

Tartalomjegyzék

1. Bevezető	4
2. Célok, hipotézisek	5
3. A felhasznált kutatási és elemzési módszerek bemutatása	7
3.1. Az adatfelvétel módszerei	7
3.2. Konceptualizáció és operacionalizáció a kutatásban	9
3.3. Az adatelemzés módszerei	12
4. A wellness terminológiai és koncepcionális jellemzői	13
4.1. A wellness terminológiai kérdései	13
4.2. A wellness koncepciók	16
4.2.1. Wellness koncepciók az Egyesült Államokban	17
4.2.2. A wellness Európában	20
4.2.3. Az amerikai és európai wellness modellek közös vonásai	22
4.2.4. Eltérések az amerikai és az európai wellness koncepciók és értelmezések között	23
4.2.5. Medical wellness	24
4.3. A wellness-turizmus helye a turizmus rendszerében	25
4.3.1. Az egészségturizmus rendszere	25
4.3.2. Gyógyturizmus	27
4.3.3. Wellness-turizmus	27
4.3.4. Spa	28
5. A wellness mint turisztikai termék	29
5.1. Nemzetközi tendenciák a wellness-turizmusban	29
5.2. A nemzetközi wellness-turizmus regionális jellemzői	33
5.2.1. Európa	34
5.2.2. Észak-Amerika	39
5.2.3. Dél-Kelet Ázsia	40
5.2.4. Közel-Kelet és Afrika	41
5.2.5. Ausztrália, Dél- és Közép Amerika	42
5.3. Az egészségturizmus Magyarországon	43
5.4. A wellness-turizmus Magyarországon	45
5.4.1. Wellness-turisztikai kínálat Magyarországon	50
5.4.1.1. A wellness szolgáltatók területi koncentrációja	53
5.4.1.2. Területi súlypontok a wellness-turisztikai kínálatban	56
5.4.1.3. A területi koncentrációt befolyásoló tényezők	58
5.4.1.4. A hazai wellness szállodák kínálata	61
5.4.2. A hazai wellness-turisztikai piac keresleti jellemzői	65
5.4.2.1. Területi koncentráció a wellness szállodák keresleti viszonyaiban	68
5.4.3. A hazai wellness-turisztikai piac keresleti és kínálati viszonyainak összehasonlítása	70
6. A Dél-dunántúli régió wellness-turisztikai helyzete	71
6.1. A régió természeti, társadalmi, gazdasági és turisztikai viszonyainak bemutatása	71
6.1.1. A Dél-dunántúli régió általános bemutatása	71
6.1.2. Természeti viszonyok	72
6.1.3. Gazdaság, munkaerőpiac, demográfiai viszonyok	73
6.2. A Dél-dunántúli régió turisztikai helyzete	74
6.3. Az egészségturizmus helyzete a Dél-dunántúli régióban	78
6.4. A Dél-dunántúli régió wellness kínálata	81
6.4.1. A Dél-dunántúli régió wellness, illetve wellness profilú szállodáinak kínálata	81

6.4.2. A Dél-dunántúli régió fürdőinek kínálata	86
6.4.3. A napi wellness szolgáltatók kínálata	88
6.5. A régió wellness kereslete	90
6.6. A régió wellness-turisztikai helyzetének összehasonlítása a hazai viszonyokkal	93
7. A Dél-dunántúli régió felnőtt lakosságának wellness fogyasztási szokásai	94
7.1. A minta demográfiai és szocio-kulturális jellemzői	94
7.2. A wellness-hez kapcsolódó asszociációk és attitűdök	95
7.2.1. A wellness kifejezés ismerete	95
7.2.2. A wellness kifejezéshez kapcsolódó asszociációk és attitűdök	97
7.3. A wellness szolgáltatások igénybevétele és az azt befolyásoló tényezők	101
7.4. Wellness fogyasztási szokások	105
7.5. A wellness utazások szervezése, valamint a wellness szolgáltatókkal szemben támasztott lakossági igények	106
7.6. A Dél-Dunántúl wellness turistáinak általános utazási szokásai	107
7.7. A régió felnőtt lakossága wellness fogyasztási szokásainak összefoglalása	108
8. A wellness mint az egészséges életvitel (egészségfejlesztés) alternatívája	109
8.1. Wellness életmódhoz kapcsolódó attitűdcsoportok, fogyasztói csoportok	110
8.2. Egészségi állapot	118
8.2.1. A Dél-dunántúli régió lakosságának egészségi állapota	119
8.2.1.1. A születéskor várható átlagos élettartam	119
8.2.1.2. Mortalitási adatok	120
8.2.1.3. Morbiditási viszonyok a régióban	120
8.2.1.4. A régió felnőtt lakosságának egészségi állapota - Populációs becslés	122
8.2.1.5. A régió felnőtt lakosságának egészségi állapota - Összefüggés vizsgálat	127
8.3. Egészségmagatartás	129
8.3.1. Háttér	129
8.3.2. Dohányzás	133
8.3.2.1. A dohányzás alakulása a régió lakossága körében - Populációs becslés	133
8.3.2.2. A dohányzás alakulása a régió lakossága körében - Összefüggés vizsgálat	135
8.3.3. Alkoholfogyasztás	136
8.3.3.1. Az alkoholfogyasztás alakulása a régió lakossága körében - Populációs becslés	137
8.3.3.2. Az alkoholfogyasztás alakulása a régió lakossága körében - Összefüggés vizsgálatok	139
8.3.4. Testedzés, sport	140
8.3.4.1. A testedzési és sportolási szokások alakulása a régió lakossága körében - Populációs becslések	142
8.3.4.2. A testedzési és sportolási szokások alakulása a régió lakossága körében - Összefüggés vizsgálatok	144
8.3.5. Túlsúly, elhízás	145
8.3.5.1. A túlsúly és elhízás alakulása a régió felnőtt lakossága körében - Populációs becslések	146
8.3.5.2. A túlsúly és elhízás alakulása a régió lakossága körében - Összefüggés vizsgálatok	148
8.3.6. Egészségtudatosság	149
8.3.6.1. Az egészségtudatosság alakulása a régió felnőtt lakossága	

körében - Populációs becslés	150
8.3.6.2. Az egészségtudatosság alakulása a régió felnőtt lakossága körében - Összefüggés vizsgálatok	151
8.3.6.2.1. Egészségi állapot megőrzéséért, illetve javításáért végzett tevékenységek	151
8.3.6.2.2. Egészségi állapot preventív ellenőriztetése	153
8.3.7. Az egészségmagatartási viszonyok összefoglalása	154
8.3.7.1. Egészségmagatartási viszonyok a régió felnőtt lakossága körében - Populációs becslés	156
8.3.7.2. Egészségmagatartási viszonyok a régió felnőtt lakossága körében - Összefüggés vizsgálat	158
9. Összefoglalás	160
10. A kutatás jövőbeni irányai	163
11. Köszönetnyilvánítás	164
12. Irodalomjegyzék	165
13. Függelék	174
13.1. számú függelék	174
13.2. számú függelék– kérdőív I.	182
13.3. számú függelék – kérdőív II. (kiegészítés a szolgáltatóknál történő lekérdezéshez)	194
13.4. számú függelék – Interjú	195
13.5. számú függelék	198

1. Bevezető

A modern társadalmakban az utóbbi három évtizedben egyre szélesebb körben terjedt el az egészség- és szépségkultusz, vált piaci értéké az egészség, szépség és fiatalság (PATZER G. L. 1985, SYNNOT A. 1993, SZÁNTÓ ZS. 2006). Az új testideál megjelenésével és a modern élet felgyorsult tempójával párhuzamosan egyre nagyobb igény jelentkezett az egészséges életmód és a holisztikus értelemben vett testi-lelki egyensúly megőrzése iránt, amely egy új összetett terület: a wellness megjelenését eredményezte (HORX, M. 2001). A wellness-hez kapcsolható életmód és az életminőség iránti fogékonyság növekedése jelentős változásokat eredményezett több gazdasági, társadalmi és egészségügyi területen. Napjaikban az élet számos szegmensében megjelent a wellness kifejezés, így többek között az idegenforgalom, a szépségápolás, a hétköznapi fogyasztás, a divat, a sport és rekreáció, a marketing, vagy éppen a prevenció és alternatív orvoslás területén, ahol a termékek és szolgáltatások széles köre viseli ezt a címkét (ILLING, K. 2002, KICKBUSCH I. 2003, FÓRIS Á. 2007). A wellness széles körben elfogadottá vált, amelynek köszönhetően jelentős ütemben bővült piaca, és amelynek gazdaság és társadalomkutatók további jelentős térnyerését prognosztizálnak a jövőben (ARDELL D. 1985, NEFIODOV, L. 1996, HORX, M. 2001, SCHOLZ J. 2003, PILZER, P. 2007). Ezt a tendenciát a gazdasági dinamizmus mellett olyan, a világ fejlett területein érvényesülő általános trendek támogatják és magyarázzák, mint az individualizáció erősödése, a demográfiai átalakulás, a nők társadalmi szerepeinek megváltozása, a spiritualizálódás, a munka átalakulása, vagy a civilizációs betegségek egyre szélesebb körű elterjedése, illetve az egészséges életmód további felértékelődése (FRIEDL H. 2007, ZSIGMOND E. 2008).

A wellness egy rendkívül összetett jelenség, melyet a különböző területek egymástól eltérő aspektusból, egymástól jelentősen eltérő módon értelmeznek. Megközelítéstől függően lehet a jó egészség elérését, annak megtartását, vagy fejlesztését célzó életstílus koncepció, a holisztikus értelemben vett egészséget biztosító termékek és szolgáltatásokból álló piac, idegenforgalmi terméktípus, vagy éppen egy divatban lévő hívó szó a marketing számára. A megközelítések és értelmezések sokfélesége a wellness definíció megfogalmazásában is látható, amely esetében még nem alakult ki széles körben elfogadott konszenzus sem a hazai, sem a külföldi szakirodalomban.

Az Észak Amerikai kontinens országaitól eltérően Európában és hazánkban a wellness kifejezés és koncepció főként a turizmus révén terjedt el. Az elmúlt két évtizedben Európa országaiban egymás után alakultak olyan turisztikai, rekreációs és gyógyászati szolgáltatásokat nyújtó intézmények és vállalkozások, amelyek összekapcsolták a pihenés, a rekreáció, a sport, az egészséges életmód és a betegellátás különböző lehetőségeit, létrehozva

ezzel a turizmus átlagos bővülési ütemét meghaladó dinamizmusú wellness-turizmus piacát (KISS K. – TÖRÖK P. 2001, ILLING, K. 2002 RÁTZ T. 2004, RUSZINKÓ Á. 2007).

A nemzetközi egészségturisztikai piacnak - amelynek ma a wellness-turizmus jelenti az egyik legjelentősebb forgalmat bonyolító terméktípusát - hazánk hagyományosan az egyik fontos szereplője volt és kíván maradni a jövőben is. Ehhez Magyarország rendelkezik nemzetközileg egyedi arculatot és piaci előnyt biztosító erőforrásokkal, amelyek szélesebb körű és hatékonyabb kihasználását fontossá teszi a wellness iránt fokozódó belföldi érdeklődés és a versenytársnak tekinthető európai országok nagyon dinamikus wellness-turisztikai bővülése és fejlesztése. A rendelkezésre álló potenciál és az ágazatban eddig realizált gazdasági sikerek miatt hazánkban a különböző gazdaság és területfejlesztési tervekben és programokban kiemelt szerepet szánnak az egészségturizmus különböző formáinak. Ehhez kapcsolódóan minden hazai régió igyekszik bővíteni és fejleszteni egészségturisztikai piacát, így az értekezésben részletesen bemutatott Dél-Dunántúli is, amely hasonlóan a többi régióhoz egyre szélesebb körben kínál wellness szolgáltatásokat.

A gazdasági és turisztikai értelmezések és érdekek mellett hazánkban is egyre szélesebb körben jelenik meg, illetve válik egyre elfogadottabbá a wellness, mint az egészséges élethez és az egészségmegőrzéshez kapcsolódó életmód és életfelfogás (KATOR M. 2007, MARTOS É. 2007, ZOPCSÁK L. 2007). A wellness ilyen értelmezésének elfogadtatásában a turisztikai szolgáltatók és wellness piaci szereplők mellett, egyre jelentősebb szerepet vállalnak a különböző szintű oktatási intézmények és szereplők, kutató bázisok, illetve az írott és vizuális média.

2. Célok, hipotézisek

Az értekezésem elsődleges célja, bemutatni a hazai azon belül kiemelten a Dél-dunántúli régió¹ wellness-turisztikai piacának viszonyait, feltárni a wellness igénybevételét befolyásoló tényezők kapcsolatát, illetve vizsgálni a lakosság egészségi állapotának és egészségtudatos tevékenységeinek összefüggéseit a wellness fogyasztással. A témaválasztásomban aktuális feladatnak tekintetem, foglalkozni a hazai wellness-turizmus térbeli kérdéseivel, a régió

¹ Vizsgálatomat a tervezési-statisztikai régióra vetítettem ki, mert egyrészt ez jelenti az értekezés alapjául szolgáló kutatást támogató DDROP kiírás jellemző tervezési és megvalósítási területi egységét, másrészt az általam elemzett statisztikai adatok jellemzően ebben a területi (megyei, regionális) bontásban jelennek meg (A regionális tagoláskor figyelembe kell venni, hogy a Dél-Dunántúl esetében a Balaton-part jelentősebb volumenű turizmusa miatt a tervezési-statisztikai régióra kedvezőbb idegenforgalmi mutatók és fokozottabb területi koncentráció jellemző, szemben a turisztikai felosztással). Az értekezésben bemutatott elsődleges kutatás munkálatai, az Európai Unió által támogatott ROP 3.3 kiírásban nyertes „Komplex fejlesztési program a Dél-dunántúli régióban a wellness szolgáltatások területén” című pályázat támogatásával valósultak meg. Mint a projekt és a kutatás vezetője, a kutatási feladatokat egy kutatóval és négy hallgatóval végeztem.

wellness viszonyainak leíró elemzésén túl megismerni a wellness fogyasztás mögött meghúzódó beállítódásokat és azok gazdasági, térbeli és szocio-kulturális összefüggéseit, illetve vizsgálni a wellness egészségfejlesztésben felmerülő lehetőségeit.

Az értekezés szerkezetileg három nagy egységre tagolódik, az első részben a wellness területére jellemző koncepcionális és terminológiai kérdéseket tekintem át, a második részben a wellness mint turisztikai termék nemzetközi, hazai és regionális viszonyait elemzem, míg a harmadik részben az egészségtudatos életmód, az egészségi állapot és a wellness fogyasztás, közötti összefüggéseket vizsgálom.

Az értekezésben kitűzött elsődleges célok elérése érdekében, a vonatkozó szakirodalom vizsgálatán és bemutatásán túl, a kutatási feladatokban több részcélt, illetve kutatási kérdést kellett megfogalmaznom, amelyek az alábbiak voltak:

- Milyen sajátosságok és nehézségek jellemzik a hazai wellness terminológiai rendszer kialakulását?
- Mi jellemző a hazai, azon belül kiemelten a Dél-dunántúli régió wellness-turisztikai kínálati és keresleti viszonyaira?
- Jelenleg milyen értelmezések, jellemző felfogások és attitűdök párosulnak a wellness-hez a régió lakossága körében?
- Mi jellemzi a Dél-dunántúli régió felnőtt lakosságának wellness fogyasztási szokásait?
- Hogyan befolyásolják a demográfiai, gazdasági, térbeli és szocio-kulturális tényezők a wellness fogyasztást?
- Hogyan alakul a régió lakosságának egészségi állapota és egészségmagatartási szokásai a wellness fogyasztás és a wellness iránti fogékonysággal összefüggésben?

A kutatásban megfogalmazott elsődleges és azt részletesebben vizsgáló részcélok és kutatási kérdések alapján az alábbi kiinduló hipotéziseket állítottam fel:

1. A hazai wellness-turizmus kínálati, illetve keresleti viszonyaiban tapasztalható területi koncentráció nem tér el egymástól.
2. A Dél-dunántúli régió wellness-turisztikai helyzete kedvezőbben alakul, mint a hazai átlagos viszonyok.
3. A wellness fogyasztásban megjelennek a hazai viszonyok között ismert társadalmi egyenlőtlenségek.
4. Az egészségi állapot kedvezőbb a wellness fogyasztással jellemezhető csoportok esetében.
5. Az egészségmagatartási szokásokban jellemző különbségek, tükrözik a wellness iránti kereslet alakulását.

3. A felhasznált kutatási és elemzési módszerek bemutatása

A disszertációban megfogalmazott célok eléréséhez és a hipotézisek megválaszolásához több lépcsőben elsődleges és másodlagos adatfelvételi, illetve kvalitatív és kvantitatív adatelemzési módszereket alkalmaztam.

3.1. Az adatfelvétel módszerei

A kutatás első fázisában a rendelkezésre álló nemzetközi és hazai szakirodalom megismerése és másodelemzése mellett, fókuszcsoporthoz vizsgálatokat szerveztem (15-15 főre kiterjedően), amely során nyert adatok és információk lehetőséget nyújtottak a további elsődleges kutatások előkészítésére, az alkalmazott kérdőívek és félig strukturált interjúk kérdéseinek megfogalmazására és finomítására.

Az adatfelvétel második fázisában a Dél-dunántúli régió felnőtt lakosságára vonatkozó kérdőíves lekérdezés zajlott, illetve a régió wellness szolgáltatóinak vezetőivel félig strukturált interjúkat készítettem. A kérdőíves adatfelvétel célja volt a régió felnőtt lakossága wellness szolgáltatások iránt megfogalmazódó keresleti szándékainak, igényeinek, a wellness-hez kapcsolódó elképzeléseinek, sztereotípiáinak, attitűdjeinek feltárása, valamint a fogyasztók szegmentálása. Ezek mellett kiemelt terület volt a felnőtt lakosság egészségi állapotának és az egészséghez kötődő tevékenységeinek vizsgálata, az egészség és a wellness mint életmód, illetve egészségmegőrző program viszonyának és kapcsolatának feltárása.

A kérdőíves kutatás módszere a „face to face” interjú volt. A terepmunka lebonyolítását a témakörből előzetesen felkészített kérdezőbiztosok végezték. Az adatfelvétel 2007. második negyedévében zajlott, összesen 800 fő megkérdezésével². A minta a 18-74 éves dél-dunántúli népességet kor, nem, iskolai végzettség és településtípus szerint reprezentálja, amit többlépcsős rétegzett mintavétel biztosított³.

A kérdőív a következő fő témakörökből állt:

- Demográfiai, szocio-kulturális és gazdasági háttér
- Egészségi állapot, egészségmagatartás
- Wellness-hez kapcsolódó attitűdök, wellness szolgáltatások, wellness-turizmus
- Általános fogyasztói magatartás

² Az adatfelvételt a Szocio-Gráf Piac- és Közvélemény- kutató Intézet végezte.

³ A mintavétel első lépésében a települések kerültek kiválasztásra, a települési hierarchiában elfoglalt hely alapján történő rétegzés segítségével. A második lépésben a háztartások kerültek kiválasztásra random walking módszerrel, amelyet a célszemélyek - KSH által összeállított kvótarendszer alapján - irányított kiválasztása követett.

- Utazási szokások

Az egészséggel, egészségmagatartással, illetve a demográfiai, szocio-kulturális és gazdasági háttérrel kapcsolatos kérdések alapjául elsősorban a Tahin-Lampeck-Jeges által irányított, 1988 óta futó követéses egészségpszichológiai vizsgálat szolgált, a wellness szolgáltatásokkal kapcsolatos kérdések pedig a KPMG és a Magyar Turizmus ZRt. együttműködésében 2002-ben lebonyolított egészségutisztikai kutatás, illetve az általam végzett fókuszcsoport vizsgálat eredményeinek ismeretében és figyelembevételével fogalmazódtak meg. A fogyasztói magatartás és az utazási szokásokkal kapcsolatos attitűd állítások és kérdések az aktuális hazai marketing szakirodalomban széles körben elfogadott trendekhez és ellentrendekhez⁴ igazodva lettek kialakítva.

A hazai wellness szolgáltatók iránt megfogalmazódó keresleti és kínálati viszonyok alakulásáról egy 230 weblapból álló minta értékelésével és több szakmai szervezet (Európai Fürdőszövetség⁵, Központi Statisztikai Hivatal⁶, Dél-Dunántúli Regionális Fejlesztési Ügynökség⁷, Magyar Turizmus Zrt⁸. stb.) adatbázisainak másodelemzésével, míg a regionális sajátosságokról, fejlesztési elképzelésekről és piaci stratégiákról a szolgáltatók vezetőivel felvett 17 félig strukturált interjú segítségével kaptam információt.

A wellness-turisztikai viszonyokra, a wellness piacra és az ezeket befolyásoló természeti, társadalmi és gazdasági adottságokra vonatkozó szekunder adatok esetében meg kell említeni, hogy a wellness szolgáltatások és termékek igénybevételére, illetve a wellness-turizmusra vonatkozó megbízható és pontos információk csak korlátozottan érhetők el. Sem a KSH, sem az egyéb turisztikai információs rendszerek nem közölnek átfogó adatokat a hazai wellness piac forgalmáról. A bemutatott wellness szállodák adatai csak közvetve használhatók fel a teljes wellness-turisztikai piac elemzésére, mivel a szállodák a megjelenő keresletnek csak egy részéről tájékoztatnak, a más típusú szolgáltatóknál (például fürdőben), illetve a KSH adatbázisában nem regisztrált szállodákban realizált forgalomról nem adnak információt. A terminológiai és osztályozási problémák, illetve az ilyen szolgáltatásokat nyújtók regisztrálásának elégtelenségei miatt az egyéb wellness-szolgáltatók forgalmáról csak hozzávetőleges információkhoz lehet jutni szekunder forrásból.

⁴ A kutatásnak ebben a részében elsősorban a Törőcsik Mária által megfogalmazott trendeket és ellentrendeket vettem figyelembe.

⁵ A továbbiakban ESPA

⁶ A továbbiakban KSH

⁷ A továbbiakban DDRFÜ

⁸ A továbbiakban MT ZRt.

Az adatfelvétel harmadik lépcsőjeként kérdőíves felmérést végeztem 200 wellness fogyasztóval⁹, amelyben a wellness fogyasztási szokások mellett az igénybevett szolgáltatók és szolgáltatások megítélésére vonatkozó kérdések kerültek előtérbe.

3.2. Konceptualizáció és operacionalizáció a kutatásban

A wellness területére jellemző terminológiai és osztályozási hiányosságok miatt, illetve a témára vonatkozó standardok hiányában a kutatás több területén a vizsgált tényezők és változók egyéni konceptualizációjára és operacionalizációjára volt szükség.

A wellness-turizmus kínálati viszonyainak elemzésénél, a wellness szolgáltatást nyújtók tipizálásának alapját, a wellness szállodákra vonatkozó 54 / 2003 (VIII. 29.) GKM rendeletben meghatározott minimum kritériumrendszerben megfogalmazott szolgáltatási kör és elvárások képezték. A wellness kínálat legmarkánsabb elemeként megjelenő wellness szállodák vizsgálata esetében a KSH adatbázisában regisztrált hotelek mellett megfogalmaztam a „wellness szolgáltatásokat nyújtó szállodák” minősítést, amely kialakítását az indokolta, hogy az önbevallás alapján KSH adatbázisba kerülő házakon túl számos szálloda nyújt, az említett rendeletben megfogalmazott kritériumokkal összhangban lévő módon wellness szolgáltatásokat¹⁰. A kategorizáláshoz szükséges adatfelvétel két lépcsőben történt, első lépésként a különböző adatbázisokban (pl. a Magyar Szállodaszövetség és a Magyar Wellness Társaság nyilvántartásában, a Magyar Turizmus Zrt, promóciójában, illetve egyéb tematikus internetes portálokon) wellness szállodaként megjelenő egységekből állt össze a szolgáltatók köre, amelyeket a második lépésben telefonon, illetve e-mailen keresztül kerestem meg a kínálatra vonatkozó információk validálása érdekében.

