismerte a rekreáció fontosságát és időszerűségét. Ennek eredményeként a varsói AWF-en (Varsói Testnevelési Egyetem) már 1975-ben tantárgy lett a rekreáció, majd a '80-as évek második felében az összes felsőoktatási intézményben bevezették.

Magyarországon 1989-ben az ELTE Tanárképző Főiskola megindította nappali tagozatos, kétszakos rendszerben (testnevelés–rekreáció) a felsőfokú rekreációs szakemberek képzését. 1992-től Szegeden, a Juhász Gyula Tanárképző Főiskola Testnevelési Tanszékén is beindult a szintén kétszakos (testnevelés–rekreáció) szakemberképzés, majd 2002-től a Testnevelési Egyetemen is megkezdődött a rekreátorok képzése.

⁵ Kovács Tamás Attila (Kovács, 2004) felsorolásának a jelen mű szerzője által kibővített változata

Az azóta eltelt idő alatt a képzés folyamatosan változott, kereste az igazi helyét a munkaerőpiacon és a tudományon belül is. Kezdetben nem volt egységes értelmezése a rekreációnak, a magyar nyelvű szakirodalmat, tankönyveket pedig legfeljebb jó szándékú próbálkozásoknak lehetett nevezni.

A rekreáció szakos hallgatóknak a diploma megszerzése után egy újabb problémával kellett szembesülniük: ez a munkaerőpiac érdektelensége volt a frissen végzettekkel szemben.

Azt is mondhatnánk, hogy a probléma oka a túlképzés volt, hiszen nagyobb volt a kínálat, mint a kereslet. Sőt: felmerülhetett, hogy esetlegesen nincs is szükség az efféle szakemberekre, hisz a keresleti oldalon nem volt rájuk igény, vagy a munkaerőpiac nem is igazán tudta, hogy mit takar igazán a rekreáció képzés. Milyen feladatok elvégzésére, milyen munkakörök betöltésére alkalmasak a felsőoktatásban rekreáció szakon végzett hallgatók? A munkáltatók szívesebben alkalmazták az olcsóbb fizetési kategóriába sorolható OKJ-s végzettséggel rendelkező szakembereket, akik a rekreátoroknál szűkebb ismeretekkel rendelkeztek (személyi edző, aerobik edző stb.).

Ezen a helyzeten változtatni kellett, sőt, a probléma megoldásán jelenleg is folyamatosan dolgozni kell.

A **rekreációt** mint egy teljesen új **terméket** kell felfogni, és a piaccal megismertetni. Egy új üdítőitalról sem tudok addig véleményt mondani, amíg nem kóstoltam, vagy igen?

Valószínűleg az előző mondat filozófiájával való azonosulás lehet mégis a gátja a rekreáció túlzottan lassú térhódításának Magyarországon, hiszen ahhoz, hogy megkóstolhassam az új üdítőt, az előállítók részéről nagyon hosszú út vezet odáig, és ahhoz komoly szakmák együttes munkájának az eredménye nélkülözhetetlen.

Szükséges maga a jó minőségű és lehetőleg egészséges ital, csábító és praktikus csomagolás, kellemes íz, színhatás. A termék bevezetése a piacra (reklámok, promóciók, kóstolók stb.), megfizethető ár, választékos kiszervezés, felépített disztribúció stb. Egy üdítőital kifejlesztésének alapja az, hogy a víz nélkülözhetetlen eleme az életnek; a szomjúság, a szükséglet teremti meg a piacot, és manapság egyre jobban igaz az is, hogy a jó reklám teremti meg a manipulált szükségletet, mely az emberek szubjektív választását befolyásolja.

A rekreáció egy termék, a rekreátor pedig egy szolgáltatási csomagot tud biztosítani, aminek a minőségét a felsőoktatás tudja garantálni. A piacra történő bevezetésével éveken csupán maguk a rekreátorok próbálkoztak. Nyilvánvaló, hogy a rekreátorok egyenként a keresleti oldalnak csak kicsiny szeletében tudják felkelteni az érdeklődést.

Ezen egy módon lehet változtatni: a rekreációban érintett gazdasági szereplők (magazinok, szaklapok, sportszergyártók, klubok), kormányzati szereplők (minisztériumok), felsőoktatási intézmények és a rekreátorok közösen, egymással együttműködve tudják széles körben megismertetni, elfogadtatni, hogy ez egy fontos és hasznos szakma.

Az, hogy a piac nem tudja, hogy mit jelent a rekreáció, nem azt jelenti, hogy nincs rá igénye, vagy ösztönösen, szakmai segítség nélkül ne végezne rekreációs tevékenységet. Meg kell ismertetni a piaci szereplőkkel a rekreáció fontosságát, azt, hogy milyen előnyökkel járhat számukra, ha képzett szakembereket foglalkoztatnak (Fritz, 2011).