A hazai wellness-turisztikai kínálat másik nagy csoportját az úgynevezett napi wellness szolgáltatók képezik. Mivel az ilyen típusú szolgáltatókra hazánkban nem áll rendelkezésre klasszifikációs rendszer, a kínálat nagyságrendjének vizsgálatához meg kellett fogalmazni és mérhetővé tenni a szolgáltatók lehetséges körét. A napi wellness szolgáltatók olyan létesítmények, amelyek széleskörben nyújtanak wellness szolgáltatásokat és amelyek közös jellemzője, hogy nem rendelkeznek szállással, ahol a programok, kezelések és szolgáltatások igénybevétele néhány órától egy napig terjed. A napi wellness szolgáltatók

⁹ Az adatfelvétel összesen 9 wellness szolgáltatónál történt, amelyből öt wellness szálloda, kettő napi wellness szolgáltató és kettő fürdő volt.

¹⁰ A wellness szolgáltatásokat nyújtó szállodák közé azokat soroltam, amelyek legalább három csillagos minősítésűek, a szolgáltatásokat szakképzettséggel rendelkező személyek látják el, rendelkeznek beltéri fürdőmedencével, 2-féle szaunával, többféle masszázssal, relaxációs és közérzetjavító szolgáltatással, különböző sportolási lehetőségekkel, étteremmel (ahol a hagyományos mellett a reformétkezés lehetősége is biztosított), valamint közösségi programokkal, vagy többféle szépségápolási szolgáltatással.

között megkülönböztettem¹¹ elsődlegesen fitness és sport (club spa), valamint szépségápolási profilú (day spa) helyszíneket, illetve wellness centrumokat. A kategóriák meghatározásához szükséges információkat hasonlóan a szállodákhoz két lépcsőben gyűjtöttem.

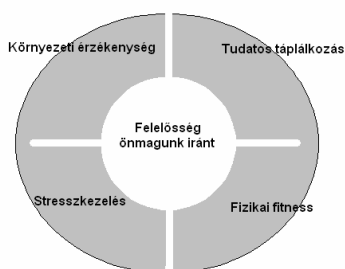
A wellness-turizmus keresleti viszonyainak megismerésében komoly nehézséget jelent, hogy sem hazánkban, sem külföldön nincs egyértelműen definiálva a wellness szolgáltatások köre. A wellness szolgáltatások iránti keresletet a fogyasztók egyéni értékelése segítségével mértem¹², amely alapján wellness turistának neveztem azokat, akik eltöltöttek legalább egy vendégéjszakát wellness célú utazásaik során.

A wellness szolgáltatások fogyasztása alapján történő vizsgálódás nem ad információt az igénybevétel motivációiban és a mögötte álló attitűdökben tapasztalható különbségekről. Nem informál arról, hogy milyen arányban található a wellness életmód mellett elkötelezett, valamint a wellness szolgáltatásokat inkább kikapcsolódásból, vagy egyéb más célból (például divatból) igénybevevő emberek a fogyasztók között. Az egészséggel és az ardelli modell alapján definiált wellness dimenziókkal¹³ kapcsolatos attitűdök és beállítódások alapján meghatározott csoportosítás lehetővé teszi a fogyasztók szegmentálását, a wellness életmód iránti nyitottság és egyéb fogyasztási szokások mentén. A wellness fogyasztás és a wellness iránti fogékonyság vizsgálatához koncepcionális háttérként használt ardelli modell alapján a wellness dimenziói: az önmagunk és egészségünk iránti felelősség, a környezeti

¹¹ Club spa-nak minősítettem azokat a sportprofilú vállalkozásokat, amelyek a sportolási lehetőségek mellett rendelkeznek szaunával, többféle terápiás és szépségápolási szolgáltatásokkal, illetve beltéri fürdési lehetőséggel, vagy jacuzzival. Day spa-nak olyan központokat minősítettem, ahol a szépségápolás mellett, többféle relaxációs és terápiás szolgáltatásokat nyújtanak, illetve rendelkeznek szaunával és jacuzzival. Wellness centrumoknak minősítettem azokat a szolgáltatókat, ahol az eddigiekben felsorolt összes szolgáltatás megjelenik, továbbá rendelkeznek az egészséges táplálkozás lehetőségét biztosító egységgel is.

¹² A wellness szolgáltatások igénybevételének értelmezéséhez el kell mondani, hogy a megkérdezettek a wellness szolgáltatások alatt gyakran a különböző fürdő, szauna és masszázs szolgáltatásokat értik, és nem komplex szolgáltatáscsomagokat. Mivel ezek a szolgáltatások egyéntől függően külön-külön is biztosíthatják a „wellness érzést” (testi, lelki és szellemi egyensúly érzését), illetve az egészségmegőrzés motivációját ezért nem szűkítettem le az igénybevett wellness szolgáltatások körét a különböző kezelések, aktív és passzív programok kombinációjából álló úgynevezett wellness csomagokra.

¹³



1. ábra Ardell wellness modellje

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

érzékenység, fizikai fitness-testmozgás, pszichés állapot javítása-stresszkezelés és a tudatos táplálkozás.

A wellness fogyasztás, illetve a terület iránti nyitottság és az egészség kapcsolatának vizsgálatakor alapváltozóként szereplő egészségi állapotot szubjektív önértékelés¹⁴ segítségével mértem, amely az egészségügyi statisztikákkal (mortalitási és morbiditási adatok) szemben, lehetőséget ad arra, hogy az egyén egészségi állapotát holisztikusan megközelítve értékelje. Az egészségi állapotra vonatkozó kérdés négy válaszkategóriát tartalmaz¹⁵, amelyek által nyert megállapítások a módszertani hasonlóságok miatt több hazai egészségpszichológiai vizsgálat eredményeihez hasonlíthatók.

Az egészségmagatartás körébe tartozó tevékenységek alapján bemutatott életmód és a wellness fogyasztás, illetve a wellness életmódhoz kapcsolódó attitűdök összefüggéseinek vizsgálatához az egészségmagatartást egyetlen értékkel számszerűsítő aggregált mutatóval mértem. Ez lehetőséget biztosított arra, hogy bemutassam összességében hogyan alakulnak az egészségmagatartási tényezők az egyén és a populáció szintjén. A mutatóban a dohányzás, alkoholfogyasztás, elhízás, sportolás, a preventív orvoslátogatáshoz kapcsolódó szokások és egészségmegőrzéshez kapcsolódó tevékenységek szerepeltek, úgy hogy mindegyik tényező esetében az egészségi állapot megőrzése és fejlesztése szempontjából legkedvezőbb kategóriát emeltem ki¹⁶. Az úgynevezett „aggregált egészségmagatartási indexben” a bevont hat egészségmagatartási tényezőt, az egészségi állapot alakulását befolyásoló hatásait (többváltozós lineáris regressziós elemzés¹⁷ során) számszerűsítő standardizált regressziós együtthatóval¹⁸ súlyozva vettem figyelembe. A súlyozást azért tartottam fontosnak, mert az

¹⁴ Az egészségi állapot önértékelése az egészségpszichológiai vizsgálatokban az egyik leggyakrabban használt mérési módszer. Az egészségi státusz ilyen mérésének előnyei, hogy nem csak az egészség valamely specifikus dimenziójára vonatkozik, hanem átfogó képet ad az egészségi állapotról, másfelől összegzetten méri azokat az ismereteket is, melyekkel az emberek saját egészségükről rendelkeznek (WARE J. E. 1986). A mérési módszer megbízhatóságát (akár az objektívnek tekintett módszerekkel szemben is) mutatják, azok a kutatási eredmények melyek szerint a szubjektív önértékelés az egészségi állapot alakulásának jobb prediktora, mint az orvosi értékelés (TAHIN T., JEGES S., LAMPEK K. 2000).

¹⁵ Az egészségi állapot önértékelését egy direkt kérdéssel vizsgáltam: Általában hogyan jellemezné jelenlegi egészségi állapotát? A válaszkódok az alábbiak voltak: kitűnő = 1; jó = 2; megfelelő = 3; rossz = 4.

¹⁶ Így kiemeltam a nemdohányzókat, a soha, vagy mértéktelenen ivókat, a heti rendszerességgel sportolókat, vagy testmozgást végzőket, a normális testtömegűket, az egészségért tudatosan tévőket, illetve az egészségüket preventív célból ellenőriztetők kategóriáit. Ezekhez a kategóriákhoz az 1-es kódot rendeltem, míg az adott változó többi kategóriáját 0-nak kódoltam.

¹⁷ A többváltozós lineáris regressziós modell kimeneti változója a szubjektív önértékeléssel mért egészségi állapot volt, a magyarázó változók pedig a dohányzás, alkoholfogyasztás, testtömeg, sportolás, testmozgás, preventív egészségi állapot ellenőriztetés, a tudatos egészségmegőrző tevékenység voltak. A vizsgálat célja volt feltárni, hogy az egészségmagatartási tevékenységek befolyásolják-e és ha igen milyen mértékben az egészségi állapot alakulását.

¹⁸ A standardizált regressziós együttható, amelyet neveznek regressziós bétának is, a változók magyarázóerejét számszerűsíti, kiküszöbölve a független változók eltérő szóródásából adódó torzításokat. A vizsgálatba bevont független változók közül a kimeneti változó (egészségi állapot) alakulására legnagyobb befolyásoló szereppel a rendszeres sportolás bír (béta=0,195) amelyet gyakorisági sorrendben követnek a normál testtömeg (béta=0,184), az egészségi állapot preventív ellenőriztetése (béta=0,158), a dohányzás mellőzése (béta=0,092), a mértéktelen

egészségmagatartási tényezők egyszerű összesítése tájékoztat ugyan arról, hogy az egyének esetében milyen gyakorisággal fordulnak elő ezek a tevékenységek, de nem informál arról, hogy a vizsgált tényezők milyen mértékben befolyásolják a jó egészség elérését, megőrzését. Súlyozás nélkül nem eldönthető mely egészségmagatartás körébe tartozó tevékenységek milyen mértékben segítik az egészség megőrzését, a jó egészség elérését.

3.3. Az adatelemzés módszerei

A kvantitatív kutatási eszközök (kérdőívek esetében) segítségével nyert adatok feldolgozásának első fázisában leíró statisztikai módszereket: alapmegoszlásokat, átlagszámítást, keresztábrákat, khi-négyzet próbát és Anova tesztet alkalmaztam, melyeknél a szignifikanciaszintet 95%-ban határoztam meg. Az így bemutatott eredmények (becslések) csak leíró statisztikai elemzésre voltak alkalmasak, a vizsgált tényezők közötti kapcsolatokra és a felállított hipotéziseimre vonatkozóan, összefüggés vizsgálatok, illetve többváltozós elemzések segítségével tudtam következtetéseket levonni.

A kimeneti változók mérési szintjétől függően használt többváltozós logisztikus, illetve többváltozós lineáris regressziós elemzéssel lehetőségem nyílt arra, hogy több magyarázó jellemzőnek egy vizsgált tényezőre kifejtett hatását elemezsem úgy, hogy elkülöníti azok egymástól független hatását. A felhasznált többváltozós logisztikus regressziós elemzés a magyarázó jellemzők önálló hatását számszerűsíti¹⁹, kontroll alatt tartva az elemzésbe bevont többi jellemző hatását. A többváltozós lineáris regressziós modell segítségével számszerűsíteni tudtam az elemzésbe bevont változók magyarázóerejét. A táblázatokban minden esetben csak azokat a magyarázó tényezőket tüntettem fel, amelyeknél a kapcsolat erőssége szignifikánsnak bizonyult ($p < 0,05$). Mivel a kérdőíves kutatás keresztmetszeti vizsgálat volt – azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése – a vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés nem feltétlenül jelent ok-okozati kapcsolatot.

A kérdőív eredményeinek feldolgozása során az emberek egészséggel és a wellness alapvető dimenzióival kapcsolatos beállítódásaik, attitűdjeik alapján történő csoportosításához

alkoholfogyasztás és absztinencia ($\beta = 0,073$), valamint a tudatos egészségmegőrzés ($\beta = 0,030$). A súlyozással kapott index értéke 0 és 0,732 intervallumban helyezkedik el, ahol a magasabb értékek jelentik a (a jó egészség tekintetében is) kedvezőbb egészségmagatartási viszonyokat (Lásd: 1. számú függelék 7. táblázat).

¹⁹ A többváltozós logisztikus regressziós modell a magyarázó változók, vizsgált kimeneti tényezővel kapcsolatos önálló hatását számszerűsíti egy esélyhányados formájában, úgy, hogy közben kiszűri a többi elemzésbe vont tényező hatását (SZÉKELYI M.-BARNAI I. 2002).

faktor- és klaszteranalízist²⁰ használtam. A faktoranalízist azért választottam, mert a szakirodalom és a korábbi kutatási tapasztalatok alapján megfogalmazott változók között (amelyek nem egy adott skála felhasználásával lettek szerkesztve) ez a módszer képes a változórendszer rejtett dimenzióit feltárni, amely további hasznos információkkal szolgálhat a vizsgált tényezőkkel kapcsolatban.

A kérdőív eredményeinek feldolgozása mellett, a hazai wellness-turizmus kínálati és keresleti viszonyaiban tapasztalható területi egyenlőtlenség²¹ mértékét két koncentrációs mutató a Hoover²² és a Hirschmann- Herfindahl²³ indexek segítségével, területi dinamikáját pedig a súlypontosítás²⁴ módszerével kívántam bemutatni kvantitatív módon.

Az utazási szokások közötti összefüggések, illetve a wellness-turisztikai kereslet és kínálat térbeli alakulását befolyásoló tényezők feltárásához korrelációs mátrixot használtam, amellyel a vizsgált tényezők közötti összefüggés létét és annak szorosságát vizsgáltam. A régiók wellness-turisztikai viszonyainak összehasonlítását tisztított területi viszonyszám segítségével végeztem.

4. A wellness terminológiai és koncepcionális jellemzői

4.1. A wellness terminológiai kérdései

Napjainkban jellemző folyamatos változás következménye, hogy a korábbi tudományok és szakmák folyamatosan megújulnak, azok érintkezései területén újabb tudományágak és szakmák alakulnak ki. Ezek az új területek az újonnan kialakított fogalmak és terminusok²⁵

²⁰ A klaszterelemzés egy dimenziócsökkentő eljárás, ahol a megfigyelteket csoportosítani lehet, úgy hogy az egy csoportba tartozók minden vizsgált változó mentén közel lesznek egymáshoz, míg minden más csoporttól távol.

²¹ A területi egyenlőtlenségek elemzésekor gyakran találkozunk az ember a koncentráció fogalmával, mely a jelenségek tömörülését, összpontosulását jelenti. A koncentráció jelenségét a mennyiségi ismérv szerint lehet elemezni úgy, hogy a vizsgált mennyiségi ismérv gyakorisági és értékösszeg eloszlását hasonlítja össze, vagyis az értékösszeg mennyire koncentrálódik a sokaság bizonyos egységeire. Az értékösszegnek kevés számú egységre való összpontosulását koncentrációnak nevezik (KÖVES P. – PÁRNICZKY G. 1981).

²² Az index azt mutatja meg, hogy az egyik ismérv hány százalékát kell a terület egységei között átcsoportosítani, hogy a területi megoszlása a másik jellemzőjével azonos legyen.

²³ Az index furcsasága, hogy a megoszlást nem a teljesen egyenleteshez viszonyítja. A mutató 0,6 feletti értéke már erős koncentrátságra, monopolhelyzetre utal. A koncentrációs index értékkészlete: $1/n \leq K \leq 1$, értelmezése: minimális értéket, - az elemszám függvénye- akkor veszi fel, ha vizsgált ismérv a területi egységek között egyenletesen oszlik el, maximális értéket, ha a vizsgált jelenség egy területen, egy kézben összpontosul, vagyis a monopolhelyzet van.

²⁴ A módszer a területi elemzések klasszikus eszközei közé tartozik. Ennek segítségével megadható a demográfiai, társadalmi, vagy gazdasági tényezők térbeli középpontjai, amelyek jól használhatók térbeli arányeltolódások vizsgálatára (NEMES NAGY J. 2005).

²⁵ „A terminus egy meghatározott tárgykörön belüli fogalmat jelölő lexéma, szám, jel, vagy ezek kombinációja” (FÓRIS Á. 2007). A terminus a nyelvi jel és a jelentés együttese. A kód a nyelvi jel, a kódkulcs a jelentés (FÓRIS Á. 2007). „A terminus (a terminológiai egység) formai vagy szemantikai szempontból nem különbözik a

mellett átveszik a régieket, amelyek jelentése az új helyen valamilyen mértékben módosul. A rendkívül gyors ütemű tudományos-technikai fejlődés következtében ma számos olyan terület van, ahol a fogalmi rendszerek és a terminológiai rendszerek összehangolása²⁶ a kialakulás rövid ideje miatt még nem, vagy elégtelenül történt meg (ZSIGMOND E. – KOZMA – LACZKÓ T. 2007). Komoly kommunikációs és funkcionális problémákat okozhat ez az adott tárgykörben, hiszen egy gazdasági, vagy tudományterület működőképességének, valamint sikerességének alapját képezi az a konszenzus, amelynek köszönhetően az összes érintett számára ismert és ugyanazt jelenti a kód (a nyelvi jel) és a hozzá kapcsolódó kódkulcs (jelentés). A piac számára elengedhetetlen, hogy a vevő és eladó ugyanazt értse egy adott nyelvi jelen, a tudományoknak pedig alapkritériumát jelenti a rendezett szaknyelv. Az újonnan alakult szaknyelvek általános problémái sokrétűek lehetnek, amelyek leggyakrabban abból adódhatnak, hogy a korábban kialakult szaknyelvek fogalmi és terminológiai készletére támaszkodnak, de ezek jelentése módosul az új környezetben. Nehézséget okoz, hogy a terminusok sok esetben más nyelvből származnak, amelyek tartalmi átvétele nagyon erős nyelvi hatással jár együtt, illetve a jelentős kulturális és nyelvi különbségek megfeleltetése sem egyszerű. Ezek mellett problémaként jelenik meg, hogy a terminusok rendszerbe állítását az alapoktól kell kezdeni, de ennek nincsenek meg a hagyományai (FÓRIS Á. 2005, BÉRCES E. 2006, FÓRIS Á.-BÉRCES E. 2006, FÓRIS Á.-PUSZTAY J. 2006, FÓRIS Á. 2007).

Terminológiai problémákkal jellemezhető tárgykör a disszertációban bemutatott wellness területe is, amely mára hazánkban is kialakult intézményrendszerrel – ezek jellemzően oktatási intézmények, idegenforgalmi és kereskedelmi egységek – rendelkező gazdasági területté vált. Az új szolgáltatások, eljárások, eszközök, stb. jelölésére bevezetett terminusok nagy mennyiségben és nagyon gyorsan terjedtek el mind a szakmai, mind a köznapi nyelvhasználatban, amelyet még nem követett a hazai wellness terminológiai rendszer harmonizációja (FÓRIS Á. 2008, ZSIGMOND E. – KOZMA L. – LACZKÓ T. 2007). A wellness tárgykör terminológiai problémáit a hasonló helyzetben lévő hazai szaknyelvekre jellemző nehézségeken túl, a terület sajátosságai is erősen befolyásolják. A wellness tárgykör terminológiájának fő jellemző vonásai (RÁTZ T. 2004, BÉRCES E. 2006, FÓRIS Á.-BÉRCES E. 2006, FÓRIS Á. 2007, ZSIGMOND E. 2007, FÓRIS Á. 2008, ZSIGMOND E. – KOZMA L. – LACZKÓ T. 2008):

szavaktól; pragmatikai és kommunikatív egységsgékként viszont eltér tőlük. A legszembevetőbb különbség, hogy a terminusokat egy meghatározott terület vagy tevékenység fogalmainak jelölésére használják” (CABRÉ 1998.).

²⁶ A terminológiai rendezés alapvető feladata, hogy az adott tárgykör logikai rendszeréhez illeszkedően alakítsa és formálja a terminusok és fogalmak jelentését, azok hierarchikus viszonyát (FÓRIS Á. 2007).

- Az 1950-es évek végén a szakirodalomban megjelenő wellness kifejezés néhány évtized alatt a fejlett világ minden nyelvében meghonosodott. Magyarországon a kifejezés használata az 1980-as években jelent meg és rövid idő alatt széles körben ismertté vált. A kifejezés gyors terjedése ellenére a wellness fogalomnak és vele a terminusnak az elmúlt közel fél évszázad alatt nem alakult ki a világon általánosan elfogadott behatárolása.
- A wellness tárgykör sok más tárgykör érintkezésén alakult ki. Integrálja magába az egészségmegőrzés, a szépségápolás, a pihenés, az egészséges táplálkozás, az egészséges életmód, a természettel való harmonikus viszony, a rekreáció, a turizmus, a sport és még sok más célját, eszközeit és módszereit, és ezekből a tárgykörökből sok terminust átvett
- A wellness multikulturális jelenség, mivel a kialakulása a fejlett nyugati világhoz kötődik, de folyamatosan integrálja más területek és korok sajátosságait is (pl. thai masszázs, török fürdő, lomi-lomi kezelés, stb.).

A felsorolt tárgykörre általánosan jellemző sajátosságok mellett több olyan ok tapasztalható, amely hátráltatja a hazai wellness szaknyelv terminológiai harmonizációját (FÓRIS Á. 2008, ZSIGMOND E. – KOZMA L. – LACZKÓ T. 2007). Ezek közül a leggyakrabban előfordulók:

- A rendezési próbálkozások nem a fogalmak jegyeinek meghatározásából és rendszerbe állításából indulnak ki, hanem a nyelvi jelek szemantikai²⁷ vizsgálatát végzik.
- A sok tárgykör érintkezésében kialakult wellness fogalmi rendszerében, a más tárgykörből átvett fogalmaknak több esetben más jegyei kerülnek előtérbe, mint az átadó helyen, és a definíció megadásánál a szükséges módosítást nem végzik el.
- A terminológia rendezésében nem alakult ki az érintett szakterületek közötti interdiszciplináris együttműködés, ezért a nagyszámú, de elszigetelt környezetben kezdeményezett próbálkozások nem vezettek kellő sikerhez. (Például mindegyik szakterület a saját területe részeként értelmezi a wellness-t, és nem egy új önálló területként.)
- A wellness szolgáltatásokkal járó gazdasági sikerek divatba hozták a wellness jelző tartalomtól független használatát. Sok esetben a fogalmak egyes csoportok által ajánlott értelmezésében üzleti érdekek játszanak fő szerepet.

²⁷ más néven szemológia, szemasziológia vagy jelentéstan, a jelentés vizsgálatával foglalkozó logikai, filozófiai és a nyelvészeti diszciplína. A filozófiában és a nyelvtudományban a szemantika a nyelvi elemek és jelentéseik közötti viszony tanulmányozását foglalja magába. Bár a két tudományág eltérő célból és eltérő módon közelíti meg a jelentés fogalmát, mindkettő azt írja le, hogy az ember miképpen származtatja a jelentést a nyelvi jelekből. (BRITANNICA HUNGARICA)

- A wellness terminológiájának rendezéséhez hiányoznak a legszükségesebb forrásmunkák. Sok esetben az érintkező tárgykörök sem rendelkeznek magyar nyelvű forrásokkal.