A World Leisure and Recreation Association (WLRA) Rekreatív Képzésre vonatkozó Nemzetközi Megállapodás alapján a rekreációs szakember olyan felkészült és képzett szakember, aki képes:

1. megérteni a rekreáció szerepét egy kialakuló emberi környezetben;
2. megérteni a változó társadalmi, környezeti, technikai és kommunikációs trendeket, és következtetéseket levonni ezek rekreációs szolgáltatásokra gyakorolt hatását illetően;
3. értelmezni és beépíteni a rekreációs képzés szerepét a társadalom és a szakma különböző területein, mint pl. iskolák, rekreációs képzési szolgáltatások, sport, kulturális szolgáltatások, szabadidős és turizmus ipar, média és egyéb, a rekreáció szempontjából releváns tevékenységek;
4. garantálni, hogy a rekreációs képzés kapcsolódik, kiegészít és elősegít egyéb fontos területeket, mint a rendezvényszervezés, egészségügyi, adminisztrációs és közösségi támogatás;
5. megérteni az etnológiai-kulturális társadalmi sokszínűséget a rekreációs képzési szolgáltatás tervezésében;
6. kultúraközi tudást fejleszteni és ezt alkalmazni a rekreációban, sportban, kultúrában, médiában és turisztikai programok során;
7. megérteni a rekreációs képzés emberi fejlődés elősegítésében betöltött szerepét (pl. nemmel, korrallal, sajátos népességgel összefüggő kérdések) egy rohamosan változó, többnyelvű társadalomban.

A rekreációs szakember akcióterületei:

1. trendek, filozófia, szolgáltatások, egységesség, elérhetőség;
2. tanácsadás, animáció, tanítás, támogatás;
3. speciális tevékenységek: pl. művészetek, sport, zene;
4. szolgáltató intézmények: pl. iskolák, sport, kultúra, média, turizmus, egészségügy, színház (WLRA Charta, 1993).

A rekreáció mind magasabb szintű oktatása és az egészséges életmód iránti igény erősödése egyre több szabadidővel kapcsolatos képzésben jelenik meg.

Jacson és Burton szerint (1989) valójában nincs olyan, hogy egységes rekreációs szakma, mert a rekreációs feladatokat ellátóktól elvárt kompetenciák a különböző szerepekben nagyon változóak. A rekreáció területén számos olyan munkavállaló tevékenykedik, aki csupán kevés vagy semmilyen korábbi előképzettséggel nem rendelkezik, de természetesen képzett szakemberek is nagy számban dolgoznak a területen. Jacson és Burton szerint mindketten tökéletesen végezhetik el ugyanazt a munkát, mert ez nem feltétlenül képzettség függő. Számos olyan kompetenciára van szükség, amelyet a gyakorlati munka során lehet csak elsajátítani. Magyarországon a különböző rekreációs területeket külön oktatják a különböző intézmények, sőt, a felsőoktatásban az azonos képzési és kimeneti követelmények ellenére is különböző a képzések tartalma és minősége, ami többször a hallgatók átjelentkezésekor kerül a felszínre, amikor is érzékelhető a kurzusleírások közötti óriási különbség, valamint a tantárgystruktúrák különbözősége.



1. kép: Rekreáció szakos hallgatók képzés közben. (Készítette: Fritz Péter)

Dolgoznak emberek a rekreáció területén korábbi előtanulmányok nélkül, más sportszakmai vagy turizmusos végzettséggel, illetve valamilyen szintű rekreációs képesítéssel.

Az Európai Unióban számos példa van arra, hogy az Európai Képzési Keret Rendszer alacsonyabb szintjein álló (EQF level 3-5) képzésekbe beszámítják a szakterületen eltöltött éveket. Sőt, arra is lehetőség nyílik, hogy a képzés kihagyásával a tapasztalt szakember csupán a záróvizsgákat teljesítse (Lacza, 2014).

Ezért is tartom fontosnak a rekreáció helyének és szerepének tisztázását, a szakirodalmak széleskörű megjelenését és a képzőintézmények közötti szakmai kapcsolatok erősödését, szakmai műhelyek és szakmai érdekvédelmi/képviseleti rendszer kialakítását.

Nem mindenhez értő polihisztorokat kell képezni!

A rekreátornak legyen naprakész szaktudása, hogy a különböző igényekkel jelentkező kliensek számára a legmegfelelőbb rekreációs lehetőséget tudja ajánlani és összeállítani.

A manapság jelentkező „trendi” termék és karakter dömpinggel, valamint az egészségvédelmet szolgáló irányzatokkal szemben rendelkezzen egy minőségi „szakmai szűrővel”. Meg tudja különböztetni a jól felépített reklámfogásokat az igazi értékeket biztosító egészségfejlesztési eljárásoktól. Nem mindig a drágább a jobb!

Legyen felkészült és ismerje a rekreáció legújabb eredményeit, a kutatásokat, a szakembereket. Tudja, kihez kell fordulnia tanácsért, információért, ha valamely speciális kéréssel keresik meg. Tudja, kihez kell küldeni a klienst, ha annak valamely kérése meghaladja a tudását. Küldje orvoshoz vagy gyógytornászhoz, ha egészségi állapota ezt indokolja, küldje táncitanárhoz, tenisz vagy sioktatóhoz, ha a „kliense” azzal kíván foglalkozni. Ki kell tudnia szűrni akár az oktatókat, akár a természetgyógyászokat, akár a természetvédőket közül a kóklereket, az önjelölt gurukat (Kovács, 2004).

A rekreációs szakember munkája emberekkel való foglalkozást jelent. Ösztönzést, képzést, nevelést, bevonást különböző szabadidős tevékenységekbe, melyek célja az egyén életminőségének fejlesztése.

10. A rehabilitációs értekezés tézisei

1. Az egészségnevelés az egészségfejlesztés része, de nem szinonímája, szóhasználatukban még is sokszor azonos értelmezésben használjuk.
2. Az új szemléletű egészségfejlesztés legfontosabb eleme a személyiségfejlődés, amely képessé tesz az életöröm megtalálására és az életminőség javítására. Ebben a szemléletváltásban az egészséggel kapcsolatos multidiszciplináris kutatások eredményeinek kell kulcsszerepet játszaniuk.
3. A munkahelyi egészségfejlesztés nem csupán egy hosszú folyamat elindítását jelenti, hanem a lehető legtöbb szinten a többirányú, egymás mellett párhuzamosan futó, munkavállalói igényt kielégítő és a társaság lehetőségeit kihasználó komplex programcsomagot, mely a társaság vezetése által támogatott, valamint szakmailag felügyelt kell legyen. Ezen feltételek megléte esetén tud a munkavállalók mindennapi tevékenységének részévé válni.
4. A mozgásos aktivitás egészségre gyakorolt hatása kiemelkedő, részben az inaktív életmód elterjedtsége miatt, részben azon egészséget befolyásoló körülmények nagy száma miatt, melyet a mozgás hiánya befolyásol (pszichológiai válaszok, sokféle, sokszor halálos kimenetelű betegség kialakulása, mozgáskorlátozottság, mindennemű funkcionális kapacitás megváltozása, mentális egészség és életminőség alakulása). Az egészségre gyakorolt pozitív hatás már mérsékelt napi aktivitás mellett is jelentkezik. Ezek a tevékenységek nem igényelnek nagy szakértelmet, sem speciális felszerelést, vagy sportlétesítményt.
5. A tényleges szabadidőnkben szabad akaratunkból, kényszer nélkül végzett produktív tevékenységek halmaza jelenti a rekreáció területét.
A rekreáció egy folyton változó, fejlődő, a kor kihívásainak megfelelő, környezettől, társadalomtól, közösségtől és egyéntől függő dinamikus rendszer.
6. 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.
7. 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.

11. Hivatkozott irodalom fejezetek szerint

2. Fritz P. (2009): Az egészségfejlesztés magyarázata. In: Szatmári Z.: Sport, életmód, egészség. 1305 p. Budapest, Akadémiai Kiadó, pp. 849-856. 999. ISBN 978 963 05 8653 5

- Koelen, M. A. – Vaandrager, L. – Colomér, C. (2001) Health promotion research: dilemmas and challenges. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 257-262.
- Kaplan, A., szerk (1992) Health promotion and chronic illness. Discovering a new quality of health. WHO Regional Publications, Cologne.
- Matanovski, G. M. (2001) Conflicts between two cultures: Implications for epidemiologic researchers in communicating with policy – makers. *American Journal of Epidemiology*, 154, S36-S42.
- Alonzo, A. A. (1993) Health behavior; Issues, contradictions and dilemmas. *Social Science and Medicine*, 37, 1019-1034.
- Kals, E. – Montada, L. (2001) Health Behavior: An interlocking personal and social task. *Journal of Health Psychology* 6, 13-148.
- 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, 65-72.
- Milz, H. (1992) „Healthy ill people”: social cynicism or new perspectives? In: Kaplan, A. (szerk.) Health promotion and chronic illness. Discovering a new quality of health. WHO Regional Publications, Cologne, 32-39.
- Kopp Mária – Skrabski Árpád (1995) Alkalmazott magatartástudomány. Corvinus Kiadó, Budapest
- Bandura, A. (1997) Self-efficacy. Toward a infying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- O’ Leary, A. (1985) Self-efficacy and health. *Behavior research and Therapy*, 23, 437-451.
- Schwarzer, R. (1994) Optimism, vulnerability, and self-beliefs as healthrelated cognitions: A systematic review. *Psychology and Health*, 9, 161-180.
- Rimal, R. N. (2001) Longitudinal influences of knowledge and self-efficacy on exercise behavior: Test of a mutnal reinforcement model. *Jorunal of Health Psychology*, 6, 31-46.
- Fredrickson, B. L. (2001) The role of positive emotions in positive psychology. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- 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, 322-348.
- Sallis, J. F. – Owen, N. – Fotheringham, M. J. (2000) Behavioral epidemiology: a systematic framework to classify phrases of research on health promotion and disease prevention. *Annals of Behavioral Medicine*, 22, 294-298.
- Kals, E. – Montada, L. (2001) Health behavior: An interlocking personal and social task. *Journal of Health Psychology*, 6, 131-148.
- Pikó Bettina (2002) Socio-cultural stress in modern societies and the myth of anxiety in Eastern Europe. *Administration and Policy in Mental Health*, 29, 275-280.
- Pikó Bettina (2003) Kultúra, társadalom és lélektan. Akadémia Kiadó, Budapest 229.