A hazai wellness terminológiában tapasztalható ellentmondások feltárására irányuló vizsgálat eredményei (ZSIGMOND E. – KOZMA L. – LACZKÓ T. 2007) alapvetően megerősítik a korábbi kutatások megállapításait (FÓRIS Á. 2005, FÓRIS Á.-BÉRCES E. 2006). A szakirodalomban és a köznyelvben használt terminusok elsődleges forrásai a hazai szakemberek, illetve szervezetek publikációi, és ismeretterjesztő írásai, valamint a külföldi irodalomból történt fordításai. A dinamikusan bővülő piac megteremtette ugyan az igényt a wellness szótárak iránt, de ezek számos módszertani hiányosságuk miatt nem elégségesen töltik be szerepüket. Ezek általában alacsony címszószámmal (5-től-300-ig, de leggyakrabban 100 címszót tartalmazó listák) rendelkeznek, amelyek köre nagyon változatosan, sok esetben eklektikusan alakul, nem fogva át a wellness területét (BÉRCES E. 2006, FÓRIS Á. 2008). A szócikkekben bemutatott tartalmak sok esetben nem igazodnak a differenciált felhasználói igényekhez, gyakran keverednek a tudományos igényű és a laikus jelentés magyarázatok. Sok esetben jelent problémát az, hogy a más tárgykörből átvett terminusok az értelmezés módosításával nem kerülnek beillesztésre a wellness tárgykörébe, nem alkalmasak a felhasználók tájékoztatására. Ezek mellett előfordul még, hogy a terminusok egymáshoz való viszonyainak, az alá-, fölé-, és mellérendeltségi kapcsolatainak meghatározása nem történik meg, amely megnehezíti a jelenségek értelmezését, a félreértések feloldását (pl. a medical wellness és a wellness-turizmus, vagy a fitness és a wellness kapcsolatát). A szócikkek megadásánál található olyan lexikográfiai hiányosságok, mint a definíció hiánya (pl. az Országos Egészségturizmus Fejlesztési Stratégia glosszáriumában a medical wellness esetében csak a magyarázat található definíció nem), az egyszavas szinonimákkal történő értelmezés, vagy a terminus történetének leírása a jelentés megadása helyett (FÓRIS Á. 2008).

A bemutatott problémák és hiányosságok felhívják a figyelmet a terminológiai egységesítés, ezen belül elsősorban a szabványosítás akár hazai, akár nemzetközi szintű szükségességére.

4.2. A wellness koncepciók

A wellness szerepének növekedése következtében a társadalom egyre nagyobb részében vált ismertté és elfogadottá a kifejezés (FÓRIS Á. 2007), illetve kaptak egyre nagyobb jelentőséget és figyelmet a fogalomhoz kapcsolódó wellness koncepciók, amelyek

értelmezésében számos közös vonás mellett, jelentős különbségek láthatók az európai és az észak-amerikai kontinens között. A továbbiakban részletezett koncepciók történeti áttekintése bemutatja és értelmezi a wellness fejlődését, a felfogásokban tükröződő különbségeket, valamint az egészséges életmód és az egészségfejlesztés területén betöltött szerepét.

4.2.1. Wellness koncepciók az Egyesült Államokban

Az első átfogó wellness koncepciók az 1950-es években jelentek meg, amelyek megalkotására és megfogalmazására jelentős hatással voltak azok a 19. századi vallási mozgalmak, amelyek a spiritualitás és az egészség kapcsolatát hangsúlyozták („New Thought; „Christian Science”). E mozgalmak alapfeltevése volt, hogy az egészséges test az egészséges lélek és szellem terméke, így elsősorban gondolatainkkal és viselkedésünkkel hathatunk rá. Az egészség és a betegség az ember saját cselekedeteinek következménye, kulcsa tehát a pozitív gondolkodás és a viselkedés megváltoztatása. Egy másik korabeli vallási irányzat az adventisták vallási kötelességnek tekintették az egészséges életstílust. Ezért kerültek a hús fogyasztását, az alkoholt, a kávé és a dohányzást. Mindezen felül fizikai gyakorlatokat és sok friss levegőn tartózkodást javasoltak (MILLER, J. W. 2005). Ezeket az elveket alkalmazva lett John Harvey Kellogg (1842-1943) Battle Creek-i klinikája a századelő Amerikájának leghíresebb egészségügyi intézménye, amelyet úgy reklámoztak, hogy ez az a hely, ahol az emberek megtanulják jól érezni magukat (www.geocities.com).

A wellness koncepciók megjelenésében fontos tényező volt az egészség-betegségről történő újszerű gondolkodás és az egészség fogalmának megváltoztatására irányuló törekvések térnyerése. Az Egészségügyi Világszervezet által megfogalmazott új egészség definíció nagy hatással volt Halbert Louis Dunn (1896-1975) amerikai orvos munkásságára, aki az 50-es évek végén újra megalkotta a ma is ebben az alakban használt wellness kifejezést, a WHO 1948-as definíciójában megjelenő „wellbeing” és az 50-es évek Amerikájában feltűnő „fitness” szavakból (MILLER, J. W. 2005, LACZKÓ T. – LAMPEK K. - ZSIGMOND E. 2008).

Dunn az általa megfogalmazott „high-level wellness-t” úgy definiálta, mint „a működés integrált módszere, amely arra irányul, hogy maximalizálja azt az erőt (képeséget) amire az egyén képes. Ez azt igényli, hogy az egyén megtartsa egy folyamatos egyensúlyi állapotot és céltudatos irányultságot a környezetével, amelyben működik.” Az embert teljes lénynek látta, ami testből, lélekből és szellemből áll²⁸. A „high level wellness” harmóniát

²⁸ Lásd: 1. számú függelék 1. ábra

követel a három terület között és a felismerést, hogy mindegyik befolyásolja a másikat. Visszautasította azt a felfogást, hogy a testet, szellemet és lelket elszeparáltan kezelik és a test az orvos, a szellem a pszichiáter, a lélek a vallás ügye. Szerinte az emberi egészet így megosztani nem lehet, a tudomány lényege, hogy hidat kell képeznie az ember biológiai természete és lelke között. A wellness szociális dimenziója különösen fontos volt Dunn számára. Az egyik alapgondolata, következtetése az volt, hogy ha az egyén társadalmi környezetében megtalálható az alapvető élelmiszerek, lakás vagy foglalkoztatás biztonságának a hiánya, akkor a pozitív egészség elérése sokkal bonyolultabb, mintha mindez nem jelent stresszforrást. Megfelelő kormányzati politika, valamint védő szociális és kulturális intézmények sűrű hálója szükséges az egyén megsegítésében, ahhoz, hogy elérje a „high level wellness”-t (LACZKÓ T. – LAMPEK K. - ZSIGMOND E. 2008).

Dunn elképzelései szerint a wellness inkább egy folyamat, mint egy statikusan rögzült állapot. Minden egyén, körülményeitől függően elhelyezkedik valahol ennek a folyamatnak a mentén a halál és a wellness között. Véleménye szerint a wellness az egészség holisztikus megközelítése, amely fizikai, mentális, társadalmi, kulturális és spirituális dimenziókból áll. A wellness a potenciálokról szól, magába foglalva az egyén mozgásának elősegítését a jóllét legmagasabb foka felé, amire képes. Az önismeret és az ön-egység a kulcsa a magas szintű wellness irányába való fejlődésnek (DUNN, H. L. 1959, LACZKÓ T. – LAMPEK K. - ZSIGMOND E. 2008).

Dunn halálának évében (1975) alapítják meg a világ első wellness központját, a Mill Valley-i Wellness Pihenő Központot Kaliforniában. Alapítója John Travis volt, aki 1972-ben kifejlesztette Illness/Wellness Continuum-át²⁹, amelyen a kezelési és a wellness modell kapcsolatát ábrázolta. A kontinuum bal oldala a betegség különböző fokozatait mutatta, a jobb az egészségét, amely modellben leszögezte, hogy a wellness egy folyamat, nem statikus állapot. Véleménye szerint a High Level Wellness a következőket foglalja magában: gondoskodás fizikai állapotról, szellem konstruktív használata, érzelmek kifejezése, kreativitás, fizikai, pszichés, spirituális környezettel való törődés. A lényeg nem az, hol van az ember éppen a kontinuumon, hanem hogy melyik irányba halad: a korai halál vagy a magas szintű wellness irányába. Dunn művére alapozva, Travis kifejlesztett egy úgynevezett Wellness leltárt, amely az egyén wellness állapotát méri 12 dimenzióban³⁰. Az 1981-ben megjelent „Wellness Index” önértékelő kérdőív formájában méri ezeket a területeket. A kérdőívhez kapcsolódó „Wellness Workbook” pedig minden dimenziót külön fejezetben tárgyalva ad segítséget az optimális állapot eléréséhez. Travis legjellegzetesebb hozzájárulása

²⁹ Lásd: 1. számú függelék 2. ábra

³⁰ Lásd: 1. számú függelék 3. ábra

a wellness koncepcióhoz az egyéni felelősség sokkal nagyobb fokú hangsúlyozása volt. Travis számára minden egyén saját felelőssége a magas fokú wellness irányába való mozgás. Ez nem olyan fejlődés, amelyért az egyén orvosa felelősséget vállalhat. Ezért Travis Wellness Pihenő Központja arra koncentrált, hogy segítse a klienseket felelősséget érezni, illetve vállalni a saját egészségük iránt. Travis, Dunn gondolatait „átkonvertálta” egy konkrét 8 hónapos programmá. Ez magába foglalta a relaxációs stratégiák elsajátítását, önvizsgálatot, kommunikációs tréninget, kreativitás tanácsadást, egészséges étkezést és a testi fittség elsajátítását. Az alapgondolat az volt, hogy az egyén jobban megismerje magát (TRAVIS, J. 1977, TRAVIS, J.-RYAN, R. S. 2004, LACZKÓ T. – LAMPEK K. - ZSIGMOND E. 2008).

Az Amerikai Egyesült Államokban az egyik leghíresebb wellness szakemberként ismert Donald Ardell tette a wellness-t a széles tömegek számára is elérhetővé és megfoghatóvá. Ellentétben az orvos Dunn-nal és Travis-szel karrierjét szociológusként kezdte. 17 könyvet írt a wellness-ről, amelyek közül az első 1977-ben jelent meg „High Level Wellness; An Alternative to Doctors, Drugs and Disease” címmel. A nem csak szakembereknek írt könyvei mellett, wellness központot alapított, illetve wellness-hírlevél sorozatot indított a wellness minél szélesebb körben történő elfogadtatásáért. A wellness Ardell szerint olyan egészségi állapotot jelent, ahol a test, a szellem és a lélek harmóniában van. Ez az állapot betegen és fájdalmak közepette is lehetséges. Az egészségnek 5 dimenzióját definiálja (lásd: a 19. oldalon korábban bemutatott 1. ábra), ahol valamennyinek alapvető jelentősége van a wellnessben. Az embernek valamennyi területen munkálkodnia kell, hogy egy integrált, harmonikus életmód kialakuljon. Az 5 dimenzió egyformán fontos és fejlesztendő. Középpontjában a saját felelősség áll. Ardell szerint a wellness annak az életformának a tudatos választása, hogy az ember magáról gondoskodik és a legmagasabb szintű egészségi állapotot élvezze, ami a saját képességein belül elérhető (ARDELL, D. 1977, 1985, 1999, 2004, LACZKÓ T. – LAMPEK K. - ZSIGMOND E. 2008). Lényeges különbség közte valamint Dunn és Travis között a wellness spirituális aspektusának teljes elvetése.

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

A wellness koncepciók fokozódó népszerűsége jelentősen hozzájárult az amerikai egészségfejlesztéshez. Mindez máig hatóan a wellness, egészség, egészségfejlesztés, prevenció fogalmak összeolvadásához és a wellness hétköznapi életbe való beépüléséhez vezetett az Észak-Amerikai kontinens országaiban. A 70-es és 80-as évtizedekben megváltozott az egészséggel kapcsolatos fogyasztói tudat, melynek köszönhetően nőtt az érdeklődés az egészségügyi információk iránt. A munkaadók esetében a költségek

csökkentése és a hatékonyság emelése érdekében munkahelyi wellness programokat dolgoztak ki és indítottak el („corporate wellness”, „worksite wellness”). A munkahelyi wellness programok sikeres megvalósítása és széleskörű elfogadottsága abból adódott, hogy hosszú távon futottak (így lehetőséget adva hatékonyságuk vizsgálatára), a cégvezetés támogatta őket, a munkavállalók részt vettek azok kidolgozásában, világosan fogalmazott céljaik voltak és végrehajtásukba bevonták a családokat is. A 70-es években nem csak a cégek, hanem az egyetemek is egészségvédő programokat indítottak hallgatóik számára („campus wellness program”), amelyeknek fő célja az egészségügyi kockázatok csökkentése és az életmódváltás elősegítése volt a hallgatók körében. Ilyen programot indított a Wisconsin-i egyetemen Bill Hettler a National Wellness Institute (NWI) alapítója (1977), aki a program eredményességének mérése érdekében Travis mintájára létrehozott egy wellness önértékelő kérdőívet „Testwell” néven (HETTLER, B. 1988, MILLER, J.W. 2005).

Az NWI által elfogadott napjainkig használt definíció szerint: „A wellness aktív folyamat, amely által az emberek tudatossá válnak és egy sokkal boldogabb létezés mellett döntenek.” A wellnessnek 6 dimenzióját írják le³¹: A fizikai dimenzió magában foglalja a helyes táplálkozást, a rendszeres testmozgást, a káros magatartásmódok kerülését. A spirituális dimenzió az egyén magával és másokkal kialakított harmónia állapotára vonatkozik. Az intellektuális dimenzió az új tapasztalatok, ismeretek, kihívások keresését, a nyitottságot jelenti. A szociális dimenzió a pozitív kapcsolatok kialakításának és fenntartásának képességét és a szociális szerepek hatékony betöltését helyezi előtérbe. Az érzelmi dimenzió akkor működik helyesen, ha az ember képes érzelmeit megérteni, kifejezni, kontrollálni, értük felelősséget vállalni. Míg a foglalkozási dimenzió a saját munkában, tevékenységben való kiteljesedés, örömlélés képességét, a kreativitás általi elégedettség elérését jelenti (www.nationalwellness.org).

4.2.2. A wellness Európában

Az USA-ban már az 50-es években megjelent „fitneszhullám” a 80-as évek közepén terjedt át Európára, ami Horx szerint „egy ésszerű és jogos reakció az ipari társadalom életmódjára – túl sok ülés, túl kevés mozgás” (HORX, M. 2001). Kialakult egy új, modern testideál, ami egy új életérzés kifejezője is lett egyben. Az emberek többsége számára azonban túl megerőltető volt a fitness, amelynek következtében erősödött egy olyan „jól-léti társadalom” képe, ahol a fitneszből wellness lett, ahol az állandó teljesítmény- és

³¹ Lásd: 1. számú függelék 4. ábra

időszorításban élő társadalom számára egyre fontosabbá vált a testi-lelki-szellemi egészség (HORX, M. 2001, LACZKÓ T. – LAMPEK K. - ZSIGMOND E. 2008).

Az amerikai wellness modellek (elsősorban Ardell modelljének) mintájára a 90-es években Európában is kialakulnak az első elképzelések. Az első modellt a német Haug alkotja meg 1991-ben, amely szerint a wellness „az egészség új, gyakorlatorientált, pragmatikus megközelítése”. Az egyénre vonatkozó harmónia program részei a már ismert egészségdimenziók (saját felelősség, fitness, stresszkezelés, tudatos táplálkozás, környezeti érzékenység). Elsődleges cél az egyén jobb életminőségének elérése. Szerinte a „High Level Wellness” a szubjektíven megélt jóllét (HAUG, C. V. 1991, LACZKÓ T. – LAMPEK K. - ZSIGMOND E. 2008).

A saját felelősség bázisára építette kibővített wellness modelljét Nahrstedt is, aki a nyugati modellt kiegészíti a keleti kultúrák egészségértelmezésével és módszereivel (meditáció, jóga, stb.), illetve a testápolás és beauty elemeivel is³². Az általa említett aspektusok a társadalom, környezet, test, lélek-szellem átfogó hálójában vannak. Ezáltal nála az egészség és wellness nem csak személyes feladat és felelősség, hanem ösztársadalmi is. A középpontban nála is a saját felelősség áll, azonban külső keretként megjelennek a szociális kapcsolatok is a környezettel szembeni érzékenység mellett (NAHRSTEDT, W. 2001, 2005).

A mintaként szolgáló amerikai modellektől eltérően a wellness koncepciók Európában elsősorban a turizmus által terjedtek el, amelyek leggyakrabban az üdülő, gyógy- és sporthotelek összekapcsolásával alakultak ki. Ez a felfogás látható Illing koncepciójában és definíciójában. Ardellhez hasonlóan a teljességre való törekvés jegyében egy öt pilléren nyugvó wellness modellt állított fel³³, de a wellness-t azonban már egészségturisztikai szempontból definiálja. Ez szerint „a wellness a teljes törekvés a testi, szellemi és lelki jóllétre vitalizáló és lazító eszközök/programok által, amelyeket különleges egészség központokban alkalmaznak.” (ILLING, K. 2002) Illing a wellness 3 fokozatát fogalmazza meg:

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

Illing szerint az eredeti wellness filozófiának megfelelően a cél a 3. fokozat elérése lenne. Ez azonban az európai szemlélet szerinti szolgáltatóknál nem működik, mivel ezek elsősorban

³² Lásd: 1. számú függelék 6. ábra

³³ Lásd: 1. számú függelék 7. ábra

passzív, kényeztető, beauty - és fitness termékeket kínálnak a vendégeknek wellness címszó alatt (ILLING, K. 2002, LACZKÓ T. – LAMPEK K. - ZSIGMOND E. 2008).

4.2.3. Az amerikai és európai wellness modellek közös vonásai

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

A wellness-szel kapcsolatban a teljességnek három területe van amely mindkét földrész koncepcióiban, illetve wellness-hez kapcsolódó felfogásaiban jelen van:

- A teljesség az emberi léterületek összessége, vagyis a test, a lélek és a szellem összessége. Ez a három terület fiziológiai, érzelmi, intellektuális, mentális, szociális, valamint lelki aspektusokat foglal magába, amelyek a hétköznapi döntéseink minden területén visszatükröződnek, amelyek egymástól függő kapcsolatban állnak. Egyik sem működhet a másik nélkül. Ha az egyik terület folyamatait nem veszik figyelembe, annak kihatása van az összes többire, és bárhol zavarokhoz, betegséghez vezethet. A betegség, illetve a wellness zavara ebben az értelemben, e komponensek harmonikus interakciójának kiegyensúlyozatlansága, nem csak az egyik terület rossz működése.
- A teljesség az élet „árnyoldalaira is vonatkozik. Belső tartásnak hozzá kell járulnia ahhoz, hogy felismerhetők legyenek azok az értéket és életerőt adó funkciók is, amit egy fájdalmas tapasztalat kínálhat. A negatív és ellentmondásos dolgokat is úgy kell feldolgozni az embereknek, hogy az a fejlődésükhöz hozzájáruljon.
- A harmadik terület az ember beágyazódása az őt körülvevő életbe: az ember a társadalom, a környezet része, formális és informális szociális kapcsolatai vannak, függ ökológiai és gazdasági tényezőktől. Mindez szintén kölcsönhatásban áll és hatással van az egyén wellness állapotára.

Minden wellness modell középpontjában az egyén felelőssége áll saját egészsége, wellness állapota iránt, mert saját hozzájárulás nélkül egyik sem valósítható meg. A felelősség a realitás felismerését, elfogadását jelenti, hogy a helyzethez tudatosan vagy nem tudatosan, de az egyén is hozzájárul. A felelősség ezekben a koncepciókban azt jelenti, hogy az ember saját

életének tudatos alakítója lehet, amennyiben beállítottságán változtatni képes. A saját felelősség ideális esetben a motivációt erősíti, önmagában nem vezet a jól-lét (High Level Wellness) állapotához, annak elérése hosszú folyamat, ami sok tényezőtől függ. A saját felelősség szükséges de nem elegendő előfeltétele a jól-létnek (LACZKÓ T. – LAMPEK K. - ZSIGMOND E. 2008).

4.2.4. Eltérések az amerikai és az európai wellness koncepciók és értelmezések között

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

Ezzel szemben Európában a 80-as években inkább csak a fogalom, mint a mögötte rejlő koncepció terjedt el, sok esetben különböző termékek és szolgáltatások marketing fogalmaként. Európában a wellness „magánügy” és tartalmilag is inkább a passzivitás jellemzi, amely a lazítás, kikapcsolódás, pihenés, kényeztetés szinonimákkal írható le. Nem épül be életfilozófiaként az egyén mindennapi életébe, hanem a szabadidő eltöltéséhez, azon belül is a turizmus bizonyos formáihoz kötődik. A wellness piac fő termékei és szolgáltatásai a „hagyjuk megtörténni” passzív érzést sugallják (például amikor egy wellness hétvégén a wellness szállodában kényeztetjük magunkat). Ez a felfogás jól tükröződik több európai állam wellness társaságának definíciójában, többek között például a német, vagy a magyaréban is. A Német Wellness Szövetség szerint a wellness: „A teljes jóllét folyamata, amely egészségfejlesztő tényezőkkel függ össze. Laikus módon kifejezve: élvezettel egészségesen élni.” (DEUTSCHER WELLNESSVERBAND 2007). A Magyar Wellness Társaság szerint pedig „a

wellness életforma, amelynek gyakorlói a civilizáció okozta bántalmakat a test, a lélek és a szellem együttes kényeztetésével, odafigyeléssel, tudatos életvitellel igyekeznek megelőzni”.

Míg Amerikában a wellness koncepciók a teljes életre, minden élethelyzetre és korcsoportra vonatkoznak és széles társadalmi rétegek körében megtalálható, addig Európában a wellness a szabadidőre és elsősorban a turizmusra korlátozódó jelenséggé vált, amit csak a társadalom egy meghatározott rétege engedhet meg magának. Míg Amerikában a wellness társadalompolitikai feladat (lásd munkahelyi, egyetemi wellness programok), addig Európában a fent említett réteg egyéni tevékenysége (ILLING, K. 2002).

Jelentős különbség látható a fentiekén túl a wellness tudományos megalapozására tett erőfeszítésekben is. Míg Amerikában többféle kérdőívet dolgoztak ki, akár egyének, akár nagyobb populációk wellness állapotának mérésére (pl. Testwell, Optimal Living Profile), illetve (egészségtudományi és gazdasági) eljárásokat, modelleket a különböző programok hatékonyságának vizsgálatára, addig Európában a wellness-hez kapcsolódó kutatások még csak szűk körben vannak jelen. Európában, a néhány éve kibontakozó úgynevezett medical wellness irányzat jelenthet választ a tudományosan alátámasztott wellness programok és módszerek iránt megfogalmazódott igényre. Az elsősorban az egészségturizmushoz kötődő, a gyógy és wellness-turizmus előnyeit egységesíteni kívánó irányzat nagyon kevésbé ismert az USA-ban, mivel ott a wellness mindig is egy orvosilag alátámasztott egészségfogalomhoz kötődött (ILLING, K. 2002, HERMES, K. 2005, RUBOVSKY A. 2008, LACZKÓ T. – LAMPEK K. - ZSIGMOND E. 2008).

4.2.5. Medical wellness

A medical wellness fogalmát Lutz Hertel, a Német Wellness Szövetség vezetője alkotta meg 1999-ben, hogy a tudományosan alátámasztott wellness programok iránt érdeklődő vendégkört megkülönböztesse a fitness, ill. beauty vendégektől (HERMES, K. 2005). A Német Medical Wellness Szövetség megfogalmazásában (2007): „A Medical wellness egészségtudományosan megalapozott intézkedéseket tartalmaz az életminőség és a szubjektív egészségérzés, valamint az egészségtudatos életstílusra való motiváció tartós javítása céljából, saját felelősségen alapuló megelőzés, egészségfejlesztés által.”.

Illing szerint „a medical wellness orvos és/vagy terapeuta által vezetett és tudományosan megalapozott törekvés a teljes testi, szellemi és lelki jóllét állapotának elérésére vitalizáló és lazító eszközökkel, illetve programokkal, amelyeket különleges egészség központokban alkalmaznak.” (ILLING, K. 2002).

Az új irányzat tehát az aktív egészségfejlesztést, egészségmegőrzést segíti elő úgy, hogy az egyik hangsúly a kliens aktivitásán van. Az orvos és a terapeuta partnerként, tanácsadóként van jelen a folyamatban, és egyénre szabott tanácsadással, információkkal látja el kliensét, aki így a saját egészsége szakértőjévé válhat. Egyénre szabott egészségfejlesztő programját a wellness-üdülés után képes beépíteni mindennapi életmódjába, így a tartós jóllét állapotát tudja elérni. A másik súlypont az alkalmazott módszerek tudományos megalapozottságán van. Ide tartoznak többek között a komplementer medicina különböző területei, a hagyományos kínai orvoslás, az ajurvéda, a jóga, a meditáció, a természetes gyógymódok, (pl. homeopátia), felmérő, megelőző és ellenőrző vizsgálatok (EKG, spiroergometria, stb.), vagy a pulzuskontrollos edzés.