- Pikó Bettina (1999) A társadalomtudományok illetékessége a biomedicina számára. *Valóság*, 42. 22-30.
- Selye, H. (1956) *The stress of life*. McGraw – Hill, New York.
- Pollock, K. (1998) On the nature of social stress: Production of a modern mythology. *Social Science & Medicine*, 26, 381-392.
- Szasz, T. S. (1960) The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15, 113-118.
- Pikó Bettina (1996a) Az egészségi állapot szociológiája: egészség, betegség, társadalom. *Lege Artis Medicinae*
- Pikó Bettina (1996b) Az egészség-betegség interakcionista megközelítése: Társas kapcsolataink és az egészségi állapot. *Valóság* 34, 74-77.
- Szasz, T. S. (1998a) Discreation as power: in the situation called psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 15, 216-228.
- Szasz, T. S. (1998b) The healing word: its past, present, and future. *Journal of Humanistic Psychology*, 38, 8-20.
- Cole S. A., Saravay S. M., Levinson, R. M. (1998) The Biopsychosocial Model in Medical Practice. In: Alan Stoudemire: *Human Behavior. An Introduction for Medical Students*. Lippencolt and Wiekens.
- Jenkins, R., Mc Culloch, A., Friedli, L., Parker, C. (eds) (2002) *Developing a National Mental Health Policy*. Psychology Press.
- Mrazek, P. J., Haggerty, R. J. (1994) *Reducing the Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academy Press, Washington DC.
- Raphael, B. (2000) *Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health*. Mental Health and Special Programs Branch. Commonwealth of Australia.
- Restrigh, M. D., Bearman, P., Blum, R.W. et al (1997) Protecting adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, vol. 278 (10), 823-832.

3. Fritz, P., Dorka, P., Mészáros, J. (2004): A munkahelyi egészségfejlesztés gyakorlata. Budapesti Népegészségügy, 35: (3) pp. 205-211.

- BARATH, A. (1991): Self-help in Europe, 1978-1989. A Critical Review. *Health Promotion International*. 6.1. 73-80.
- BECKER, P. (1992): Die Bedeutung integrativer Modell von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. Anforderungen an allgemeine Modelle von Gesundheit und Krankheit, Köln, in: Paulus, P. (Hrsg.) *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis*.
- BENNETH, P.; MURPHY, S. (1997): *Psychology and Health Promotion*. Open University Press. Philadelphia.
- BENKŐ, ZS. (Szerk.) (1994): Az egészségfejlesztő és mentálhigiénés szakember a társadalomban. Workshop munkaadóknak és a képzés résztvevőinek. JGYTF. Szeged.
- BENKŐ, ZS. (1997): Az egészségfelfogás változása. Kísérlet az egészség és az egészségfejlesztés értelmezésére. In: „Mert életem millió gyökerű”. *Egészségfejlesztés-Mentálhigiéné*. Szerk.: Benkő Zsuzsanna. JGYTF Kiadó, Szeged, 6-10.
- BUDA, B. (1997): Munkahely és mentálhigiéné. In: *Közösségi mentálhigiéné*. Szerk.: Gerevich József. Animula Kiadó, Budapest, 51-52.
- CANE, S. (1994): *Ready Made Activities for Negotiating Skills*. London: Pitman.
- EWLES, L.; SIMNETT, I. (1999): *Promoting Health – A practical Guide*.
- FEDERAL ASSOCIATION OF COMPANY HEALTH INSURANCE FUNDS (1999): *Models of good Practice*. Essen.

- FONYÓ, I.; ZOMBORI, GY.; GERINCZY A. (1992): Társas viszonyok megközelítései. (Családsegítés, mentálhygiéné, módszertani füzetek sorozat VI.) HÍD CsSK. NEVI. Caritas Hungarica. Budapest.
- FRANZKOWIAK, P./WENZEL, E. (1985): Gesundheitsförderung. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2/85.
- GOFFMAN, E. (1981): A hétköznapi élet szociálpszichológiája. Gondolat, Budapest.
- JONES, L.; SIDELL, M. (1997) The Challenge of Promotion Health – exploration and action. Basingstoke: Macmillan / Open University. (Part 2, Promoting Health through Public Policy includes chapters on making and changing public policy; and politics of health.)
- JUHÁSZ, Á. (2002): Munkahelyi stressz, munkahelyi egészségfejlesztés. Budapest.
- KÉZDI B. (1998): A mentálhygiéné paradigmáiról. Kézirat.
- KÖNCZEL, GY. (1994): „Mégis, kinek az érdeke?”. Akadémiai doktori értekezés. A rák ellen, az emberért, a holnapért Társadalmi Alapítvány kiadása. Budapest.
- MÉSZÁROS, J.; SIMON, T. (1994): Egészségnevelés. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 9.
- PENCAK, M. (1991): Workplace health promotion programs. An overview. In: Nursing Clinics of North America, Vol. 26 (1), 233-240.
- SANDERS, D.; CROWE, S. (1996): Overview of health promotion in the workplace. In: Health Promotion. Professional Perspectives. Ed. By: Scriven, A.; Orme, J. Macmillan Press Ltd., 199-211p.
- SCALA, C. (1994): A szervezeti struktúra fejlesztésével az Egészségfejlesztéstől az Egészségnevelésig. In: Benkő Zs. (szerk.): Az Egészségneveléstől az Egészségfejlesztésig. JGYTF.Szeged.
- SIMNETT I. (1995): Managing Health Promotion: Developing Health Organisations and Communities, pp. 160-161. Chichester: Wiley.
- STOKOLS, D.; PELLETIER, K. R.; FIELDING, J. E. (1995): Integration of Medical Care and Worksite Health Promotion. In: JAMA, Vol. 273 (14), 1136-42.
- Tomcsányi T.; N.Tóth Zs. (1995): Humán segítő foglalkozásúak posztgraduális mentálhygiénés képzése. Magyar Felsőoktatás. 7:31-34.
- Trent, D.R.; Reed, C. (Eds.) (1992-1997): Promotion of Mental Health. Vol. 1-6. Avebury, Aldershot, Brookfield (USA). Hong Kong – Singapore – Sidney.

4. Fritz P. (2011): A Cooper-i egyensúlyi elv bemutatása. IN.: Mozgásos rekreáció. Rekreáció mindenkinek I. 470 p. Bába Kiadó, pp. 51. ISBN 978 963 9717 03 7

- Cooper Kenneth H. (1990): A tökéletes közérzet programja. Sport, Budapest, 1990.

4.2 Fritz P., Mészáros J. (2005): A mozgásos életmód és az életminőség. Népegészségügy, 84:(4) pp. 28-33. ISSN: 0369-3805

- Johnston, J. M., Landsittel, D. P.; Nelson, N. A.; Gardner L. I.; Wassell, J. T. (2003): Stressful psychosocial work environment increases risk for back pain among retail material handlers. Am. Journal Ind. Med. Feb 2003. 43(2): 179-87. p.
- Barringa, M. (1997): How much pain for cardiac gain? Science 1997. 276: 1324-7. p.
- Dorn, Joan P.; Cerny, Frank J.; Epstein, Leonard H.; Naughton, John, etc. (1999): Work and Leisure Time Physical Activity and Mortality in Men and Women from General Population Sample. Annals of Epidemiology, Volume 9, Issue 6, August 1999. 366-373. p.
- Vouri, I. (1998): Does physical activity enhance health? Patient Education and Counseling, Volume 33, Supplement 1, 1 April 1998. S95-S103. p.
- Fine, Jennifer T.; Colditz, Graham A.; Coakley, Eugenie H.; Moseley, George; Manson, JoAnn E. (1999): Prospective Study of Weight Change and Health-Related Quality of Life in Women. JAMA, 1999. 282: 2136-2142. p.
- Wessel Timothy R.; Arant, Christopher B.; Olson, Marian B. (2004): Relationship of Physical Fitness vs Body Mass Index With Coronary Artery Disease and Cardiovascular Events in Women. JAMA, 2004. 292: 1179-1187. p.
- National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. Overweight, Obesity and Health Risk. Arch Intern Med. 2000. 160: 898-904. p.
- Lakka, H. M.; Salonen, J. T.; Niskanen, L. K.; Rauramaa, R.; Lakka, T. A. (2002): Low levels of leisure-time physical activity and cardiorespiratory fitness predict development of the metabolic syndrome. Diabetes-Care Sep 2002. 25 (9): 1612-8. p.
- Beilin, L. J.; Burke, V.; Cox, K. L.; Hodgson, J. M.; Mori, T. A.; Puddey, I. B. (2001): Non pharmacologic therapy and lifestyle factors in hypertension. Blood-Press. 2001; 10(5-6): 352-65. p.
- Norvell, Nancy and Belles, Dale (1993): Psychological and Physical Benefits of Circuit Weight Training in Law Enforcement Personnel. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Volume 61, Issue 3, June 1993. 520-527.
- Rohrer, James E.; Pierce, J. Rush., Blackburn, Claudia (2004): Lifestyle and mental health. Preventive Medicine, In Press, Corrected Proof, Available online 13 August 2004.
- Long, K. N.; Wright, D.; Bush, R. and Stone, K. (1996): Working Women and Perceived Barriers to Weight Control/Maintenance. Journal of the American Dietetic Association, Volume 96, Issue 9, Supplement 1, September 1996. A30. p.
- Åkerstedt, T.; Knutsson, A.; Westerholm, P.; Theorell, T.; Alfredsson, L. and Kecklund, G. (2002): Sleep disturbances, work stress and work hours: A cross-sectional study. Journal of Psychosomatic Research, Volume 53, Issue 3, September 2002. 741-748. p.
- Artazcoz, L. Lucia; Borrel, Carme; Benach, Joan; Cortés, Imma and Rohlfs, Izabella (2004): Women family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. Social Science c Medicine, Volume 59, Issue 2, July 2004. Pages 263-274. p.