A medical wellness-szel kapcsolatban számos negatívumot és kritikát fogalmaznak meg, amelyek jellemzően két csoportba sorolhatók. A vádak egyik csoportja szerint még mindig nincsenek tudományosan elfogadott és értékelhető koncepciók amelyek megkülönböztetik más wellness programoktól. Az orvosi jelleggel megkísérlik ugyan az eddig használatos wellness fogalom fölé emelni, azonban a komplementer medicina alkalmazásával gyakran orvosilag nem szükséges, illetve kontrolálható területre jutnak, amely terápiák és termékek hatása továbbra sem bizonyítható. A kritikák másik csoportja, hogy ez az irányzat is csak egy lehatárolt klientúrát szólít meg és így nem válik mindenki számára elérhető egészségfejlesztő szolgáltatássá, hanem csak a wellness piac újabb drága terméke lesz (ILLING, K. 2002, HERMES, K. 2005, RUBOVSKY A. 2008, ZSIGMOND E. 2008).

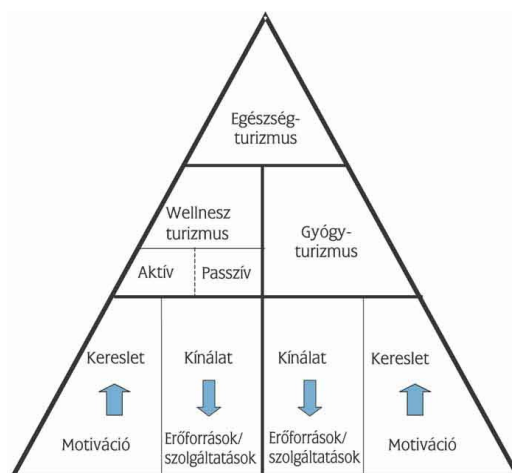
4.3. A wellness-turizmus helye a turizmus rendszerében

A napjaink idegenforgalmi szakirodalmában a wellness-turizmusra vonatkozó konszenzus szerint a bemutatott turisztikai terméktípus a szabadidős turizmus részeként megjelenő egészségturizmus termékcsaládhoz tartozik.

4.3.1. Az egészségturizmus rendszere

Az egészségturizmus fogalma és a hozzá sorolt terméktípusok köre jelentős változáson ment keresztül az utóbbi két évtizedben. Korábban a vizsgált terméktípus termál- és gyógyturizmus néven volt használatos, és az aktív turizmus termékcsalád részét képezte (VAJDA R. – VADAS V. 1990, HEGEDÜS V.-LACZKÓ T. 2007). Vajda Róbert és Vadas Vera (1990) a termál-turizmus definícióját a következőkben foglalták össze: „a termálvíz melletti üdülés a

turizmusnak olyan, a természeti adottságokra épülő formája, amely amellet, hogy önálló program, főként a körutazó és tranzitturizmus, valamint a városlátogató idegenforgalom, a sport és kirándulóturizmus lehetőségét bővítheti, palettáját színesíti”. Terminológiai rendszerükben a gyógy-idegenforgalom a termálturizmus egy szegmensét képezte. A turizmus azon részeként értelmezték, „amely a bel- és külföldi vendég számára gyógyászati ellátást is nyújt, a természeti adottságokat gyógykezelés céljából hasznosítja, illetve a betegség megelőzés és regenerálódás céljából igénybe veszi. Továbbá a turizmus speciális ága, amely magába foglalja az igényelt kórházi, szanatóriumi vagy gyógyüdülőben történő ellátást is.” (VAJDA R. – VADAS V. 1990, HEGEDÜS V. 2006). A termál- és gyógyturizmus besorolása napjainkra megváltozott, ezeket az egészségturizmus fő termékcsalád részeként értelmezik. A jelenlegi hazai értelmezés szerint az egészségturizmus olyan turizmusforma, ahol a turista utazásának legfőbb motivációja egészségi állapotának javítása vagy megőrzése (HEGEDÜS V. –LACZKÓ T. 2007). A különböző hazai szerzők és elméleti kutatóhelyek egymástól némileg eltérően határozzák meg az egészségturizmus termékcsaládhoz tartozó turisztikai termékek körét. Aubert és szerzőtársai szerint (2004) az egészségturizmus a wellness fő termékcsaládon belül, a természeti turizmus és a vízi turizmus mellett az egyik altermékcsaládot jelenti, amely magába foglalja a gyógyturizmus, a termálturizmus és a sportturizmus terméktípusokat. A Budai Zoltán - Székács Orsolya (2001) szerzőpáros az egészségturizmuson belül megkülönböztet gyógyturizmust, wellness, fitness és élményfürdő szolgáltatásokat nyújtó turisztikai területeket. A hazai szakirodalomban legszélesebb körben elfogadott besorolás szerint (2. ábra) a vizsgált termékcsaládon belül két területet különböztetnek meg, a hagyományos gyógyüdüléseket, valamint wellness jellegű utazásokat (KISS K.-TÖRÖK P. 2001, KPMG 2002, RÁTZ T. 2004, LENGYEL I. 2005, HEGEDÜS V.-LACZKÓ T. 2007, KATOR M. 2007).



2. ábra. Az egészségturizmus rendszere

(Forrás: www.itthon.hu)

Mindegyik felosztás esetében nehézséget jelent, hogy az egészségturizmust alkotó szolgáltatások köre sok esetben nem különíthető egyértelműen el a különböző terméktípusok (pl. gyógy- és wellness-turizmus) között, mivel vannak olyan szolgáltatások, amelyek több turisztikai terméktípus kínálatában megjelennek. Éppen ezért az egészségturizmus rendszerének meghatározásakor a keresleti oldalon megjelenő motiváció alapján történő felosztás a leggyakoribb és legelfogadottabb napjaink hazai szakirodalmában (2. ábra).

4.3.2. Gyógyturizmus

A gyógyturizmus tartalmi elemei a korábbi definíciókhoz képest csupán kis mértékben formálódtak át. A gyógyturizmus gyógy-üdülőhelyen, illetve gyógyászati létesítményben való tartózkodás, melynek célja, hogy orvosi gyógymódok alkalmazásával meglévő betegséget gyógyítsanak (RÁTZ T. 2004). A Magyar Turizmus ZRt. (2003) meghatározása szerint a gyógyturizmus: „olyan turizmusforma, ami gyógyászati szolgáltatóhelyen, illetve gyógyüdülőhelyen, általában meghatározott minimális tartózkodási idő mellett rendelkezésre álló szolgáltatások igénybevételét jelenti, jellemzően konkrét betegségek gyógyítása érdekében” (www.itthon.hu). A gyógy-idegenforgalom alapját minden esetben valamilyen (minősített) gyógyvíz³⁴, gyógyhely, gyógyklíma, gyógybarlang, vagy gyógyiszap szolgáltatja, amelyekhez a kínálati oldalról gyógykezelésekkel foglalkozó intézmények társulnak.

Ettől mindenképpen meg kell különböztetni a termálturizmust, amely az adott földrajzi terület évi középhőmérsékleténél magasabb hőfokú vízre alapozott, a turisták igényeinek kielégítését biztosító szolgáltatásokat takar. A termálturizmus esetében a vonzerő a melegvíz, amihez a kínálat oldaláról a kikapcsolódást és a pihenést megcélzó intézményrendszer társul (HEGEDŰS V. 2006).

4.3.3. Wellness-turizmus

A wellness-turizmus állandó lakóhelyen kívüli, ideiglenes tartózkodást jelent, amely során a turista célja, hogy egészségét megőrizze, az optimális egészségi állapot elérje, illetve bármilyen betegség kialakulását megelőzze a testi, lelki és szellemi egyensúly megteremtését biztosító szolgáltatások igénybevételével (RÁTZ T. 2004, ORSZÁGOS EGÉSZSÉGTURIZMUS FEJLESZTÉSI STARTÉGIA³⁵ 2007). A wellness-turizmust a motiváció alapján történő besorolás

³⁴ A gyógyvíz nem csupán fürdözést jelent, hanem gyógyszert helyettesítő egészségügyi szolgáltatást (VAJDA R. – VADAS V. 1990)

³⁵ A továbbiakban OES

szerint aktív és passzív területekre bontják. A sokszor önállóan tekintett fitness turizmust és az egyéb, a szolgáltatóktól igénybevett indoor és outdoor sporttevékenységeket az aktív wellness részeként³⁶, míg az úgynevezett selfness³⁷ turizmust részben a passzív wellness részeként (HORNER, S. – SWARBROOKE, J. 1999), részben a wellness (a lelki egészség- és a személyiségfejlesztést középpontba állító) egyfajta új irányzataként értelmezik (RÁTZ T. 2004, SMITH, M. – PUCZKÓ L. 2008). A motiváció alapú értelmezés mellett a nemzetközi és a hazai szakirodalomban többféle tipológiája is megjelent a wellness-turizmusnak, amelyek közül Smith – Puczkó (2008) besorolása szerint a wellness-turizmus részét képezik a holisztikus³⁸, a pihenés-rekreációs³⁹, és (egyfajta átmenetként a gyógyturizmus területére) a medical wellness⁴⁰ célú utazások.

Nem tisztázott, hogy az egészségturizmus újonnan kibontakozó turisztikai terméke a medical wellness⁴¹, a wellness-turizmus részét képezi-e, vagy az egészségturizmus új önálló terméktípusa, amely a gyógy- és a wellness-turizmus ötvözeteként fogható fel. Ez az egészségturisztikai termék a wellness alapeszméjét kívánja az orvosi professzióval összhangba hozni (OES 2007).

A wellness-turizmus a motivációkban megnyilvánuló különbségek mellett alapvetően eltér a gyógyturizmustól abban is, hogy a vendégek saját elhatározásukból veszik igénybe a különböző szolgáltatásokat, amelyeknél jellemzően nem részesülnek társadalombiztosítási támogatásban.

4.3.4. Spa

A wellness-hez szorosan kapcsolódik a spa fogalma, mint az egészségturizmust kiszolgáló létesítmények összessége, ami nem csupán a hagyományos értelemben vett fürdőket jelöli, hanem olyan létesítményeket, melyek szolgáltatásaikkal nyugtatják, felélénkítik, gyógyítják,

³⁶ Ezeket a tevékenységeket azért tekintik a wellness-hez tartozónak, mert ezek elválaszthatatlanok a wellness koncepciótól és életmódtól, de, amennyiben az utazás fő motivációja valamely sporttevékenység, akkor sportturizmusról beszélnek, mivel ebben az esetben a turista fő célja kevésbé az egészség megőrzése, vagy a prevenció, sokkal inkább egy egyedi sporttevékenység áll az érdeklődése középpontjában (KPMG 2002, RÁTZ T. 2004, OES 2007).

³⁷ A selfness a wellness-hez hasonlóan a testi, érzelmi és lelki kiegyensúlyozottságot tűzi ki célul, amely eléréséhez a hangsúlyt elsősorban a lélekápolásra, a lelki egyensúly megtalálására, és a személyiség megismerésére, erősítésére és fejlesztésére helyezi (HORX, M. 2005).

³⁸ A definíciójuk szerint a holisztikus wellness irányzathoz tartoznak a spirituális, jóga és New Age /ezotérikus utazási motivációk.

³⁹ A pihenés rekreációs célú utazások közé a szépségápolási, a sport/fitness és kényeztetésre irányuló motivációkat sorolják.

⁴⁰ A medical wellness-turizmushoz sorolják a terápiás rekreáció, a munkahelyi egészségfejlesztés és az életmódbeli tevékenységekhez kötött rehabilitáció motivációit.

⁴¹ A wellness koncepciók fejezetben bemutattam a terméktípus definícióját és jellemzőit.

egészségesebbé, kiegyensúlyozottabbá teszik a vendéget. Legfőbb jellemzőjük a wellness állapotának biztosítására való törekvés, fizikai, szellemi és érzelmi szükségletek kielégítésével (KPMG 2002, RÁTZ T. 2004, OES 2007).

A spa fogalmi rendszere ma még nem egységes, tartalmáról egészen eltérő elképzelések és percepciók élnek a világ különböző területein. Európa nagy részén (főként a német nyelvterület országaiban és Közép-Európában) elsősorban a gyógyászati szolgáltatásokat kínáló (termál) fürdővel kapcsolatban használják, Észak-Európában inkább melegvizes élményfürdőt jelent, míg az USA-ban olyan szolgáltatásokat, amelyek fizikai és/vagy mentális felfrissülést nyújtanak, akár termálvíz hiányában is (THORNTON F – BRUTSCHER H. 2001, RÁTZ T. 2004).

5. A wellness mint turisztikai termék

5.1. Nemzetközi tendenciák a wellness-turizmusban

Az egészségturizmus a nemzetközi idegenforgalom növekedő és erősödő területét képezi (AUBERT A. – BERKI M. 2007). A szakértők és a turisztikai szervezetek szerint az egészséges életmód felértékelődése, a világ fejlett társadalmaira jellemző demográfiai átalakulás és az ágazatra jellemző kedvező gazdasági mutatók a turizmus egyik továbbiakban is fejlődő és ígéretes jövő elé néző termékcsoportjává teszik az egészségturizmust (HORX, M. 2001, SHOLZ, J. 2003, GELLAI I. 2004, RÁTZ T. 2004, ABA 2008, ESPA 2006, RUSZINKÓ Á. 2007).

Az elmúlt évtizedben az egészségturizmus nemzetközi keresleti és kínálati viszonyaiban markáns változások, illetve ehhez kapcsolódó új trendek jelentek meg. A kilencvenes években a hagyományosnak tekintett gyógy- és termálturizmus mellett megjelenő wellness-fitness szolgáltatások egyre népszerűbbé váltak világszerte a fogyasztók körében (HORX, M. 2001, KISS K. – TÖRÖK P. 2001, RÁTZ T. 2004, RUSZINKÓ Á. 2005). A szakemberek a wellness-turizmusnak az ismert társadalmi, gazdasági és demográfiai trendek és tényezők alapján (pl. az egészségmegőrzés iránti egyéni felelősségvállalás egyre szélesebb körben való elterjedése, fokozott stresszel járó életmód, a civilizációs betegségek kialakulása, stb.) a gyógyturizmusénál dinamikusabb ütemű növekedést jósolnak (HORX, M. 2001, KISS K.-TÖRÖK P. 2001, ILLING, K. 2002).

A wellness-turizmus jelenben tapasztalható és a jövőben várható bővülését részben támogatják, részben magyarázzák azok a nemzetközi turisztikai piacokon látható, területre jellemző sajátosságok, trendek és folyamatok, amelyeket a továbbiakban röviden bemutatok:

- Az elmúlt években a turisztikai szolgáltatásokkal szemben egyre szélesebb körben fogalmazódott meg a magasabb minőség iránti igény (AUBERT A. - SZABÓ G. 2005). Fokozottan igaz ez a wellness-turizmusra, ahol a minőséggel kapcsolatos elvárások kiterjednek az igénybe vett szolgáltatás minden összetevőjére, a fizikai környezet állapotára, az emberi tényezőkre, illetve a szolgáltatások, kezelések, módszerek hatékonyságára, az ehhez felhasznált eszközök fejlettségére (RÁTZ T. 2004).
- Napjaink turisztikai trendjei között markánsan jelen lévő személyre szabottság iránti igény (LENGYEL M. 2004, AUBERT A. - SZABÓ G. 2005), fokozottan jelen van mind a programok összeállításánál, mind a személyes kapcsolatokban, a wellness-turizmus termékeit fogyasztók körében (RÁTZ T. 2004, ISPA 2005).
- Erősödik a változatosság iránti igény a wellness létesítményekben, ami nemcsak a szolgáltatások körére, hanem a helyiségek kialakítására (a keleti, természetes, vagy modern stílusban berendezett terek) és a konyha kínálatára (a nemzetközi, hazai és a speciális wellness konyha) is vonatkozik (RÁTZ T. 2004, ISPA 2005, 2006, 2007).
- Az egyik legfontosabbnak tűnő trend a wellness-turizmus piacán, hogy a fogyasztók egyre gyakrabban keresik a teljes körű, ún. all inclusive szolgáltatásokat. Egy helyen kívánják igénybe venni a turisztikai alapszolgáltatásokat (a szállást és az étkezést), és a wellness szolgáltatások teljes körét – beleértve az aktív tevékenységeket, pl. outdoor sportok, fitness programok, személyi tréningek, különböző élményfürdők, a passzív tevékenységeket (szépségkezelések, masszázások, relaxációs programok, technikák), illetve egyéb, az egészséges táplálkozáshoz kötődő szolgáltatásokat, életmód tanácsadást, állapotfelmérést, spirituális tanfolyamokat, vagy közösségi programokat (RÁTZ T. 2004, RUSZINKÓ Á. 2005).
- Az elmúlt években, mind világ, mind hazai viszonylatban jól látható a wellness-turizmus közeledése más turisztikai termékekhez. Különösen szoros kapcsolat alakult ki a hivatásturizmus bizonyos típusai (elsősorban a konferenciaturizmus) és a wellness-turizmus között. A szolgáltatók (főként a magas kategóriájú szállodák) felismerték, hogy a konferenciavendégek fogyasztói igényei, motivációi, szocio-demográfiai jellemzői nagyon hasonlóak a wellness szolgáltatásokat igénybevevőkéhez. A két turisztikai szegmens közeledését magyarázza, hogy a wellness programok időben összeegyeztethetők a hivatalos programokkal, és egyben jól kiegészítik azokat, illetve mindkét terület kereslete olyan vonzó jellemzőkkel rendelkezik, mint az átlagnál magasabb fajlagos költség, vagy a kisebb mértékű szezonális. Egyre nagyobb szerepet játszanak a wellness szolgáltatások az incentive turizmusban is. Az eddig említett

tényezőkön kívül ezt a kapcsolatot erősíti a személyre szabott bánásmód, a különleges minőségű szolgáltatások iránti igény, mely a wellness-turizmus mellett az incentive turizmusban is fontos szerepet játszik. Ezek mellett egyre jellemzőbb a wellness szolgáltatások kombinálása egyéb, eddig nem említett turisztikai termékekkel. Ilyenek többek között a golf, a hajóutak, a sí (pl.: Ausztriában), illetve a borturizmus (pl.: az Amerikai Egyesült Államokban). Ez a wellness szolgáltatók mellett a hagyományos szolgáltatásokat nyújtó cégeknek (hajózási társaságoknak, síközpontoknak, golfkluboknak, vagy borászatoknak) is kiváló lehetőséget teremt a kínálat bővítésére, a vendégek körének szélesítésére (RÁTZ T. 2004, RUSZINKÓ Á. 2005, OES 2007, SMITH, M. – PUCZKÓ L. 2008).

- A wellness-turisztikai kínálat területén a meglévők mellett egyre nagyobb hangsúlyt kapnak a különböző, modern technológiával ötvözött tradicionális kezelések; az olyan módszerek, programok, amelyek többféle (például történelmi, spirituális, vagy ökológiai) tényezőt kombinálnak, vagy a fogyasztók szemében egzotikusnak minősülnek (például a különböző keleti fürdő, masszázs, vagy lelki technikák) (RÁTZ T. 2004, ISPA 2005, 2007).
- A wellness-turizmust támogatja, a már említett egészségtudatos életmód terjedésében megnyilvánuló társadalmi szemléletváltozás. Az egészség fontos társadalmi és gazdasági értéké válásának következtében az emberek egyre többet hajlandók tenni egészségük megőrzéséért (SZÁNTÓ ZS. 2006), amelynek eredményeként a wellness- és gyógy szolgáltatások, illetve termékek használata fokozatosan beépülhet a mindennapi életbe. Ennek következtében egyre erősödik a napi wellness szolgáltatók szerepe. Különösen igaz ez az Amerikai Egyesült Államokban és Ázsiában, ahol a wellness kínálat jelentős részét teszik ki az úgynevezett napi spa-k, amelyek elsősorban bevásárlóközpontokban, szépségfarmokon, fitness központokban, stb. működnek (KPMG 2002, RÁTZ T. 2004, ISPA 2006). A napi szolgáltatások mellett széles körben elterjedt (először az észak-amerikai kontinensen, de mára Ázsia bizonyos országaiban és Európában is) az „otthoni spa” és „wellness otthon” termékek és szolgáltatások igénybevétele, amelyek a különböző technikai eszközök, a szépségápolási cikkek, természetes alapú táplálékok és kiegészítők, fürdőszoba kellékek, stb. segítségével - otthoni körülmények között biztosítják a spa-wellness élményt (LACZKÓ T. – RÉBÉK N. Á. 2008).
- A wellness-turizmusban is jellemző, hogy a vendégek egyre gyakrabban maguk szervezik utazásaikat, ami egyéni csomagok fejlesztését és piacra vitelét követeli meg a

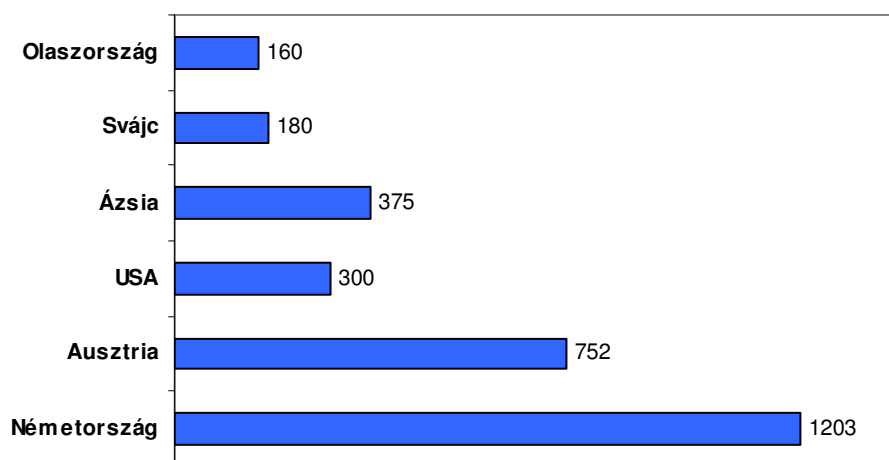
szolgáltatóktól, egyre fontosabbá téve az internet marketingcsatornaként történő használatát (KPMG 2002).

- Az egészségturisztikai utazások és szolgáltatások igénybevételének támogatását nemzetközi viszonyok között vizsgálva elmondható, hogy a társadalombiztosítás által finanszírozott utazások aránya csökken az egészségturizmuson belül, az általában egyénileg fizetett wellness-turizmus részarányának növekedése miatt. Ezzel a trenddel párhuzamosan megfigyelhető egy olyan elképzelés is, hogy a prevenciók tevékenységeket, szolgáltatásokat és termékeket is érdemes finanszíroznia a különböző egészség és társadalombiztosítóknak, hiszen ennek eredményeként a betegségek kialakulásának megelőzésével hosszabb távon költségmegtakarítást lehetne elérni (KISS K. – TÖRÖK P. 2001).
- Az új évezred elején jelent meg a testi, lelki, szellemi felfrissülést és feltöltődést biztosító szolgáltatások egészségmegőrző hatásának egzakt igazolhatósága és orvosi kontrollja iránti igény. Ez az elvárás a wellness szolgáltatások és programok egészség- és orvostudományi kutatásokon alapuló összeállítását feltételezi, amely a medical wellness megjelenését eredményezte (ILLING, K. 2002, HERMES K. 2005, RUBOVSKY A. 2008).
- A nemzetközi wellness-turizmusban kialakultak olyan egyedi márkanevek, amelyek mögött álló turisztikai kínálatban és kritérium rendszerekben tudatosan kapcsolják össze a wellness szolgáltatásokat a helyi természeti, kulturális és gazdasági adottságokkal (mint pl.: Ausztriában az „alpine wellness”, vagy Finnországban a „lake wellness”) (PUCZKÓ L. 2007, ABA 2008, SMITH, M. – PUCZKÓ L. 2008)
- A wellness-turizmus vendégkörét elsősorban a középkorú és fiatal felnőtt, jellemzően házastárssal, családdal, barátokkal vagy partnerrel utazó emberek alkotják. A wellness vendégek körére általában a magasabb fizetőképesség jellemző, kevésbé igénylik a különböző támogatásokat, mint a gyógyturisták (KPMG 2002, KISS K.- TÖRÖK P. 2001).
- Egy évtizeddel ezelőtt a wellness szolgáltatások luxusnak számítottak a szállodai vendégek körében, mára azonban az üzemeltetők felismerték, hogy a magasabb minőségű szállodáknak szükségük van wellness-re, ha meg akarnak felelni a vendégek elvárásainak, és meg kívánják őrizni versenyképességüket. Ezek egy folyamatosan bővülő szolgáltatási kört jelentenek, amelyek bár kisebb megtérüléssel jellemezhetők, mint az általános szállodai szolgáltatások, de az ezekből befolyó bevételek az utóbbi években nagyobb ütemben növekedtek, mint a szállodai bevételek átlaga (MESTER T. 2006).

- A hagyományosnak tekinthető fürdők közül napjainkra többen wellness szolgáltatásokkal kiegészített komplexummokká váltak (például Therme Loipersdorf, vagy Bad Tatzmannsdorf Ausztriában, Fördőház Bad Kreuznach, Németországban, stb.). Ezek kínálata már sokkal komplexebb és sokrétűbb (szauna, sport, relaxációs és szépségreszlegekkel is bővítenek) amely már alig hasonlítható a csak vízhez kötődő szolgáltatásokkal rendelkező uszodák, fürdők és strandok kínálatához (KPMG 2002, SMITH, M. – PUCZKÓ L. 2008).

5.2. A nemzetközi wellness-turizmus regionális jellemzői

A nemzetközi wellness-turizmus területi jellemzőinek áttekintésekor el kell mondani, hogy a különböző földrészek és államok wellness piacainak méretét és egyéb jellemzőit összehasonlítani sok nehézségbe ütközik. A korábbi fejezetben már bemutatott terminológiai különbségek, az országonként egészen eltérő mérési módszerek és adatszolgáltatási hajlandóság miatt a kapott információk nehezen egységesíthetők és hasonlíthatók össze. Sajnos még a nagy szakmai szövetségek – mint az ESPA, ISPA – esetében sem működnek egységes mérési rendszerek, különösen nem a wellness-re vonatkozó adatok tekintetében. Sok esetben nehéz az egészségturizmust külön wellness és gyógyturizmusként értelmezni, mivel sem a szolgáltatók profiljánál sem a vonatkozó adatoknál nem különülnek el egymástól ezek a turisztikai kategóriák, illetve a földrészenként eltérő tartalmú spa kategóriát mutatják be, amely nem minden esetben azonosítható a wellness-szel. Ezért a továbbiakban földrészenként bemutatott jellemzés, egy általános képet kíván és tud nyújtani a vizsgált wellness-turisztikai piacról.



3. ábra Spa szállodák száma a világban, 2006 (db.)
 Forrás: Relax Guide 2006 www.relax-guide.com

Az ISPA becslése szerint 2007-ben világszerte mintegy 100 millió turista vett részt wellness-spa utazáson. Napjainkban a legjelentősebb wellness kínálattal és forgalommal rendelkező országok elsősorban Európában, Észak-Amerikában, illetve Dél-kelet Ázsiában találhatók, ahol a nyújtott szolgáltatások jellegében, az igénybevétel társadalmi bázisában és alapeszméiben még számottevő különbségek tapasztalhatók (RÁTZ T. 2004, RUSZINKÓ A. 2005, ABA 2008, SMITH, M. – PUCZKÓ L. 2008) (3. ábra).

5.2.1. Európa

Az európai államokat a gyógy és wellness-turizmus iránt megjelenő kereslet és kínálat nagysága és összetétele alapján Kiss Kornélia és Török Péter (2001) négy csoportba sorolta. Az elsőbe tartoznak az egészségturizmusban hagyományosan résztvevő német anyanyelvű országok, a másodikba az ebben a turisztikai termékcsaládban rejlő lehetőségeket felismerő mediterrán államok, a harmadikban Nyugat- és Észak-Európa egyéb államai, amelyek inkább, potenciális kereslettel jelennek meg, míg a negyedikbe hazánk és közvetlen versenytársai tartoznak.

A német anyanyelvű országok (Németország, Svájc és Ausztria) Európa legegészség-tudatosabb államai közé tartoznak (EUROPE HEALTH 2006), ahol jelentős hagyományai vannak, mind a fürdőkultúrának, mind a gyógyturizmus igénybevételének. Ezek az országok rendelkeznek a világ legjelentősebb egészségturisztikai kínálatával, illetve jelentik a legfontosabb küldőországokat (főként a német turisták) Európa és hazánk egészségturisztikai szolgáltatói számára (MÜLLER, H. – KAUFMANN, E. 1998, NAHRSTEDT W. 2001, ESPA 2006). Az egészségturizmus Németországban a kiemelt turisztikai termékek közé tartozik (F.U.R. 2007). A világ legnagyobb piacának nagyságát mutatja, hogy 2006-ban a Német Fürdőszövetség adatai alapján 18,06 millió vendég, csaknem 100 millió (97,74) vendégéjszakát töltött egészségturisztikai szolgáltatóknál. 2006-ban Németország volt a világ legtöbb spa szállodájával (wellness és gyógy) rendelkező ország, több mint 1200 ilyen profilú egységgel. A nemzetközi viszonyokhoz hasonlóan az utóbbi évtizedben a német egészségturisztikai kínálatban is markánsan megjelent a wellness. Brittner-Widmann tanulmánya szerint 2006-ban Németországban 350 wellness orientációjú településen 497 wellness kritériumoknak megfelelő szálloda működött. Ezek 60%-a a tradicionális egészségturisztikai helyekhez, a másik része nagyvárosokhoz (pl.: Berlin 14, Hamburg 8, Köln 4 wellness szállodával) és azok agglomerációjához, illetve egyéb kiemelt turisztikai attrakciókkal rendelkező területekhez (pl.: Szász Svájc, Elbai Homokköhegység) kötődött. A

klasszikus német gyógyhelyek (gyógyfürdők, klimatikus-, tengeri- és Kneipp gyógyhelyek) wellness irányú nyitottságát jelzi, hogy ezeknek a településeknek több, mint két harmadánál található wellness szálloda. A német szolgáltatókról elmondható, hogy döntően belföldi vendégek látogatják, a külföldi vendégek aránya tartósan alacsony volt az elmúlt években (F.U.R. 2007). A német lakosság körében végzett vizsgálatok eredményeként megállapítható, hogy 2007-ben az utazások több mint kétharmadának (69%-a) volt kikapcsolódás/wellness és 45%-nak medical wellness motivációja. Ebben az évben nyolc és fél millió embernél több vett részt wellness/beauty utazásban, ami kétszerese a 2002-ben ilyen céllal utazók számának (F.U.R. 2007, OES 2007). A német wellness üzletág bevételeit több gazdaságkutató intézet becsli, ezek közül az amerikai piackutató Global Insight adatai szerint 2005-ben a német lakosság 72,9 milliárd eurót költött wellness szolgáltatásokra és termékekre, amely összeg 1999-hez képest 18,6 milliárd euróval emelkedett (NAHRSTEDT, W. 2005). A német wellness-turisztikai szolgáltatások magas színvonalának és hitelességének megőrzése érdekében számos minőségi és termék védjegyet vezettek be (pl. Prävention im Kurort, WellVital Bajorországban, Wellness Stars Baden Württembergben), amelyek közül több, már Németországon kívül is bevezetésre került (pl. öt szálloda vette fel a Medical Wellness szálloda védjegyet már hazánkban is).

Ausztria az elkövetkező években, évtizedben Európa első számú egészség-turisztikai célpontjává kíván válni (ABA 2008). Az elsősorban az Alpokhoz kötődő tömegturizmus negatív hatásainak és kedvezőtlen trendjeinek ellensúlyozására kialakított célt aktív kormányzati támogatással és széleskörű iparági összefogással (pl. olyan egészség-turisztikai klaszterek és nemzeti stratégiák létrehozásával, mint a „Best Health Austria”, a „Wellbeing Cluster Niederösterreich”, vagy az „Alpine Wellness International”), valamint államilag koordinált marketingtevékenységgel kívánják elérni (KPMG 2006). Napjainkban az osztrák egészség-turisztikai kínálatot dinamikus bővülés jellemzi, amit a szolgáltatók számának évről évre tapasztalható növekedése jól mutat (1. táblázat). 2008-ban a 822 spa szálloda mellett, 28 gyógy- és élményfürdő, valamint közel 200 magánklinika és rehabilitációs központ működött, amelyekben 11 millió wellness- és gyógyturistát regisztráltak (ABA 2008).

1. táblázat. A spa hotelek számának alakulása Ausztriában 1996-2008 (db.)

Évek	1996/97	1999/2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Spa hotelek	88	318	396	436	536	612	689	752	799	822

Forrás: Relax Guide 2008 www.relax-guide.com

Ausztria a 2007-ben üzemelő több mint 550 wellness szállodájával a világ egyik legjelentősebb wellness-turisztikai kínálatával rendelkezik (MINTEL INTERNATIONAL GROUP LTD. 2004, ABA 2008). Az Alpok egyedülálló természeti, kulturális és gazdasági adottságait kihasználó turisztikai klaszter és minősítési rendszer az „Alpin Wellness” garantálja a turistáknak a kínálat magas színvonalát és egyediségét. Széleskörű és magas színvonalú wellness kínálat jellemző a keleti és déli tartományok (Burgerland, Steiermark, Kärnten) sikeresen pozícionált gyógy- és élményfürdőire is (pl.: Lutzmannsburg, Tatzmannsdorf, Blumau) (KPMG 2002, BÄSSLER 2006, ABA 2008). Az Osztrák Statisztikai Hivatal által 2005-ben felvett mikrocenzus eredményei alapján a lakosság több mint fele (51%) érdeklődik wellness üdülés iránt, és 12%-a vett részt ilyen üdülésen a megkérdezést megelőző évben. Az osztrákok elsősorban hazai célpontokat választanak (wellness esetében gyakran a kisebb, külföldiek számára kevésbé ismert fürdőket, szolgáltatókat) ilyen típusú utazásaikhoz. Az osztrák wellness-turizmus külföldi vendégkörének 40%-a Németországból érkezett 2005-ben.

Hasonlóan Németországhoz és Ausztriához, Svájc egészségturizmusán belül is markánsan megjelent a wellness kínálat, amely magas minőségét szigorú kritériumrendszer és védjegyek segítségével biztosítják. 2008-ban 75 minősített wellness szálloda működött Svájcban, amelyek közül a leggyakrabban (56 hotel) az egyedülálló természeti környezetet kihasználó aktív wellness profilú szállodák jelentek meg. Ezek mellett nagyobb számban található wellness szállodák a nagyvárosokban (10 hotel), valamint az Alpin Wellness klaszter tagjaként az Alpokban. Legtöbb szálloda Graubünden és Bernese Oberland idegenforgalmi régiókban található, ahol az Alpok természeti és kulturális értékei mellett, termál- és ásványvízforrásokra épülő wellness szolgáltatásokat nyújtanak. A svájci wellness-turizmus fejlesztése érdekében 2000-ben „Wellfeeling Schweiz” néven a svájci turisztikai szervezet, a szállodaszövetség és az egészségturisztikai szolgáltatók (gyógy- és wellness szállodák, illetve fürdők) klasztert hoztak létre, amelynek keretében minőségi és ellenőrzési rendszert, illetve közös marketingstratégiát és megjelenést dolgoztak ki (KAUFMANN, L. 2002, SCHWEIZ TOURISMUS 2008).

Az Európai Unió mediterrán országai a világ legkedveltebb turisztikai célpontjai közé tartoznak (KISS K. – TÖRÖK P. 2001, LENGYEL M. 2004). Bár ezen országok jelentős egészségturisztikai erőforrásokkal (pl. gyógy-, termálforrásokkal főként Francia-, Olasz- és Törökországban) és tradíciókkal (pl. török-, római- vagy arab fürdőkultúra) rendelkeznek, a tömegesen ide látogató turisták elsősorban a tengerparti üdülőhelyekre érkeznek. Az elmúlt évtizedben a tömegetturizmus negatív hatásainak köszönhetően ezekben az országokban is jelentős erőfeszítéseket tettek a wellness-turizmus fejlesztésére. A már meglévő

egészségturisztikai kínálat bővítésében kiemelten fontos szerepet tölt be a thalasso terápia (elsősorban Francia- és Görögországban) és a wellness szolgáltatások (főként Olaszországra jellemző) fejlesztése. Ennek köszönhetően napjainkban Olaszországban és Franciaországban a világ egyik legmagasabb színvonalú wellness kínálata áll az ide látogatók rendelkezésére, amelyek egyediségét biztosítja a wellness szolgáltatások összekapcsolása a kulturális és gasztronómiai adottságokkal (pl. Olaszországban 200 desztinációnál jelenik meg a wellness és a kultúra kombinációja mint elsődleges vonzerő). A régió több országa rendelkezik számottevő kínálattal a holisztikus wellness területén is (pl. Skyros Görögországban, vagy Cortijo Romero Spanyolországban) (KISS K. – TÖRÖK P. 2001, ESPA 2006, RUSZINKÓ A. 2007, SMITH, M. – PUCZKÓ L. 2008).

Nyugat- és Észak-Európa egyéb államaiban a meglévő tradicionális fürdők (pl. Bath-Aquae Sulis Nagy Britanniában, Spa Belgiumban) ellenére nem alakult ki olyan kultúrája a gyógy és termálfürdőzésnek, mint a német nyelvterület államaiban, vagy hazánkban. Az országoknak ebbe a csoportjába tartozó skandináv és Benelux államokban, illetve Nagy-Britanniában Európa más területeihez képest ritkábban fordulnak elő olyan, az egészségturizmus alapját képező tényezők és erőforrások, mint a gyógy- vagy termálforrások (kivéve Izland), amelyek gyógyító hatásában kevésbé bíznak, mint a kontinens más országaiban. Az emberek inkább az egészséges életmóddal és egészségmegőrzéssel összekapcsolható turisztikai formák így főként wellness szolgáltatások iránt érdeklődnek fokozottan, amelyek igénybevétele kedvéért külföldre is szívesen utaznak. A skandináv országokban a wellness-turizmus a szauna-, relaxáció-, a fitness- és a masszázs tradíciókon alapul, amelyhez olyan turizmus számára kihasználható tényezők párosulnak, mint az egyedi természeti adottságok (klíma, tiszta levegő), vagy táplálkozási szokások (pl. a halban gazdag étrend). Finnországban már sikeresen működik az a „Lake Wellness”-nek nevezett koncepció, mely a helyi természeti (pl. a tavak és erdők télen és nyáron kihasználható vonzerejét) és gazdasági adottságokat, illetve kulturális vonzerőket fűzi egy turisztikai terméké. Izlandon ezzel szemben a wellness kínálat is elsősorban a vulkáni és utóvulkáni működésnek köszönhető melegvízen alapul (pl. Blue Lagoon), amelyhez egy széleskörű fürdőkultúra kapcsolódik (2007-ben egy átlagos reykjaviki lakos évente 15-ször volt termálfürdőben). Nagy Britanniában és Hollandiában Európa legjelentősebb turisztikai forgalma bonyolódik holisztikus wellness motivációval. Ezekben az országokban a folyamatosan bővülő állandó kínálat mellett évente több fesztivál és rendezvény vonzza a látogatókat. A bővülő wellness motivációjú belföldi turizmus mellett, a skandináv államok, Belgium, Hollandia és Nagy-

Britannia az európai wellness-turizmus fontos küldőországainak számítanak (Kiss K. – TÖRÖK P. 2001, RUSZINKÓ A. 2005, OES 2007, SMITH M – PUCZKÓ L. 2008).

Európa egészségügyi turisztikai piacán hazánk közvetlen versenytársait Szlovénia és Csehország jelentik, amelyek mellett erősödő konkurenciaként jelenik meg Románia és Bulgária. A szlovén és cseh egészségügyi turizmusra a jelentős wellness-turisztikai beruházások ellenére hazánkhoz hasonlóan főként gyógyturisztikai profil jellemző, amelyhez rendelkeznek jó adottságokkal, általában magas színvonalú létesítményekkel és (orvosi) szolgáltatásokkal, tradicionális fürdőkultúrával valamint a nyugatinál alacsonyabb árakkal. Mindkét országban jelentős a belföldi érdeklődés (amely részben államilag támogatott) és a külföldi vendégek száma is (MAG 2000, KISS K. – TÖRÖK P. 2001, KPMG 2002).

Csehország a gazdag egészségügyi turisztikai kínálatán belül elsősorban a gyógyturizmusra koncentrál, ahol érvényesíteni tudja évszázados hagyományait és szakértelmét. A gyógy- és wellness szolgáltatások, illetve az ehhez kapcsolódó szálláshely kínálat (37 egészségügyi turisztikai profilú helyiség található az országban 2008-ban) földrajzilag koncentráltan, az ország legnyugatibb tartományába, Nyugat-Bohémiaiba összpontosul. A cseh egészségügyi turizmus versenyképességének megőrzése érdekében az elmúlt években komoly erőfeszítéseket tettek a fürdők infrastruktúrájának javítására és a jó minőségű szálláshelyek számának növelésére (főként a hagyományos fürdőhelyeken, mint Mariánske Lázně, vagy Karlovy Vary), amelyek szinte kivétel nélkül wellness szolgáltatásokat is nyújtanak. (KISS K. – TÖRÖK P. 2001, MAGYAR TURIZMUS ZRT. 2007)

A szlovén turizmuson belül az egészségügyi turizmus egyre jelentősebb volumennel szerepel. Ezt tükrözik a Szlovén Statisztikai Hivatal adatai, melyek szerint 2006-ban a hazai vendégek 39%-a, a külföldi turisták esetében pedig csaknem minden második vendégéjszaka (47,7%) egészségügyi turisztikai helyszínen és szolgáltatónál realizálódott. Ezek a szolgáltatók az elmúlt két évben már több vendéget fogadtak, mint a tengerparti szálláshelyek, így az egészségügyi turizmus a hegyi üdülés után a második legkedveltebb termék lett a szlovén turisztikai kínálatban. A wellness-turizmus fiatal területe a szlovén egészségügyi turizmusnak. 2007-ben 47 wellness szolgáltató működött (ebből 19 wellness szálloda), amelyek főként a gyógy és termálfürdők, illetve a klimatikus gyógyhelyek településein jöttek létre. Az utóbbi években a nagyvárosokban és a turistaközpontokban (mint pl.: Portoroz, vagy Bled) is megjelentek a wellness hotelek és szolgáltatók (www.slovenia.info 2007).

Románia és Bulgária a wellness-turizmus fejlesztéséhez kiváló természeti adottságokkal (termál és gyógyforrások, klimatikus gyógyhelyek és egyéb természetes

gyógytényező) rendelkezik, amit a turisztikai és általános infrastruktúra hiányosságai miatt sok esetben nagyon kevésbé tudnak kihasználni (SMITH, M. – PUCZKÓ L. 2008).

5.2.2. Észak-Amerika

Az Észak-Amerikai kontinens wellness-turizmusának (ami ezekben az országokban főként az ún. spa szektort jelenti) vizsgálatokor figyelembe kell venni, hogy jelentős különbségek vannak a „spa” fogalom európai, illetve észak-amerikai értelmezésében. Az észak-amerikai értelmezés szerint olyan, az egészséges fogyasztóra épülő létesítményt takar, ahol a szolgáltatások fő célja az igénybevevők testi, lelki, szellemi jólétének és egyensúlyának a legkülönbébb eszközökkel (pl. meditáció, szépségkezelés, jóga, sporttevékenység, megfelelő táplálkozás) való megteremtése (RÁTZ T. 2004).

A '90-es évektől a spa-szektorra gyors bővülés volt jellemző az észak-amerikai kontinensen. Az ISPA 2006. évi jelentése alapján a spa-ipar mérete megsokszorozódott az elmúlt 15 év alatt, amit jól mutat, hogy az 1990-ben működő 1331 spa szolgáltatóhoz képest 2006-ban már 13 757 ilyen egység működött az Amerikai Egyesült Államokban. A 2. táblázatban látható, hogy az utóbbi években további bővülés volt jellemző a spa szektor kínálati és keresleti viszonyaiban egyaránt. Ennek a fejlődésnek magyarázataként elsősorban az átalakuló fogyasztói igényeket, a befektetői és terméktrendek változását, valamint az USA-ban erre az időszakra jellemző általános gazdasági expanziót említik (ISPA 2006)

2. táblázat. Az USA spa iparának forgalmi mutatói

	2003	2005	Átlagos éves növekedés (%)
Bevétel (milliárd USD)	7,0	9,7	19,3%
Látogatások száma (millió db.)	109,0	131,0	10,0%
	2004. április	2006. augusztus	Átlagos éves növekedés (%)
Spa-k száma (db.)	10 128	13 757	17,9%
Összes alkalmazott (fő)	215 200	267 400	12,1%

Forrás: ISPA 2006 Spa Industry Update www.experienceispa.com

Az USA spa kínálatának különböző típusú szolgáltatói közül a legelterjedtebbek a day spa-k⁴² (a spa-k mintegy 80%-át adják), az üdülőhelyi spa-k⁴³ (9%), valamint a gyógyászati spa-k⁴⁴

⁴² Az ISPA és a Spafinder magazin tipizálása szerint a day spa olyan szépség-, fitness- és wellness programokat kínáló létesítmény, ahol nincs lehetőség szállás igénybevételére; a kezeléseket időtartama egy órától egy napig terjedhet (RÁTZ T. 2004).

⁴³ Spa üdülőhely (resort spa) a civilizációtól rendszerint távol, gyönyörű természeti környezetben található, all inclusive ellátást kínáló üdülőhely, amely wellness szolgáltatások és programok széles körét nyújtja vendégei számára (RÁTZ T. 2004).

(ISPA 2006), amelyhez hasonlóan a fiatal spa szektorral rendelkező Kanadában (kb. 2100 működő spa-val) is a szolgáltatók háromnegyede a day spa kategóriába tartozik (ISPA 2005). A táblázatban látható összes bevétel emelkedésből való részesedést tekintve, 2004-2006 között a legtekintélyesebb növekedést a day spa-k könyvelhették el: bevételük összességében 4,713 milliárd USD-ről 6,794 milliárd USD-ra nőtt. Szintén jelentős a gyógy spa-k bevételekből való részesedésének növekedése: a 2004-ben tapasztalható 136 millió USD-hoz képest 2006-ra megháromszorozták bevételüket (ami 469 millió USD-t jelentett).

Az ISPA 2006-ban végzett USA-ra és Kanadára kiterjedő felmérése szerint a lakosság körülbelül egynegyede legalább egyszer volt spa-ban az elmúlt esztendőben; ennél többször mintegy 15%-uk. A spa-ba látogatók fő motivációja elsősorban a stressz enyhítése, csökkentése, az izmok ellazítása, illetve jobb közérzet elérése. Míg a férfiak gyakrabban említettek fizikai betegséget a spa-látogatás motivációjaként, a nők elsődleges célja, hogy megjelenésükön javítsanak.

5.2.3. Dél-Kelet Ázsia

Dél-Kelet Ázsiában az idegenforgalmi szektor dinamikusan fejlődik, és az utóbbi évtizedben az egyik legfontosabb gazdasági ágazattá vált (MINTEL INTERNATIONAL GROUP 2004, RÁTZ T. 2004, ABA 2008). A régió országaiban többnyire rendelkezésre álló erőforrásoknak és tradícióknak (pl. japán és koreai fürdőkultúra, vagy thai masszázstechnikák, stb.) köszönhetően az wellness-turizmus egyre jelentősebb szerepet játszik a turisztikai kínálatban. A kereslet növekedése több tényezőnek is köszönhető: egyrészt a külföldi turisták wellness iránt fokozódó érdeklődésének, másrészt a hazai középosztály anyagi megerősödésének, illetve a holisztikus egészségmegőrzési szemléletnek (RÁTZ T. 2004).