- Liukkonen, Virpi; Virtanen, Pekka; Kivimäke, Mika; Pentti, Jaana and Vahtera, Jussi (2004): Social capital in working life and the health of employees. *Social Science & Medicine*, In Press, Corrected proof, Available online 19 June 2004.
- Lallukka, Tea; Sarlio-Lähteenkorva, Sirpa; Roos, Eva; Laaksonen, Mikko; Rahkonen, Ossi and Lahelma, Eero (2004): Working conditions and health behaviors among employed women and men: the Helsinki Health Study. *Preventive Medicine*, Volume 38, Issue 1, January 2004. 48-56. p.
- McCabe, Randi E.; Chudzik, Susan M.; Antony, Martin M.; Young, Lisa; Swinson, Richard P. and Zolvensky, Michael J. (2004): Smoking behaviors across anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, Volume 18, Issue 1, 2004, 7-18. p.
- Gardner, Andrew W.; Killewich, Lois A.; Montgomery, Polly S. and Katzel, Leslie I. (2004): Response to exercise rehabilitation in smoking and nonsmoking patients with intermittent claudication. *Journal of Vascular Surgery*, Volume 39, Issue 3, March 2004., 531-538. p.
- Todd, Michael (2004): Daily Processes in Stress and Smoking: Effects of Negative Events, Nicotine Dependence, and Gender. *Psychology of Addictive Behaviors*, Volume 18, Issue 1, March 2004., 31-39. p.
- Kenford, Susan L.; Wetter, David W.; Welsch, Samuel K.; Smith, Stevens S.; Fiore, Michael C. and Baker, Timothy B. (2004): Progression of college-age cigarette smokers: What influences outcome Addictive Behaviors, In Press, Corrected proof, Available online 20 July 2004.
- John, Ulrich; Meyer, Christian; Rumpf, Hans-Jürgen and Hapke, Ulfert (2004): Smoking, nicotine dependence and psychiatric comorbidity – a population-based study including smoking cessation after three years. *Drug and Alcohol Dependence*, In Press, Corrected proof, Available online 27 august 2004.
- Lemmonds, Charlotte A.; Mooney, Marc; Reich, Brian and Hatsukami, Dorothy (2004): Characteristics of cigarette smokers seeking treatment for cessation versus reduction. *Addictive Behaviors*, Volume 29, Issue 2, February 2004. 357-364. p.
- Dedobbeleer, Nicole; Béland, François; Contandriopoulos, André-Pierre and Adrian, Manuela (2004): Gender and the social context of smoking behaviour. *Social Science & Medicine*, Volume 58, Issue 1, January 2004. 1-12. p.
- Santos, Ana-Cristina and Barros, Henrique (2004): Smoking patterns in a community sample of Portuguese adults, 1999–2000. *Preventive Medicine*, Volume 38, Issue 1, January 2004. 114-119.
- Gañán, Lucía; Guallar-Castillón, Pilar; Banegas Banegas, José Ramón; Pedro, José Lafuente Urdinguio; Fernández, Esteve; Enríquez, Jesús González and Rodríguez-Artalejo, Fernando (2002): Subjective Health of Male Ex-Smokers: Relationship with Time Since Smoking Cessation, Intensity and Duration of Tobacco Consumption. *Preventive Medicine*, Volume 35, Issue 4, October 2002. 320-325. p.
- Fernandez, Esteve; Schiaffino, Anna; Vecchia, Carlo La; Borràs, Josep Maria; Nebot, Manel; Saltó, Esteve; Tresserras, Ricard; Rajmil, Luis; Villalbí, Joan R. and Segura, Andreu (1999): Age at Starting Smoking and Number of Cigarettes Smoked in Catalonia, Spain. *Preventive Medicine*, Volume 28, Issue 4, April 1999. 361-366. p.
- King, Gary; Grizeau, Danielle; Bendel, Robert; Dressen, Christiane and Delaronde, Steven R. (1998): Smoking Behavior among French and American Women. *Preventive Medicine*, Volume 27, Issue 4, July 1998. 520-529. p.
- Blumenthal, J. A.; Babyak, M. A.; Carney, R. M.; Huber, M.; Saab, P. G.; Burg, M. M.; Sheps, D.; Powell, L.; Taylor, C. B.; Kaufmann, P. G. (2004): Exercise, depression, and mortality after myocardial infarction in the ENRICHD trial. *Med Sci Sports Exerc.* May 2004.; 36(5): 746-55. p.