Dél-Kelet-Ázsiában főként a 90-es évek közepétől nagyon gyors ütemben növekedett a spa-k száma (MINTEL INTERNATIONAL GROUP 2004), amelynek köszönhetően régió szerte épültek és napjainkban is épülnek wellness szállodák és day spa-k. Legnagyobb számban Japánban, Balin, Maldív szigeteken, Thaiföldön (Phuket szigetén), Indonéziában és Szingapúrban épültek wellness szolgáltatók, de még a turisták által ritkábban látogatott országokban is mint Laosz, Kambodzsa, vagy Vietnámban is jelentős kínálat található (SMITH, M. – PUCZKÓ L. 2008). A régió wellness-turisztikai központjai közé tartozik Japán, ahol a világ egyik legnagyobb termálvíz készlete található, amelyhez a társadalomban széles körben elterjedt fürdőkultúra kapcsolódik (évente átlagosan a japán lakosság 60%-a látogat el

⁴⁴ A gyógyászati spa (medical spa) hagyományos és kiegészítő gyógy- és egészségmegőrző kezeléseket, valamint egyéb spa szolgáltatásokat kínáló létesítmény, amely egészségügyi intézményeket is magában foglalhat

legalább egyszer fürdőbe). A The TravelWeekly szerint 2007-ben Szingapúr volt a világ legjobb gyógy és wellness-turisztikai desztinációja.

Az ázsiai wellness-turizmus forgalma várhatóan a jövőben is dinamikusan növekedik (becslések szerint 30-60%-al a következő öt évben), amelynek köszönhetően a legjelentősebb bővülést produkáló termékké válhat mind a turizmus, mind a szolgáltatások területén (SMITH, M. – PUCZKÓ L. 2008). A dél-kelet-ázsiai egészségturizmus fejlődésében az európai és az amerikai trendek is fontos szerepet játszanak, amely mellett nem ritka az európai és amerikai egészségturisztikai szolgáltatókkal való együttműködés sem (CADOUIN, M. E. 2000, KANLIAN, S. 2000). A mennyiségi növekedésen túl minőségi változások is megfigyelhetők a szektorban: a hagyományos szépségszalonok gyakran alakulnak át day spa-kká, egyre több szálloda és üdülőfalu bővíti kínálatát spa-szolgáltatásokkal, egyre nagyobb az igény a kifinomultabb, illetve az otthoni spa-élményt nyújtó termékek iránt (RÁTZ T. 2004, ISPA 2006).

A wellness-turisztikai szolgáltatások a világ szinte minden területén megjelentek napjainkra, így bár a bemutatott földrészek és régiók jelentik a nemzetközi wellness-turizmus központjait, koncepcionális és szolgáltatási mintáit, illetve irányadó területeit, a világ többi részén is elindult a turisztikai termék fejlődése. Ezek forgalmi volumenében még messze elmaradnak a három régió wellness-turizmusától, de a standardizált szolgáltatások összekapcsolása a helyi sajátosságokkal a fejlődés reményét és esélyét nyújtja számos, eddig be nem mutatott ország számára.

5.2.4. Közel-Kelet és Afrika

A közel-keleti és az észak-afrikai országok a tömegturizmus mellett napjainkra egyre nagyobb figyelmet fordítanak a wellness-turizmus fejlesztésére, amelynek eredményeként az elmúlt években nagy számban épültek (sok esetben fényűző színvonalon) wellness szállodák, Észak-Afrika és a Perzsa-öböl államaiban. A jelentősebb wellness-turisztikai forgalommal rendelkező országok, mint az Egyesült Arab Emírátságok, Omán, Marokkó, Egyiptom, Izrael és Tunézia wellness kínálatában egyedi vonzerőként jelennek meg a helyi építészeti sajátosságok és a földrajzi adottságok (pl. sivatag, az európainál melegebb vizű tengerek). A régió wellness-turisztikai központja a Holt-tenger vidéke (Izrael és Jordánia), amelyet a világ legnagyobb „naturál spa”-jaként írnak le. A Holt-tenger egyedülálló gyógyító hatása, sajátos földrajzi (pl. átlagosnál magasabb légnyomás, pollentiszta levegő, meleg vizes és ásványvizes források, stb.) és kulturális viszonyai mind a gyógy, mind a wellness-turizmus számára nemzetközi vonzerőt jelentenek, amelynek köszönhetően több wellness szálloda (pl. Zara Spa

Dead Sea Jordániában, vagy a Spa Club Hotel Dead Sea Izraelben) is épült mindkét ország területén (SMITH, M. – PUCZKÓ L. 2008).

A spirituális és a jóga turizmus (amelyet a holisztikus wellness-turizmus részének tekintenek) kedvelt célpontjai a régió sivataggal rendelkező országai, mint Marokkó (Essaouria, Merzouga), Egyiptom (Dahab), vagy Tunézia (SMITH, M. 2003).

Észak-Afrikán kívül, csak a Dél-Afrikai Köztársaságban, Kenyában és néhány szigeten (Seychelles, Mauritius) található jelentősebb wellness-turisztikai kínálat a kontinensen. Ezekben az országokban is nagy hangsúlyt fektetnek a wellness-turizmus jól azonosítható, az adott helyre jellemző sajátos arculatának kialakítására, amely elsősorban a helyi természeti (pl. őserdő, gyógynövények, stb.) és kulturális (törzsi gyógyító technikák, rituális szertartással összekötött masszázs programok, szafari, stb.) adottságoknak a beépítését jelenti a wellness programokba. Ennek köszönhetően olyan egyedi szolgáltatásokat tartalmazó márkanéveket kívánnak széles körben ismertté tenni, mint „wildfitness” (vadonfitness) Kenyában, vagy „bush spa” (bozót spa) a Dél-Afrikai Köztársaságban (SMITH, M. – PUCZKÓ L. 2008, WILDFITNESS 2008).

5.2.5. Ausztrália, Dél- és Közép Amerika

Ausztráliában a wellness-turizmus az észak-amerikai spa szektorhoz hasonlóan alakult ki, amelyben elsősorban a kis és közepes méretű vállalkozások dominálnak. A 2006-ban működő 503 spa legnagyobb részét a day spa-k tették ki, amelyek mellett jelentős számban működtek még desztináció- (szállodák) és resort spa-k. A wellness-spa szolgáltatások iránti igény növekedését mutatja, hogy a spa-k száma 2002 évhez képest 30%-kal növekedett 2006-ra. A legjelentősebb wellness-turizmussal rendelkező szövetségi állam Victoria (a leglátogatottabb wellness helyszínek ötödével), amelyet Queensland és New South Wales követ. A leglátogatottabb wellness-turisztikai helyszínek (pl. Daylesford - Hepburn Springs, Byron Bay) főként természeti erőforrásokhoz (pl. gyógy és termálfvízforrások, óceán) kapcsolódva alakultak ki (AUSPA 2007).

Új Zéland wellness-turizmusának kínálatát hasonlóan az ausztrál viszonyokhoz főként day spa-k és desztináció spa-k jelentik, amelyekben igénybe vehető szolgáltatások elsősorban a természetes gyógy-, termál- és ásványvízforrásokhoz kötődnek. Ezek mellett egyedi vonzerőt képviselnek, a még aktív geotermikus terület, vulkáni és utóvulkáni jelenségeihez kötődő wellness szolgáltatások („Wai Ora Lakeside Spa Resort” Rotorua) (AUSPA 2007, NEW ZEALAND TOURISM 2008, SMITH, M. – PUCZKÓ L. 2008).

Dél- és Közép Amerika wellness-turizmusának két legkedveltebb turisztikai terméke a főként kültéri aktív tevékenységeken (kerékpár, kajak, szikla- és hegymászás) alapuló „kaland spa” és a biodiverzitást kihasználó „öko spa”. Ezek mellett főként Brazíliában, Argentínában és Bolíviában fontos utazási motiváció a szépségápolási beavatkozások és kezelések igénybevétele. Az egyenlőre szűk wellness piaccal rendelkező karib szigetek országai, a dél- és közép amerikai államoknál várhatóan gyorsabb wellness-turisztikai bővülés előtt állnak, főként a nyelvi előnyökre az egyedi vonzerőt képviselő táji és klimatikus viszonyokra alapozva (PASCARELLA 2008, SMITH, M. – PUCZKÓ L. 2008).

5.3. Az egészségturizmus Magyarországon

A hazai turizmus és egyben az egész magyar gazdaság egyik fejlődést és pozitív eredményt felmutató ágazata az egészségturizmus, amely a turisztikai és gazdasági szakértők véleménye szerint további tartalékokkal és fejlődési potenciállal rendelkezik (GELLAI I. 2004, OES 2007, RUSZINKÓ A. 2007, KÖTELES L. 2008). Az egészségturizmus magyar turizmusban betöltött szerepét mutatja, hogy a KSH adatai szerint 2007-ben a hazai kereskedelmi szálláshelyeken regisztrált minden ötödik (20,77%), a szállodákban minden negyedik vendégéjszakát (29,52%) gyógy (19,3%)- és wellness szállodákban (10,2%) töltötték a vendégek.

Hazánkban több mint 200 olyan település van, amelynek turisztikai kínálatában meghatározó súllyal jelennek meg a gyógy- és/vagy wellness szolgáltatások, illetve termékek. Vendégkörük nagysága és kiterjedtsége alapján vannak közöttük nemzetközi, regionális és helyi egészségturisztikai vonzerővel jellemezhető települések (LACZKÓ T. – RÉBÉK N. Á. 2008). A nemzetközi jelentőségű gyógy- és/vagy wellness szolgáltatókkal rendelkező települések turisztikai jelentőségét mutatja a leglátogatottabb magyar városok 2007. évi rangsorában betöltött helyük. A belföldiek által leggyakrabban látogatott városok rangsorában előkelő helyen találhatók leghíresebb fürdővárosaink: Hajdúszoboszló, Hévíz, Zalakaros, valamint Bük. Ezek a települések vendégforgalmuk jelentős növekedésének köszönhetően az előző évekhez képest javítottak pozíciójukon (2005-ben Hajdúszoboszló 3., Zalakaros 10, Bük pedig nem szerepelt a hasonló rangsorban.). A 2005. évhez képest számottevő belföldi forgalombővüléssel jellemezhető városok közül Siófok (+ 68 ezer éj) és Eger (+17 ezer) egyéb vonzó tényezők mellett jelentős, napjainkban is bővülő egészségturisztikai kínálatral rendelkeznek (3. táblázat).

A külföldieknek a magyar gyógyhelyek és szolgáltatók iránti fokozott érdeklődését mutatja, hogy öt, híres gyógyfürdővel rendelkező vidéki város (Hévíz, Bük, Hajdúszoboszló,

Zalakaros, Sárvár) is a leglátogatottabb tíz település között volt 2007-ben. A hazai kereskedelmi szálláshelyeken regisztrált összes vendégforgalmat vizsgálva elmondható, hogy a vendégek által legkedveltebb tíz magyar város mindegyike rendelkezik számottevő gyógy- és/vagy wellness szolgáltatásokat kínáló fürdővel, vagy szállodával (3. táblázat).

3. táblázat. A leglátogatottabb magyar városok 2007-ben
(vendégéjszakák száma, ezer fő)

	Belföldi	Külföldi	Összesen
1	Budapest (894)	Budapest (5 266)	Budapest (6 161)
2	Hajdúszoboszló (539)	Hévíz (582)	Hévíz (936)
3	Siófok (371)	Bük (346)	Hajdúszoboszló (849)
4	Hévíz (354)	Hajdúszoboszló (310)	Siófok (673)
5	Sopron (329)	Siófok (302)	Bük (555)
6	Debrecen (277)	Balatonfüred (275)	Balatonfüred (476)
7	Zalakaros (267)	Zalakaros (124)	Sopron (393)
8	Eger (233)	Győr (120)	Zalakaros (391)
9	Bük (210)	Debrecen (105)	Debrecen (382)
10	Balatonfüred (202)	Sárvár (98)	Eger (316)

Forrás: KSH 2008

A gyógy- és wellness-turizmus makrogazdasági jelentőségét és hatékonyságát mutatja, hogy a vendégek által elköltött minden 100 Ft 167 Ft pótlólagos termelést indukál, illetve minden, az adott ágazatban létrejött 100 munkahely további 214 új munkahelyet teremt (KOCZISZKY GY. 2004). 2001-2006 között az országos egészségturisztikai beruházások multiplikátor hatásának értékét a tovaggyűrűző hatásokat is figyelembe véve 270 milliárd forintra becsülték. A 2001-2003 között az ágazatnak a Széchenyi Terv keretében eljuttatott 30,9 milliárd forint állami támogatás, 2006-ig 17 milliárd forinttal növelte a fejlesztett helyszínek éves árbevételét, 5267 új munkahelyet teremtett, illetve 176,6 milliárd forinttal járult hozzá a GDP növekedéséhez (MUNDRUCZÓ GY. 2005). Az egészségturizmus 2006-ban hozzávetőlegesen 30%-kal részesedett idegenforgalmunkból, az összes megtermelt GDP-hez pedig hozzávetőlegesen 1,5%-kal járult hozzá (KSH 2006).

Az egészségturizmus eddigi és remélt jövőbeli bővülésének alapját a turisztikai szempontból remekül kihasználható természeti adottságok jelentik. Magyarország Japán, Izland, Olasz- és Franciaország után a világ ötödik legjelentősebb gyógy- és termálfvízkészletekkel rendelkező országa. Területének 80%-a alatt, jelentős mennyiségben található 30 C° -nál magasabb hőfokú víz, amely közel 1300 termálforrást táplál. Kedvező - a termál-, valamint az energiaipar számára is kihasználható adottság - hogy az ország területén a geotermikus gradiens értéke a világátlag másfélszerese (GELLAI I. 2004, RUSZINKÓ A. 2007, OES 2007). A napjainkban nyilvántartott csaknem 1300 termálforrásból körülbelül 800 hévízkút

aktív, ezekből jelenleg mintegy 270 kút vizét használják fürdésre és gyógyszerként. Mindezekből a minősített gyógyforrások száma 147, amelyeket 72 minősített gyógyfürdő hasznosít (OGYFI 2008). A vízhez kötődő gyógytényezők mellett 13 klimatikus gyógyhely, 5 gyógybarlang, és 5 gyógyiszappal kezelő helyszín, valamint egy mofetta található. Egyedi egészségturisztikai értékeink közé tartozik Európa egyetlen barlangfürdője, a Miskolctapolcai – , illetve Európa legismertebb meleg gyógyvizű tava, a Hévízi tó. A hazai egészségturisztikai kínálat részét képezi a minősített gyógyfürdők mellett, 315 termál-, élmény- és strandfürdő, 56 gyógyszálloda és 82 wellness szálloda (AUBERT A. 2006, OES 2007, KSH 2008).

A kedvező gazdasági mutatók, a rendelkezésre álló természeti erőforrások az országos, regionális, valamint lokális gazdaságfejlesztési elhatározások és összefogások, valamint az ágazatba érkező kormányzati és önkormányzati támogatások ellenére a hazai egészségturizmus kívánt ütemű és mértékű fejlődését különböző problémák és negatív tényezők hátráltatják (AUBERT A - SZABÓ G. 2005, HEGEDÜS V. 2006, RUSZINKÓ Á. 2007, KATOR M. 2007, KÖTELES L. 2008):

- A gyógy- és wellness-turizmus számára az idegenforgalmi adottságok bármennyire kedvezőek, csak megfelelő fogadóképesség és infrastruktúra kialakítása mellett lehetnek sikeresek.
- Hátráltató tényezőt jelentenek a menedzsment és az alkalmazottak képzettségének, illetve nyelvtudásának hiányosságai.
- A gyógy-, termál-, illetve wellness-turizmus szabályozási és minősítési rendszere nem működik hatékonyan.
- Sok esetben hiányzik, vagy csupán szűk körre és tevékenységre terjed ki az ágazati és területi alapú összefogás, illetve egészségturisztikai klaszteresedés, amely segíthetné többek között a hatékony marketing munkát, a több és magasabb szintű érdekérvényesítést, illetve egy adott terület, vagy ágazat idegenforgalmi arculatának kialakítását.

5.4. A wellness-turizmus Magyarországon

A nemzetközi egészségturisztikai piacokon tapasztalható változások, az utóbbi évtizedben markánsan megjelentek Magyarországon is. A tradicionálisnak tekinthető és nemzetközi híré gyógyturisztikai profil mellett, hazánk folyamatosan növekvő wellness kínálattal is rendelkezik, amelyhez a jövőben is kihasználható erőforrásokkal rendelkezik (OES 2007, MT. ZRT. 2007, LACZKÓ T. – RÉBÉK N. Á. 2008).

A hazai wellness-turisztikai piac nagyságrendjéről és méretéről nehéz naprakész pontos képet adni, a területet körülölelő terminológiai és osztályozási problémák, illetve az ilyen szolgáltatásokat nyújtók regisztrálásának hiátusai miatt. A wellness keresletének leggyakrabban vizsgált és statisztikai szempontból is leginkább mérhető része a wellness szállodákban lebonyolódó forgalom. A kínálati viszonyok objektív elemzését az 54 / 2003 (VIII. 29.) GKM rendeletben meghatározott minimum kritériumrendszer⁴⁵ megfogalmazása tette lehetővé. E rendelet alapján 2008. júniusában a KSH 82, minősítéssel rendelkező wellness-szállodát tartott nyilván. 2007 évben a wellness szállodák a hazai szállodai kapacitás megközelítően 10%-t adták (a szobák számának 10,1%-t, a férőhelyek 9,8%-t), amelyekben 10 és fél milliárd forintot költöttek a vendégek, ami az összes szállodai bevétel 8,6%-t jelentette. A szállodatípus KSH általi regisztrálásának kezdete (2004) óta, a 2007-ig eltelt négy évben megnégyszereződött, mind a vendégek, mind az általuk eltöltött éjszakák száma.

A wellness-turizmus megjelenését és ilyen ütemű bővülését, valamint a gazdasági tervekben megfogalmazott remélt jövőbeli fejlődését az általános nemzetközi trendeken túl, több rendelkezésre álló hazai adottság, demográfiai, társadalmi és gazdasági tényező támogatja, illetve befolyásolja, amelyeket az alábbiakban röviden bemutatok:

- Hazánk természeti adottságai a wellness-piac szempontjából is kiválóak, hasznosításuk a jövőben még jelentős mértékben bővíthető. A gyógy- és termálvízkészlete nem csak különböző fürdő- és gyógyszolgáltatások biztosításához nyújt lehetőséget, hanem gyógyvíz alapú wellness termékek előállítására (krémek, speciális kozmetikai készítmények, stb.), a vízhez kötődő wellness programok biztosítására, illetve új típusú szolgáltatások fejlesztésére is (GELLAI, I 2004, RUSZINKÓ A. 2007). A Magyar Turisztikai Hivatal megrendelésére 2004-2005-ben (VITUKI-MÁFI-AQUAPROFIT Konzorcium által) elvégzett kutatás eredményei

⁴⁵ A rendelet 6. §/ C pontja szerint: A wellness szálloda megfelel a minimum három csillagos szállodákban előírt követelményeknek, továbbá az egészséges életvitelhez szükséges gasztronómiai, sport, relaxációs, közösségi programlehetőségeket, wellness szolgáltatásokat nyújt. A wellness szálloda rendelkezik, vagy nyújt legalább:

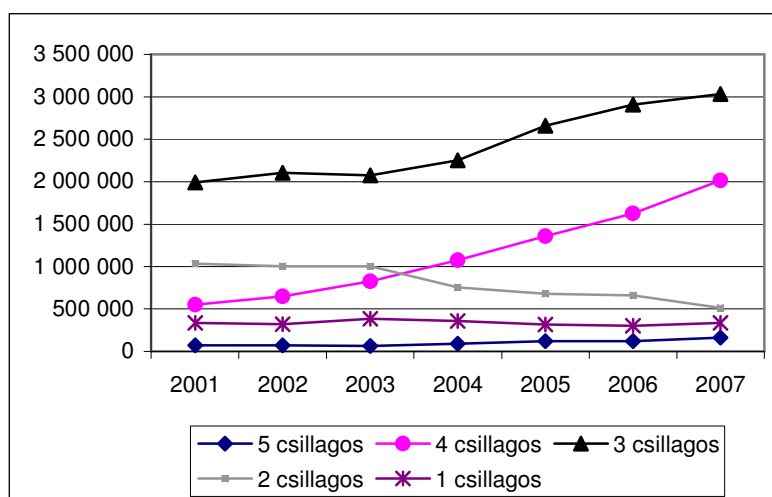
- 1 beltéri fürdőmedencével
- 2-féle szaunával, vagy gőzfürdővel
- 4-féle szépségápolási lehetőséget (arc-, test-, kéz-, láb- és hajápolási szolgáltatások közül)
- 6-féle masszázs, relaxáció és egyéb közérzetjavító (vizes és száraz) szolgáltatással,
- sport szolgáltatások közül: kardiogépekkel felszerelt fitness teremmel rendelkezik, ahol sportedző, vagy testnevelő tanár áll a vendégek rendelkezésére, e mellett minimum 4-féle szabadidős sportolási vagy keleti mozgásprogramot, és minimum 1-féle aerobic jellegű tréninget kínál.
- 3-féle közösségi, kulturális, zenei, művészeti programlehetőséget nyújt, ajánlja a környék nyújtotta lehetőségeket.
- A szálloda gasztronómiai kínálatában szerepelnek a régióra jellemző, hagyományörző magyar, reform- és vegetáriánus étel és italajánlatok, gourmet kínálat, frissen préselt gyümölcslevek, gyógyteák, bioborok.

A szálloda a nappali és a délutáni műszakban rendelkezik legalább 1 fő wellness végzettségű, vagy azzal egyenértékű végzettségű dolgozóval.

szerint, az eddigi fürdő- és hotelfejlesztések nem okoztak jelentős hatásokat sem a felszíni, sem a felszín alatti víztestekben. A fürdők és szállodák technikai fejlesztéseinek eredményeként a nagyobb kínálat nem jelentett megnövekedett vízigényt a vizsgált időszakban. Az eredmények szerint kiegyensúlyozott igénybevétel mutató területek az Észak- és a Közép-Magyarországi, valamint a Dunántúli Régiók. Nem ennyire kedvező a helyzet az ország egyes részein, ahol a jövőbeli fejlesztést csak mennyiségi és minőségi korlátozások mellett lehet elképzelni. Ilyen területek és települések hazánkban: Budapest (mennyiségi korlát), Eger, Miskolc, Tapolca, Esztergom, Sikonda, az Alföld pereme (hőmérsékletcsökkenés), Bükfürdő (sókiválás), Zalaegerszeg, Kecskemét, Mezőkövesd, Cserkeszőlő, Komárom, Igal (vízminőség változás) (KOVÁCS M. 2005). A már bemutatott gyógytényezők mellett, fontos adottság még a védelem alá vont területek természeti környezetének állapota, a hazai erdők, természetes vizek és a hegységek természeti vonzereje, illetve az egyedi természeti attrakciók (pl.: Balaton, Hortobágy, Bugac).

- A hazai wellness-piac számára nagy előny a több száz éves múltra visszatekintő fürdőkultúra, hiszen a wellness szolgáltatások egy jelentős részét a fürdőkben veszik igénybe. A nemzetközileg is elismert fürdővárosainkban számos wellness-szolgáltató található (OES 2007).
- A nemzetközi viszonyokhoz hasonlóan, hazánkban is erősödni látszik az egészséges életvitel, az egészség megőrzése iránti igény, illetve növekszik a preventív tevékenységek és szolgáltatások iránti kereslet (OLEF 2000, 2003).
- A fejlett világ nagy részére jellemző demográfiai átalakulások, mind a hazai társadalmat, mind a magyar turizmus számára legfontosabb küldő országokat nagymértékben érintik. (Pl. Németországban az előrejelzések szerint 2050-ben minden második állampolgár 55 évesnél idősebb lesz.). Ezek az átalakulások valószínűleg jelentősen növelni fogják a különböző preventív, gyógyító, illetve utógondozáshoz kapcsolódó turisztikai szolgáltatások iránti igényt (KSH 2005, ESPA 2006).
- A nemzetközi színvonalú szolgáltatásokat nyújtó hazai egészségturisztikai szereplők versenyképességét javítja az európai piacokkal szembeni árelőnyük (STROMPF K. 2006).
- További lendületet adhatnak a wellness számára a nemzetközi utazások területén tapasztalható trendek, amelyek a költségek csökkenése irányába hatnak (fapados légitársaságok tömeges megjelenése). Ennek köszönhetően a rövidebb tartózkodások is kifizetődőek és vonzóak lehetnek (STROMPF K. 2006).

- Mind a hazai, mind a nemzetközi viszonyok között napjainkban látható változás, hogy a kereskedelmi szálláshelyek igénybevételét tekintve egyre kedveltebbé válnak a magas színvonalú szolgáltatásokat nyújtó három-, négy- és ötcillagos szálláshelyek. 2007- ben az ötcillagos hotelekben 2,2-szer, a négycsillagosokban több mint három és félszer, a volumenében legnagyobb forgalmat bonyolító háromcsillagos szállodákban pedig 50%-kal több éjszakát töltöttek a vendégek, mint 2001-ben, miközben a kereskedelmi szálláshelyeken összességében 6,5%-kal, a szállodákban 20%-kal nőtt a vendégéjszakák száma az említett időszakban. A magasabb kategóriájú szállodákkal szemben, tendenciózus vendégkörvesztés jellemzi az alacsonyabban besorolt szálláshelyeket, 2007-ben a kétsillagos hoteleknél 54%-ra, az egycsillagosoknál 79%-ra csökkent a forgalom 2001-hez képest (4. ábra).



4. ábra. A belföldi vendégforgalom alakulása a hazai szállodákban 2001-2007 (vendégéjszakák száma)

Forrás: KSH 2002-2008

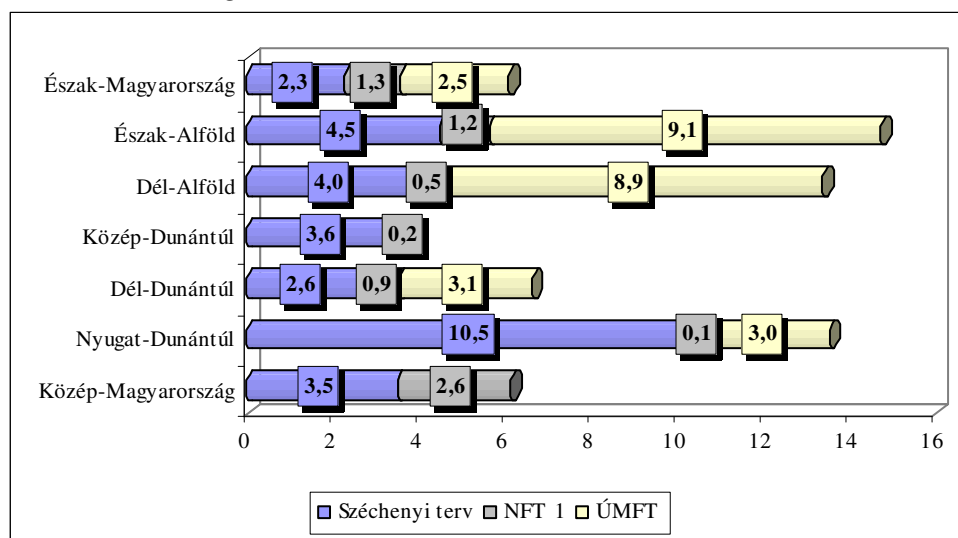
- A hazai wellness-turisztikai kínálat bővülését jelentősen támogatta, hogy az egészségturizmus a magyar idegenforgalmi fejlesztések középpontjába került az ezredfordulót követően. Ennek köszönhetően a nagy állami gazdaságfejlesztési programokban (így a Széchenyi Tervben, a Nemzeti Fejlesztési Terv⁴⁶-ben, illetve a Nemzeti Fejlesztési Terv 2 – Új Magyarország Fejlesztési Terv⁴⁷-ben) prioritást élveztek a gyógy- és/vagy wellness-turizmushoz kapcsolódó beruházások. A Széchenyi Terv keretében 2001-2003 közötti időszakában 100 egészségturisztikai projektet támogatott az állam (92 fürdő- és gyógyintézmény, 8 szálloda), mintegy 30,9 milliárd forinttal. A 2004-2006 időszakban az NFT 1 keretében, 3 milliárd forint

⁴⁶ A továbbiakban NFT 1

⁴⁷ A továbbiakban ÚMFT

állami támogatással került sor a műemléki fürdők korszerűsítésére (pl. Egri Török fürdő, Gellért-, Széchenyi- és Lukács fürdők a fővárosban), amelyek mellett 3,7 milliárd forint támogatást nyújtottak egészségügyi profilú szállodák építésére, illetve fejlesztésére. 2007 és 2008 években az Új Magyarország Fejlesztési Tervben támogatási jogcímként szerepelt az egészségügyi turizmus, amelyre a benyújtott 66 pályázatból 39 nyert támogatást összesen több mint 26,5 milliárd forint nagyságrendben. Így a 2001-2008 évek közötti időszakban összesen több mint 64 milliárd forint állami forráshoz jutottak a hazai egészségügyi turisztikai szereplők. A támogatások területi eloszlásáról elmondható, hogy Nyugat-Dunántúl (13,5 milliárd Ft) és a két alföldi régió (27,7 milliárd Ft) tudta támogatási igényeit a legsikeresebben képviselni, míg a többi régió lényegesen alacsonyabb állami forráshoz jutott az egészségügyi turizmus fejlesztéséhez (5. ábra). A különböző tervezési dokumentumokban prioritásként megfogalmazott gyógy- és wellness-turizmusban vélhetően a jövőben is jelentős marad az állami szerepvállalás, amelyet mutat, hogy a 2009-2010-es időszakra szóló akciótervben 10 milliárd forintot meghaladják az egészségügyi turizmusra fordítható források (GELLAI I. 2004, WWW.NFU.HU 2009, KINCSES GY. 2009).

5. ábra. A hazai egészségügyi turisztikai szereplők által nyert állami támogatások regionális megoszlása a 2001-2008 időszakban (milliárd Ft).



Forrás: www.nfu.hu

- A wellness-termékek és szolgáltatások iránti belföldi kereslet növekedését pozitívan befolyásolta az 1998-ban bevezetett üdüléscsekk rendszer. A bevezetése óta – forgalmát tekintve – tizennyolcszorosára bővített rendszert a belföldi turizmus serkentésére hozták létre, mivel a tapasztalatok azt mutatják, hogy a nemzetközi idegenforgalomban csak az az ország lehet versenyképes, amelynek belső utazási

piaca is erős. 2007-ben 29,9 milliárd forinttal támogatták a hazai lakosság fogyasztását, amelynek 39,5%-t hazai kereskedelmi szálláshelyeken, 12,4%-t pedig fürdőkben költötték el a hazai fogyasztók. Ezek mellett több mint egy milliárd forint értékben egészségmegőrző szolgáltatásokra, illetve termékek vásárlására, 3.2 milliárd forint nagyságrendben pedig sporttevékenységekre használta fel a hazai lakosság (www.udulesicsekk.hu 2008).

4. táblázat. Az üdülési csekk rendszerének összefoglaló adatai 1998-2007

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Csekk- értékesítés (millió Ft)	1656,9	2078	2050,8	1803,1	2313	4850	7465	10200	23500	29900
Támogatot- tak száma (fő)	98 277	130 342	119 973	90 275	115 000	174 000	291 831	493 025	825 649	1743 000

Forrás: www.udulesicsekk.hu 2008

- A gazdaság hazai szereplői is egyre gyakrabban ismerik és fogadják el a wellness és egyéb prevenciós programok munkaerő újatermelésben játszott fontos szerepét. A külföldi kutatási eredmények alapján látható, hogy a munkahelyi (worksite) wellness-programok hatására nem csak az egészségügyi kiadások (befektetett eurónként 3,48-5,42 euróval) és a dolgozók munkahelytől távol töltött napjai csökkennek, hanem kedvezően változik a dolgozók produktivitása és a vállalat iránti lojalitása is (ZOPCSÁK L. 2007).

5.4.1. Wellness-turisztikai kínálat Magyarországon

Hasonlóan a nemzetközi trendekhez, hazánkban is egyre szélesebb, és egyre összetettebb a wellness szolgáltatásokat nyújtó vállalkozások köre. Napjainkban Magyarországon wellness szolgáltatások igénybevételére leggyakrabban a wellness szállodákban, vagy a különböző minősítésű kereskedelmi szálláshelyeken (például a gyógyszállókban) kialakított wellness részlegekben, a gyógy-, termál- és élményfürdők erre kialakított egységeiben, illetve a napi wellness szolgáltatóknál van lehetőség.

Az előző fejezetben említett okok miatt a hazai wellness kínálat legegységesebben követhető része a wellness szállodák kínálatának alakulása. Az igénybevétel lehetséges többi helyszínéről – kidolgozott, illetve működő regisztrációs- és követelményrendszer hiányában – a különböző szakmai szervezetek nem rendelkeznek aktualizált és átfogó adatbázissal (pl: Magyar Wellness Társaság, KSH, Magyar Fürdőszövetség, stb.). Ezek kínálatáról nem teljes,

sokszor csak benyomásszerű képhez a promóciós motivációjú kiadványokból és tematikus internetes oldalokról, valamint a szervezetek taglistáiból lehet jutni. A másodlagos adatok és adatbázisok alapján legkevésbé követhető kínálati elemről a napi wellness szolgáltatókról primer módon és egyéni kategorizáció segítségével gyűjtöttem információkat.

A KSH által regisztrált wellness szállodák kapacitásának elmúlt öt évben bekövetkezett változását vizsgálva látható, hogy a kínálat folyamatosan, a szállodák átlagát meghaladó ütemben bővült. Az átlagos szállodai kapacitás vizsgált időszakban bekövetkezett néhány százalékos (a szállodák száma 1,9%-al emelkedett, az ágyak száma 1,2%-kal csökkent) változásával szemben a wellness szállodák száma 410%-kal, ágyszáma 309%-kal bővült. Ennek a tendenciának köszönhetően 2008 június 30-án a KSH 82 minősítéssel rendelkező wellness szállodát tartott nyilván 11754 férőhellyel.

5. táblázat. A szállodai kapacitások alakulása 2004-2008 (db.)

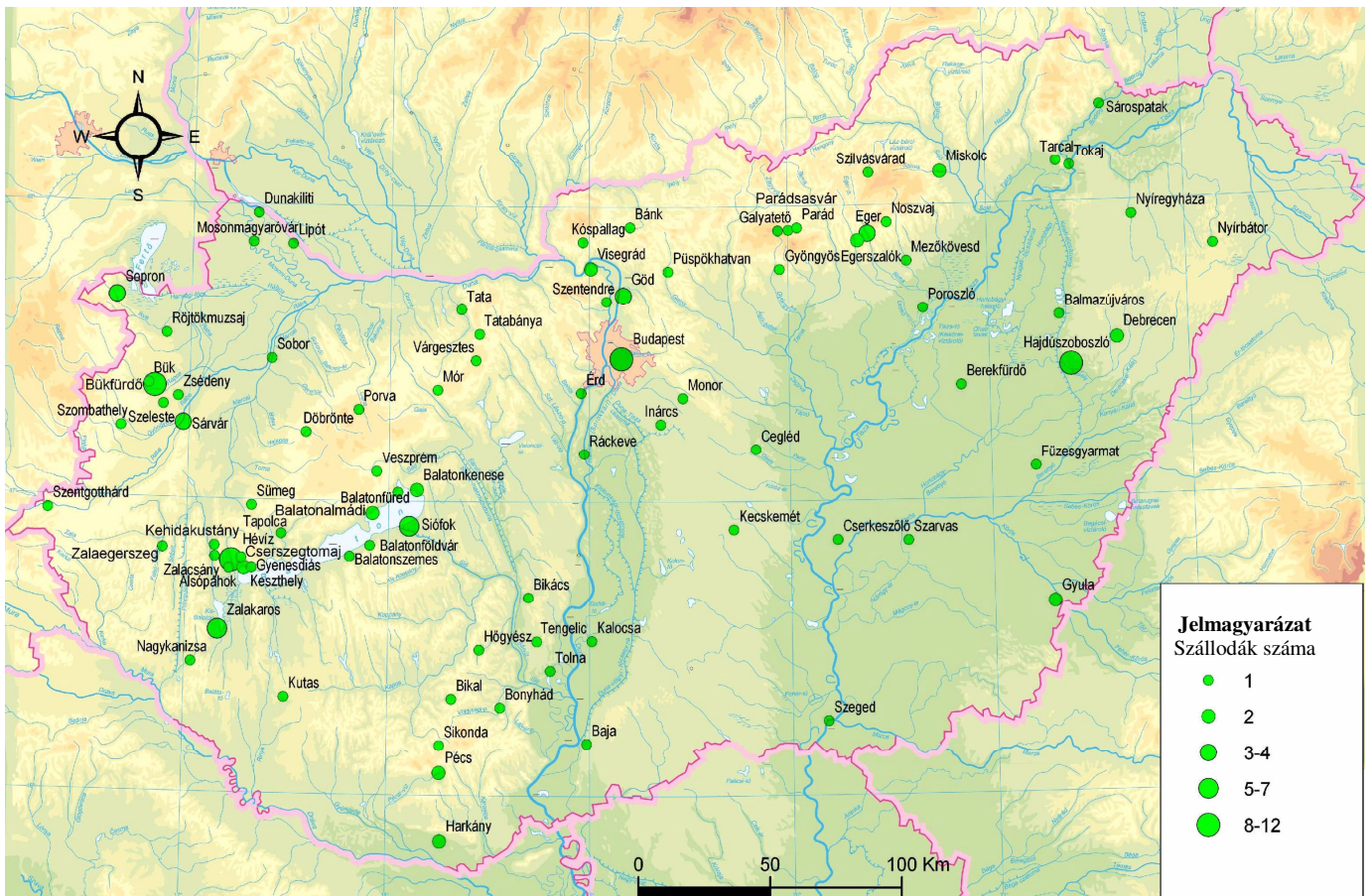
	2004	2005	2006	2007	2008 június
Wellness szállodák száma	20	34	55	63	82
Szobaszám wellness szállodában	1 586	2 320	3 628	4 216	5100
Férőhelyszám wellness szállodában	3 795	5 590	8 755	9 855	11 754
Szállodák száma összesen	824	836	837	844	840
Összes szállodai szobaszám	47 611	48 694	50 231	49 702	49 026
Összes szállodai férőhelyszám	112 769	115 895	116 223	114 863	111 453

Forrás: KSH 2005-2008

A minősített és a KSH által nyilvántartott wellness szállodák mellett több olyan szálloda üzemel, melynek nevében szerepel a wellness kifejezés, és vendégeiknek széleskörű, magas színvonalú wellness kínálatot nyújtanak. Ezek a wellness szolgáltatásokat nyújtó hotelek az őket ajánló szakmai szervezetek (MT ZRt.) és egyéb utazásszervezők tevékenységének, valamint saját promóciónak köszönhetően markánsan megjelennek a hazai wellness piac kínálatában. A 2007-es év végén a KSH adatbázisában szereplő 63 wellness szálloda mellett saját vizsgálatokra támaszkodó kategorizáció alapján 90 wellness szolgáltatásokat széles körben nyújtó szálloda üzemelt még Magyarországon.

E szállodák köréből 2008 első félévében 19 szálloda került be a KSH adatbázisába. A minősített és a wellness szolgáltatásokat nyújtó szállodák együttesen (összesen 153 hotel⁴⁸), több mint 27000 férőhellyel rendelkeztek 2007-ben, amelyek területi elhelyezkedését mutatja be a 6. ábra.

⁴⁸ A szállodák listája az 5. számú függelékben található.



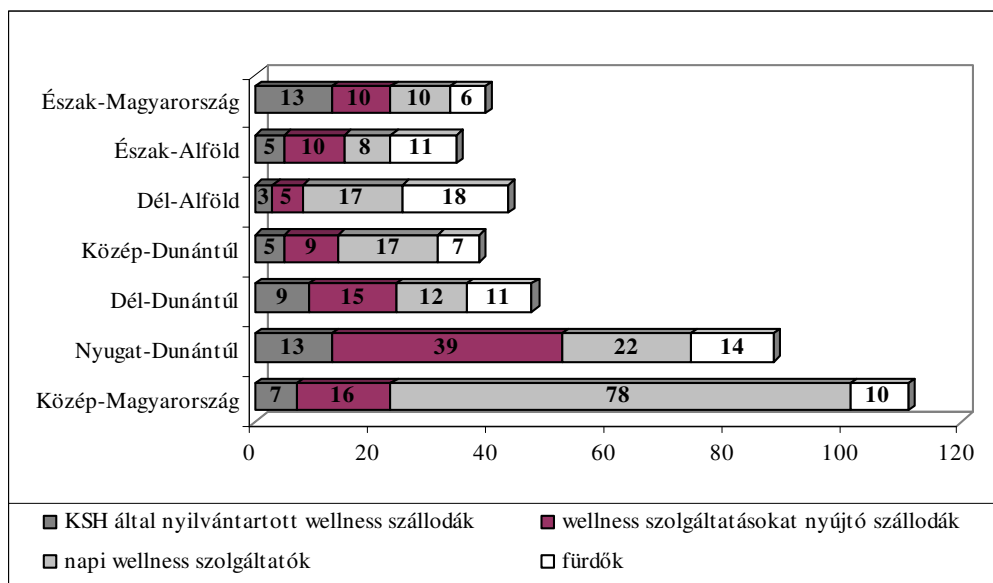
6. ábra. Wellness szolgáltatásokat nyújtó szállodák területi elhelyezkedése Magyarországon 2007-ben

Forrás: saját szerkesztés

Bár a wellness szolgáltatásokat nyújtó szállodák, napi wellness szolgáltatók és fürdők építése az egész ország területére jellemző, jelentős területi különbségek figyelhetők meg. Hotelek legnagyobb számban, illetve befogadó képességben a Nyugat-Dunántúlon⁴⁹ épültek, amely régió mellett – ahol a KSH által regisztrált szállodák mellett 39 wellness szolgáltatást nyújtó szálloda üzemel -, jelentős kínálattal rendelkezik az Észak-magyarországi, a Középmagyarországi (a budapesti kínálat túlsúlyával) és a Dél-dunántúli (főként az elmúlt évek balatoni wellness hotelépítési hullámnak köszönhetően) régió is. A napi wellness szolgáltatók megoszlásában egyértelműen kiemelkedik a Középmagyarországi régió, amely mellett széleskörű kínálat jellemző a Nyugat- és Középdunántúli, illetve a Dél-alföldi régiókban. A wellness szolgáltatásokat nyújtó fürdők regionális megoszlását vizsgálva elmondható, hogy a

⁴⁹ A hazai idegenforgalom alakulásának területi vizsgálatakor látható, hogy a gyakorlatban, (pl. a KSH adatszolgáltatás tekintetében) két egymástól területi felosztásban eltérő regionális rendszer létezik (a területi-statisztikai, illetve a turisztikai regionális rendszer). Az értekezésben a tervezési statisztikai felosztást használtam. A tervezési statisztikai régiók idegenforgalmi helyzetének jellemzésekor figyelembe kell venni, hogy ezek általában turisztikai profiljukat tekintve összetettebb, forgalmi adataik alapján kedvezőbb, vagy éppen kedvezőtlenebb helyzetben lévő területet mutatnak, mint a turisztikai régiók.

legjelentősebb kínálattal az Észak- és Dél- alföldi, illetve a Nyugat- és Dél- dunántúli régiók rendelkeznek (7. ábra).



7. ábra. Wellness szolgáltatók regionális megoszlása Magyarországon 2007-ben (szolgáltatók száma alapján)

Forrás: KSH és saját számítás

5.4.1.1. A wellness szolgáltatók területi koncentrációja

Mint ahogy az a 7. ábrán látható volt a hazai wellness szolgáltatók megjelenésében területi eltérések tapasztalhatók. A térbeli különbségek igazolásához a területi koncentráció elemzésekor egyik leggyakrabban használt eljárást a Lorenz- görbe (8.ábra) ábrázolását használtam, ami tulajdonképpen a koncentrációs tábla grafikus megjelenítését jelenti⁵⁰.

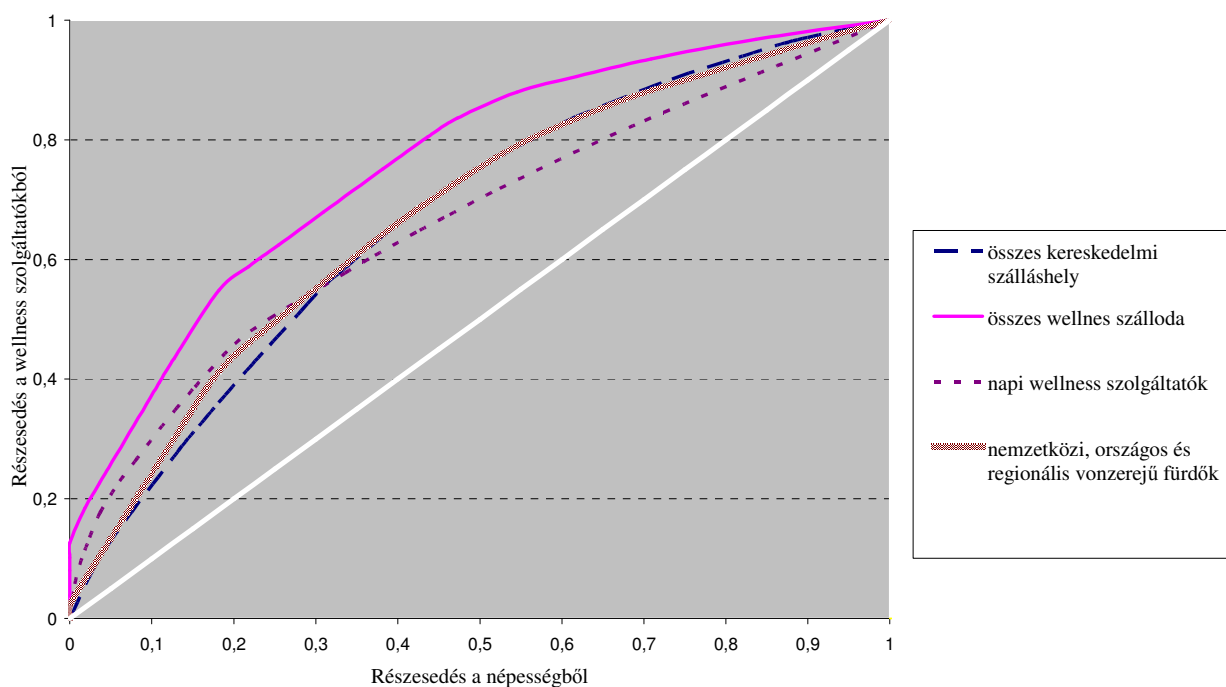
A szállodák tekintetében a koncentrációs vizsgálatok alapjául a KSH nyilvántartásában szereplő egységek szolgáltak, mivel jelenleg ez az egyetlen rendszeresen aktualizált, forgalmi adatokra is kiterjedő adatbázis amely időbeli összehasonlításra is lehetőséget ad.

Az ábráról leolvasható⁵¹, hogy nincs területi egyenlőség egyik szolgáltató típus területi megjelenésében sem, de teljes koncentrációról sem beszélhetünk. A 8. ábra azt is szemlélteti,

⁵⁰ Ez egy egységnyi oldalú négyzetben elhelyezett ábra, mely a kumulált relatív gyakoriságok (g_i') függvényében ábrázolja a kumulált relatív értékösszegeket (z_i'). A Lorenz- görbe elkészítése előtt, egy adott relatív mutató szerint, csökkenő vagy növekvő sorrendben kell állítani a vizsgált adatokat, jelen esetben a térségeket (megyéket). Ha az adatokat növekvő sorrendbe rendeződnek, akkor a görbe az átló alá kerül, csökkenő sorrend esetén az átló fölé (ÁCS P. 2007).