- Wyshak, G. (2001): Women's college physical activity and self-reports of physician-diagnosed depression and of current symptoms of psychiatric distress. *Women's Health Gender Based Med.* May 2001. 10 (4): 363-70. p.
- Morgan, W. P. (1985): Affective beneficence of vigorous physical activity. *Med. Sci. Sport Exerc* 17. 1985. 94-100. p.
- Salloa, M.; Rimm, H.; Herro, J.; Grauberg, M.; Karelson, K. and Viru, A. (1996): State of the mood and coping strategies in relation to the physical activity and fitness. *European Neuropsychopharmacology*, Volume 6, Supplement 1, April 1996. 51.
- Thilaway, Kathryn and Benton, David (1992): Participation in physical activity and cardiovascular fitness have different effects on mental health and mood. *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 36, Issue 7, October 1992. 657-665. p.
- Ruso-Neustadt, A.; Ha T.; Ramirez, R.; Kesslak, P. J. (2001): Physical activity-antidepressant treatment combination: impact on brain-derived neurotrophic factor and behaviour in an animal model. *Beh Brain Res* 120. 2001. 87-95. p.
- Craft, L. L.; C. Landers, D. M. (1998): The effect of exercise on clinical depression and depression resulting from mental illness: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59. 1998. 305-311. p.
- North, T. C.; McCullagh, P. and Tran, Z. V. (1990): Effects of exercise on depression. *Exercise and Sports Science Reviews*, 18. 1990. 379-415. p.
- . Vouri I. (1998): Does physical activity enhance health? *Patient Education and Counseling* Volume 33, Supplement 1, 1 April 1998, Pages S95-S103
- Daniel S. Bailis, Alexander Segall, Michael J. Mahon, Judith G. Chipperfield and Elaine M. Dunn (2001): Perceived control in relation to socioeconomic and behavioral resources for health *Social Science & Medicine*, Volume 52, Issue 11, June 2001, Pages 1661-1676
- Dubbert, Patricia M. (2002): Physical Activity and Exercise: Recent Advances and Current Challenges. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Volume 70. Issue 3, June 2002. 526-536. p.
- Emery, C. F.; Hauck, E. R.; Blumenthal, J. A. (1992): Exercise adherence or maintenance among older adults: 1-year follow-up study. *Psychology Aging* 7, 1992. 466-470. p.
- Kull, M. (2002): The relationships between physical activity, health status and psychological well-being of fertility-aged women. *Scand J. Med Sci Sports*. Aug. 2002. 12 (4): 241-7. p.
- Haase, Anna; Steptoe, Andrew; Sallis, James F. and Wardle, Jane (2004): Leisure-time physical activity in university students from 23 countries: association with health beliefs, risk awareness, and national economic development. *Preventive Medicine*, Volume 39, Issue 1, July 2004. 182-190. p.
- Tammelin, Tuija; Näyhä, Simo; Hills, Andrew P. and Järvelin, Marjo-Riitta (2003): Adolescent participation in sports and adult physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, Volume 24, Issue 1, January 2003. 22-28. p.
- Rózsa, S., Réthelyi, J., Stauder, A., Susánszky, É., Mészáros, E., Strabski, Á., Kopp M. (2003): A Hungarian study 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbatteria pszichometriai jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, 18(2) 83-94. 2003.
- Bailis, Daniel S.; Segall, Alexander and Chipperfield, Judith G. (2003): Two views of self-rated general health status. *Social Science & Medicine*, Volume 56, Issue 2, January 2003. 203-217.
- Miilunpalo, S.; Vuori, I.; Oja, P.; Pasanen, M.; Urponen, H. (1997): Self-Rated Health Status as a Health Measure: The Predictive Value of Self-Reported Health Status on

he Use of Physician Services and on Mortality in the Working-Age Population. Journal of Clinical Epidemiology Volume: 50, Issue: 5. May, 1997. 517-528. p.

- Janzen, B. L. and Muhajarine, Nazeem (2003): Social role occupancy, gender, income adequacy, life stage and health: a longitudinal study of employed Canadian men and women. Social Science & Medicine, Volume 57, Issue 8, October 2003. 1491-1503. p.
- Owens, J. F.; Matthews, K. A.; Raikonen, K.; Kuller, L. H. (2003): It is never too late: changing in physical activity fosters change in cardiovascular risk factors in middle-aged women. h.n., 2003.
- Lee, Cristine and Russel, Anne (2003): Effects of physical activity on emotional well-being among older Australian women: Cross-sectional and longitudinal analyses. Journal of Psychosomatic Research, Volume 54, Issue 2, February 2003. 155-160. p.
- Bruce, M. J.; Katzmarzky, P. T. (2002): Canadian population trend in leisure-time physical activity levels, 1981-1998. Can-J-Appl-Physiol. Dec 2002. 27(6): 681-90. p.

5. Fritz P. (2015): Szabadidő-koncepciók és a rekreáció. In.: Szellemi rekreáció. Rekreáció mindenkinek II. 400 p. Budapest, Dialóg Campus, pp. 21-27. ISBN 978-615-5376-51-1

- Bartha Csaba: A rekreáció elmélete és módszertana 5–6. óra. Semmelweis Egyetem Testnevelési és Sporttudományi Kar, <http://tf.hu/wp-content/uploads/2009/07/05-061.ppt>, 2009. (Letöltve: 2013. 09. 10.)
- Szent-Györgyi Albert Szakközépiskola, Szakiskola és Kollégium: Szabadidőszervezés. http://www.szgyajka.hu/tamop_elemei/tamopseged/szabido_serv_elm.doc (Letöltve: 2013. 04. 03.)
- Gáldi Gábor: *A rekreáció elmélete és gyakorlata*. In.: Nádori László, Dr. et al.: Sportelméleti ismeretek. Pécsi Tudományegyetem, Szegedi Tudományegyetem, Nyugat-Magyarországi Egyetem, Eszterházy Károly Főiskola, Dialóg Campus Kiadó-Nordex Kft. 2011. online: http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0025_Nadori-Dancs-Retsagi-Ekler-Gaspar-Sportelméleti_ismeretek/ch05.html (Letöltve: 2013. 11. 09.)
- Tibori Tímea: *A szabadidő szociológiája*. Budapesti Gazdasági Főiskola Kereskedelmi, Vendéglátóipari és Idegenforgalmi Főiskolai Kara, Budapest, 2002.
- Falussy Béla: *Bevezető gondolatok*. In.: Falussy Béla (szerk.): Társadalmi Idő – Szabadidő Konferencia tanulmány kötete. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, p. 1–3., 1993.
- Jacobs, J. F.: *Az amerikai nagyvárosok halála (The Death and Life of Great American Cities)*. Vintage Books, New York, 1961. ISBN-13: 978-0679741954
- Dumazedier, J. (1960) listed in Edginton C. Coles, R. and McClelland M: *Leisure Basic Concepts*, Reston, VA. 2003.
- Vitányi Iván: *A szabadidő új paradigmája*. Kézirat, Budapest, 2001.
- Leitner, M. J.–Leitner, S. F.: *Leisure enhancement*. Routledge, London, 2004. ISBN: 978-0789015341
- Nash, J. B.: *Philosophy of Recreation and Leisure*. William Brown, Dubuque, 1960. ISBN-10: 0697073769
- Szabó Ágnes: *A (szabadidő)sport alapfogalmai és kutatott területei*. 115. sz. Műhelytanulmány, Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest, 2009. HU ISSN 1786-3031
- Dumazedier, J.: *Travail et loisir. – Traité de sociologie du travail*. Georges Friedmann–Pierre Naville. Paris [FR] : Armand Colin, p. 343. 1962.
- Murphy, J. F.: *Concepts of leisure*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1981. ISBN: 013166512X

- Kovács Tamás Attila: *A rekreáció kultúrája. A rekreáció főbb kulturális alrendszerei.* Magyar Sporttudományi Szemle, 8. évf. 30. sz. -2007/2. 16p. ISSN: 1586-5428
 - Vitányi Iván: *Szabadidő és társadalmi átalakulás.* In.: Tibori Tímea (szerk.): Társadalmi idő – szabadidő. A szabadidő új problémája a mai társadalomban. Magyar Szabadidő Társaság, Budapest, p. 383. 1995.
 - Csíkszentmihályi Mihály (1997): Flow – Az áramlat. A tökéletes élmény pszichológiája. Akadémiai Kiadó, Budapest. 1997. 70., 105. p.
 - Csíkszentmihályi Mihály: Flow – Az áramlat – A tökéletes élmény pszichológiája. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2010. (második utánnnyomás) ISBN: 978 963 05 8833 1
 - Szántó Miklós (1967): Életmód, művelődés, szabadidő. Akadémia Kiadó, Budapest, 1967.
 - Stoetzel J. (1953-1954): Sociologie de la récréation. Cours professé á la Faculté des Lettres de Bordeaux. 1953-1954.
- 6. Fritz P. (2015): A rekreáció fogalmának tisztázása, célja. In.: Szellemi rekreáció. Rekreáció mindenkinek II. 400 p. Budapest, Dialóg Campus, pp. 13-16. ISBN 978-615-5376-51-1**
- Fritz P. (2011): A sport és rekreáció közti különbség tisztázása. In.: Mozgásos rekreáció. Rekreáció mindenkinek I. 470 p. Bába Kiadó, pp. 30-32. ISBN 978 963 9717 03 7
- 7. Fritz P. (2011): A rekreáció fogalma, rendszertani felosztása.. In.: Mozgásos rekreáció. Rekreáció mindenkinek I. 470 p. Bába Kiadó, pp. 28-34. ISBN 978 963 9717 03 7**
- 8. A rekreációs tevékenységek felosztása**
- Fritz P. (2011): A rekreáció fogalmának tisztázása, célja. In.: Mozgásos rekreáció. Rekreáció mindenkinek I. 470 p. Bába Kiadó, pp. 28. ISBN 978 963 9717 03 7
 - Fritz P. (2015): A szellemi rekreáció fogalma és rendszertana. In.: Szellemi rekreáció. Rekreáció mindenkinek II. 400 p. Budapest, Dialóg Campus, pp. 15-20. ISBN 978-615-5376-51-1
- 9. Fritz P. (2016): A rekreátor, mint egészségfejlesztési szakember. In. Alapfogalmak és jelentéseik a rekreáció területén. Rekreáció mindenkinek III. 92 p. In Press. pp. 27-30.**
- Lacza Gyöngyvér (2014): A magyarországi rekreációs felsőoktatási képzési rendszer hatékonyságának vizsgálata és aktualizálásának lehetőségei a piaci igények tükrében. Doktori értekezés, Budapest, p. 34-35.
 - Kovács Tamás Attila (2004): A rekreáció elmélete és módszertana. Fitness Kft, Budapest.