⁵¹ A görbe értelmezése: ha létezne egy olyan területegység, amelyik a vizsgált ismérv értékösszegének nagy hányadát lekötné, vagyis a relatív gyakoriságok és a relatív értékösszegek igen nagymértékben eltérnének egymástól, akkor a görbe az átlótól távol esne, illetve a teljes koncentráció esetén a görbe az egységnyi oldalú négyzet oldalaival esne egybe (HAJDU O. 1997). Amennyiben az egységeknek az értékösszegeből való részesedése azonos, a kumulált relatív gyakoriságok és a kumulált relatív értékösszegek megegyeznek ($g_i' = z_i'$),

hogy a legkisebb területi egyenlőtlenség a napi wellness szolgáltatók területi megjelenésében, míg a legnagyobb koncentráció a wellness szállodák elhelyezkedésében tapasztalható.



8. ábra. A wellness szolgáltatók területi koncentrációja
Forrás: saját számítás

Mindenképpen fel kell hívni a figyelmet, hogy a Lorenz- görbe a területi koncentráció grafikus megjelenítésére és összehasonlítására használt módszer, mely során csak a koncentráció tényét tudja megjeleníteni, arra nem alkalmas, hogy megállapítsa a vizsgált jelenség területi egyenlőtlensége milyen mértékű. A következőkben ezt a koncentrációt és annak időbeli változását kívántam kvantitatív módon mérni, két koncentrációs mutató (Hoover, Hirschmann- Herfindahl) segítségével.

A területi egyenlőtlenségek, koncentrációk vizsgálata során az egyik leggyakrabban használt módszer a Hoover-mutató alkalmazása. Az index azt mutatja meg, hogy az egyik ismerv hány százalékát kell a területegységek között átcsoportosítani, hogy a területi megoszlása a másik jellemzőével azonos legyen⁵². A mutató⁵³ értelmezése során láthatóvá

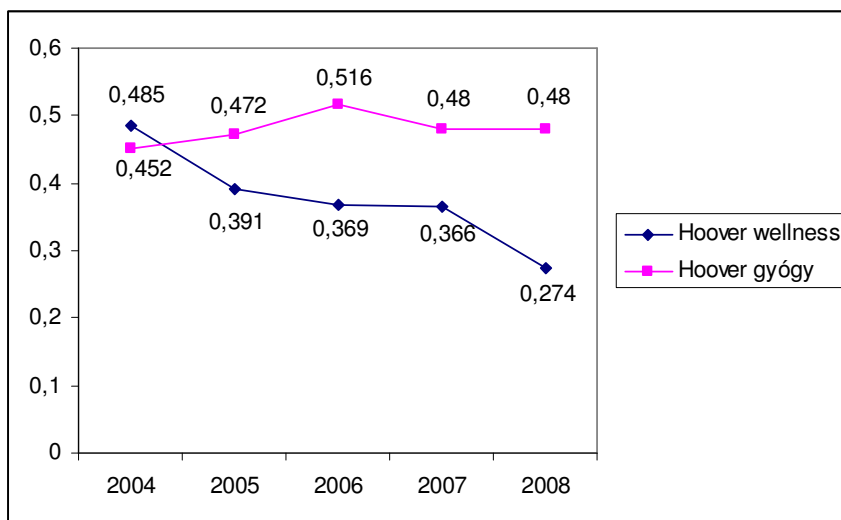
ilyenkor a görbe az átlóval egybeesik, ami jelzi a koncentráció hiányát, vagyis az abszolút egyenlőséget, koncentrálatlanságot.

⁵² Hoover index értékkészlete: $0 \leq H \leq 100$

⁵³

$$H_{well.} = \frac{\sum_{i=2}^n |x_i - f_i|}{2}$$

válí kvantitatív módon is, amit a Lorenz- görbe grafikusán már mutatott, hogy 2007-ben a wellness szállodák 36,6%-át, (monopol helyzetben egyik terület sincs, de gyenge-közepes erősségű koncentráció jellemző) a fürdők 26,5%-át, a napi wellness szolgáltatók 25,7%-át, kellene átcsoportosítani, hogy a lakónépesség területi eloszlásával azonos legyen. A koncentráció nagyságrendjének 2004-től tartó alakulását vizsgálva egyértelműen látszik a területi különbségek folyamatos csökkenése, a kiegyenlítő hatás a wellness szállodák területi elhelyezkedésében. 2004-ben a gyógyszállodák területi egyenlőtlenségeinél is nagyobb, közepes erősségű koncentráció jellemezte a wellness szállodák térbeli megjelenését, míg 2008-ban a mutató értéke a négy évvel korábbi 56%-ra csökkent, ami gyenge erősségű területi koncentrációt jelez (9. ábra).



9. ábra. A wellness- és gyógyszállodák területi koncentrációjának alakulása 2004-2008 közötti időszakban a Hoover index alapján

Forrás: saját szerkesztés

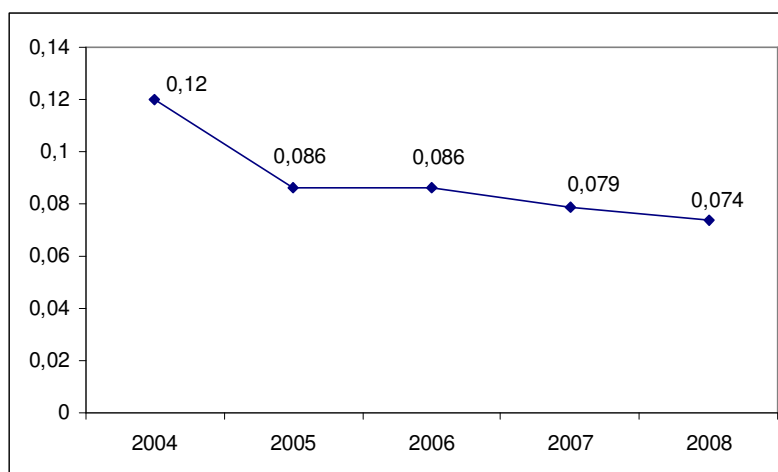
A másik koncentrációs mutató a Hirschmann- Herfindahl index⁵⁴ is megerősíti a Hoover index során látható eredményeket, mind a különböző típusú szolgáltatók területi egyenlőtlenségeinek mértékéről, mind a szállodák esetében látható kiegyenlítődestről.

Itt x_i , y_i és f_i megoszlási viszonyszámot jelöl.

54

$$K_{well.} = \sum_{i=1}^n \left(\frac{x_i}{\sum_{i=1}^n x_i} \right)^2$$

X_i = a természetes mértékegységben megadott területi jellemző az i területegységben.



10. ábra A Hirschmann- Herfindahl mutató alakulása a wellness szállodák esetében a 2004-2008 közötti időszakban

Forrás: saját szerkesztés

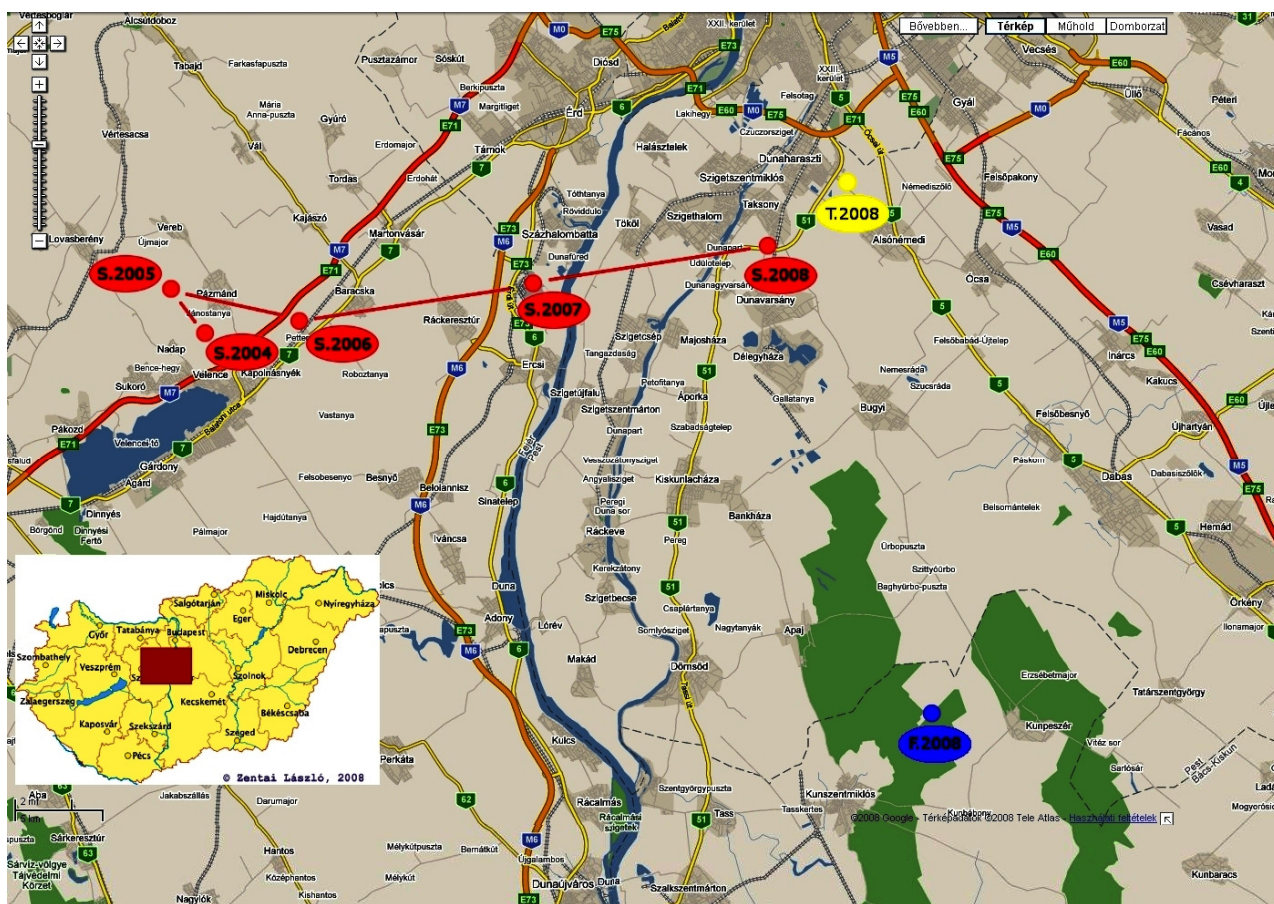
2007-ben a mutató értéke a wellness szállodák esetében 0,079, a napi wellness szolgáltatóknál 0,141 (amely érték magasabb, mint a Hoover érték alapján várható volt, de ez is alacsony mértékű koncentrációt jelent), a gyógy és termálfürdőknél 0,062 volt. A wellness szállodák területi koncentrációjában 2004 óta tapasztalható csökkenést a mutató értékeinek változásai is egyértelműen alátámasztják (10. ábra).

5.4.1.2. Területi súlypontok a wellness-turisztikai kínálatban

A területi egyenlőtlenségek jelenlétét, mértékét és azok változását bemutató módszerek egyik földrajzi szempontú hiányossága, hogy az adott jelenség térbeli szerkezetére, a változás térbeli irányára nem adnak információkat. Ezt a hiányosságot tudja kezelni, a súlypontszámítás, amely a térbeli eltolódás irányainak, illetve azok mértékének bemutatására alkalmas.

Tömegként a KSH által regisztrált wellness szállodák, a napi wellness szolgáltatók és a nemzetközi és országos, illetve regionális vonzerővel rendelkező fürdők számát használva kaptam a wellness szállodák, a napi wellness szolgáltatók és a fürdők súlypontjait. A 11. ábrán látható, hogy 2004-ben a wellness szállodák súlypontja a fővárostól nyugatra Fejér megyében volt, amely a wellness kínálat nyugati orientációját mutatja, összehasonlítva a Budapesttől hagyományosan délre, illetve délkeletre néhány 10 kilométerre elhelyezkedő települési (Beloianisz mellett) jövedelmi (Alsónémedi) és népességi (Inárcs) súlypontokkal⁵⁵ (DUSEK 2005, NEMES N. 2005), valamint az ország földrajzi középpontjával (Pusztavacs).

⁵⁵ Az említett súlypontok 2004-es viszonyokat tükröznek. A hazánkban megtörtént társadalmi és gazdasági változások ellenére ezek a súlypontok az elmúlt 15 évben jellemzően az adott települések közelében helyezkedtek el, egy viszonylag kis mértékű (néhány kilométer elmozdulás volt tapasztalható) folyamatos térbeli mozgással jellemezve (ILLÉS 2003).



11. ábra. A wellness szolgáltatók területi súlypontjainak elhelyezkedése

Forrás: saját szerkesztés, www.google.hu engedélyével felhasználható térképre szerkesztve
 Jelmagyarázat: az „S” jelű pontok a wellness szállodák, a „T” jelű a napi wellness szolgáltatók, az „F” jelű pont pedig a fürdők területi középpontját mutatja.

A wellness szállodák súlypontjának eltolódása 2005-ben észak nyugati irányú volt, amely elsősorban a nyugat-dunántúli és észak-magyarországi bővülésnek volt köszönhető. 2006-tól dél-kelet felé (ebben az évben jelentek meg nagyobb számban a dél-dunántúli és dél-alföldi szállodák a kínálatban), 2007-től a korábbi két évnél fokozottabb intenzitással észak-kelet felé tolik ez a súlypont, amely jelzi a kelet és észak magyarországi szállodák számának országos ütemet meghaladó növekedését, a kínálati viszonyok területi kiegyenlítődéset. 2008-ban a súlypont Budapesttől délre Taksony és Dunavarsány között található, amely már keletebbre található, mint a települési súlypont, de még mindig nyugatabbra, mint a jövedelmi és népesedési súlypontok. Az országos és regionális vonzerővel rendelkező fürdők területi súlypontja 2007-ben a wellness szállodák és a napi wellness szolgáltatók súlypontjától délre Bács-Kiskun megyében helyezkedik el az ország földrajzi középpontja (Pusztavacs) közelében. Ez a másik két szolgáltatói kategóriánál egyenletesebb területi megoszlást mutat. A napi wellness szolgáltatók területi súlypontja Dunaharaszti mellett található, amely többi súlyponthoz képest a legközelebb helyezkedik a fővároshoz és a jövedelmi súlyponthoz (Alsónémedi).

5.4.1.3. A wellness kínálat területi koncentrációját befolyásoló tényezők

A következőkben azt vizsgáltam, hogy a wellness-szolgáltatók területi elhelyezkedést, illetve az abban látható koncentrációt milyen tényezők befolyásolják. A wellness szolgáltatók területi struktúrájának alakulásával összefüggésbe hozható 39 vizsgált tényezőt korrelációs mátrix segítségével vizsgáltam. Az elemzésbe magyarázó tényezőként bevontam az egészségturizmus alapját képező természetes gyógytényezők és a természeti viszonyok néhány mutatóját, a hazai turisztikai ágazat kapacitási és forgalmi jelzőszámait, a területi gazdaság fejlettségét jelző, illetve az állami támogatások és egyéb beruházások mértékét jelző mutatókat. Ezek mellett az elemzés részét képezték a közlekedésföldrajzi helyzetet, a népesség eloszlását ábrázoló mutatók is⁵⁶. E tényezők hatásainak értékelésekor és elemzésekor figyelembe kell venni, hogy a felhasznált módszer a kauzális viszonyokról nem minden esetben ad egyértelmű képet, valamint csak mennyiségi viszonyok vizsgálatára alkalmas, minőségi aspektusok ebben nem szerepelnek (BABBIE E. 2003). Természetesen az

56

<p>Természeti tényezők:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. minősített gyógyvíz¹ 2. egyéb gyógytényezők¹ 3. gyógyhelyek¹ 4. összesen a gyógytényezők¹ 5. erdők területe 6. országos jelentőségű védett természeti területek nagysága² 7. országos jelentőségű védett természeti területek aránya² <p>Idegenforgalmi mutatók:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. összes kereskedelmi szálláshely száma 9. szállodák férőhelyei 10. vendégek száma szállodákban 11. vendégéjszakák száma szállodákban 12. kereskedelmi vendéglátóhelyek száma 13. kereskedelmi szálláshelyeken elköltött üdülési csekk³ 14. egészségmegőrzésre elköltött üdülési csekk³ 15. fürdőkben elköltött üdülési csekk³ 16. sportra elköltött üdülési csekk³ 17. elköltött üdülési csekk összesen³ 18. szállodai elfogadóhelyek száma³ 19. egészségmegőrzést biztosító beváltóhelyek száma³ 20. sportszolgáltatást biztosító beváltó helyek³ 21. fürdő beváltóhelyek³ <p>Fejlettségi mutatók:</p> <ol style="list-style-type: none"> 22. bruttó átlagkereset 23. alkalmazásban állók száma 	<ol style="list-style-type: none"> 24. munkanélküliségi ráta 25. A közüzemi szennyvízcsatorna-hálózatba bekapcsolt lakások száma 26. GDP 2006 <p>Beruházások:</p> <ol style="list-style-type: none"> 27. Beruházások szálláshely-szolgáltatás, vendéglátás területén 28. Beruházások összesen 29. 1 főre eső beruházások a szálláshely-szolgáltatás és vendéglátás területén 30. az egészségturisztikai ágazatnak nyújtott állami támogatások 2001-2006⁴ <p>Népesség területi eloszlása:</p> <ol style="list-style-type: none"> 31. népesség száma 32. Lakosság átlagos száma km²-ként 33. Városi lakosság száma 34. A városi népesség aránya, % 35. A városi lakosság átlagos nagysága <p>Közlekedésföldrajzi helyzet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 36. Nyugattól való közúti távolság km-ben⁵ 37. Nyugattól való közúti távolság időben⁵ 38. 100 km² területre jutó főút-hálózat 39. 100 km² területre jutó összes országos közút
---	--

Megjegyzés: az index nélküli tényezők forrása a KSH témára vonatkozó 2007 évre vonatkozó adatbázisa

¹Az Országos Gyógyhelyi és Gyógyfürdőügyi Főigazgatóság (OGYFI) nyilvántartásában szereplő gyógyfürdők, egyéb gyógytényezők: gyógybarlangok, gyógyiszap, gyógyklíma, gyógygáz, illetve gyógyhelyek (2007)

² Forrás: Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium természetvédelmi adatai (2007)

³ Forrás: www.udulesicsekk.hu (2008)

⁴ Forrás: GKM

⁵Bécestől (Wien) mért közúti távolság, a Michelin internetes útvonaltervező adatbázisa alapján

itt bemutatott tényezők, csak egy részét jelentik, jelenthetik a szolgáltatók területi elhelyezkedését befolyásoló tényezőknek. A feltételezett befolyásoló tényezők egy része nehezen kvantifikálható (mint pl.: a különböző természeti, kulturális és speciális turisztikai vonzerők), más része pedig nehezen hozzáférhető.

A wellness szállodák területi eloszlása több vizsgált természeti tényezővel is szignifikáns kapcsolatot mutatott (6. táblázat) 2007 év végén. Legszorosabb kapcsolat a gyógyhelyek területi megoszlása esetében volt látható, de közepes erősségű kapcsolatban volt még a nem gyógyvíz alapú természetes gyógytényezők (ezek közül is elsősorban a klimatikus gyógyhelyek) térbeli előfordulásával, az erdőszültség mértékével, illetve az egyedi természeti értékeket hordozó nemzeti parkok nagyságával.

6. táblázat. A wellness szállodák területi koncentrációját befolyásoló tényezők

Tényezők	Korrelációs együttható értéke	Szignifikancia
Egyéb gyógytényezők	0,521*	0,018
Gyógyhelyek	0,807**	0,009
Erdők nagysága	0,486*	0,030
Természetvédelmi terület aránya	0,404*	0,047
Összes kereskedelmi szálláshely	0,638**	0,002
Kereskedelmi szálláshelyeken elköltött üdülési csekk	0,733**	0,000
Egészségmegőrzésre elköltött üdülési csekk	0,653**	0,002
Fürdőben elköltött üdülési csekk	0,743**	0,000
Sportra elköltött üdülési csekk	0,759**	0,000
Elköltött üdülési csekk összesen	0,768**	0,000
Szállodai elfogadóhelyek száma	0,736**	0,000
Állami támogatások 2001-2006	0,451*	0,046

Forrás: saját számítás

Megjegyzés: * a korreláció 0,05 szint mellett szignifikáns, ** a korreláció 0,01 szint mellett szignifikáns

A természeti tényezők területi strukturáló hatása mellett közepes erősségű, szignifikáns kapcsolatot mutató tényező volt még a kereskedelmi szálláshelyek és a hazai egészségturizmusba kínálatbővítési szándékkal eljuttatott állami támogatások (számottevő különbséget mutató) területi megoszlása. A különböző típusú szolgáltatóknál elköltött üdülési csekkek térbeli megoszlásának erős és közepes erősségű kapcsolata esetében viszont nem egyértelműek a kauzális viszonyok⁵⁷. Fontos megemlíteni, hogy sem a hazai turizmus forgalmában, sem a megyék közötti fejlettségben látható különbségek nem befolyásolták szignifikánsan a wellness szállodák területi koncentrációját.

A hazai egészségturisztikai kínálat fontos elemét képező gyógy-, termál- és élményfürdők térbeli struktúrájával a vizsgált tényezők közül, csak kettő mutatott

⁵⁷ Az üdülési csekk forgalmának területi megoszlása ebben a kauzális viszonyrendszerben inkább mint okozat jelenik meg, de nem zárható ki az ellenkező irányú és a harmadik tényező hatása sem (BABBIE, E. 2003).

összefüggést: a minősített gyógyvíz kutak és az üdülési csekket elfogadó fürdők területi megoszlása (7. táblázat).

7. táblázat. A nemzetközi, országos és regionális vonzerővel rendelkező fürdők területi koncentrációját befolyásoló tényezők

Tényezők	Korrelációs együttható értéke	Szignifikancia
Minősített gyógyvíz	0,427*	0,049
Fürdő beváltóhelyek	0,710**	0,000

Forrás: saját számítás

Megjegyzés: * a korreláció 0,05 szint mellett szignifikáns, ** a korreláció 0,01 szint mellett szignifikáns
A fürdő kínálat térbeli megjelenése hasonlóan a wellness szállodákhoz, nem követi az országos fejlettségben, a beruházásokban, az idegenforgalomban, és a népesség megoszlásában látható viszonyokat.

A napi wellness szolgáltatók területi megjelenése ezzel szemben szorosan követi a hazai fejlettségi, népesedési, települési és foglalkoztatottsági viszonyokban látható térbeli különbségeket. A napi wellness szolgáltatók megjelenése egyértelműen szoros kapcsolatban van a népesség számának koncentrációjával (városi lakosság számával), a foglalkoztatottak és a jövedelmek, illetve - a GDP kivételével - az összes fejlettséget mérő további tényező megoszlásával. Ezek mellett szoros kapcsolat jellemző a beruházások és a külföldi vállalkozások előfordulásában, valamint az üdülési csekk rendszer kínálatában látható területi különbségek és a napi wellness szolgáltatók térbeli megjelenése között (8. táblázat).

8. táblázat. A napi wellness szolgáltatók területi koncentrációját befolyásoló tényezők

Tényezők	Korrelációs együttható értéke	Szignifikancia
Egészségmegőrzést biztosító beváltóhelyek száma	0,912**	0,000
Sportszolgáltatást biztosító beváltó helyek	0,948**	0,000
Fürdő beváltóhelyek	0,596**	0,006
Munkanélküliek száma	0,746**	0,000
Alkalmazásban állók száma	0,932**	0,000
Bruttó átlagkereset	0,871**	0,000
Munkanélküli ráta	-0,546*	0,013
Külföldi vállalkozások	0,902**	0,000
Szennyvízbe bekapcsolt lakások	0,935**	0,000
Szálláshelyekbe történő beruházás	0,839**	0,000
Beruházások összesen	0,935**	0,000
Szálláshelyekbe történő beruházás 1 főre	0,795**	0,000
Népesség száma	0,597**	0,005
Városi lakosság	0,939**	0,000
Városi népesség aránya	0,640**	0,002
Városi átlag	0,846**	0,000
Népsűrűség	0,860**	0,000

Forrás: saját számítás

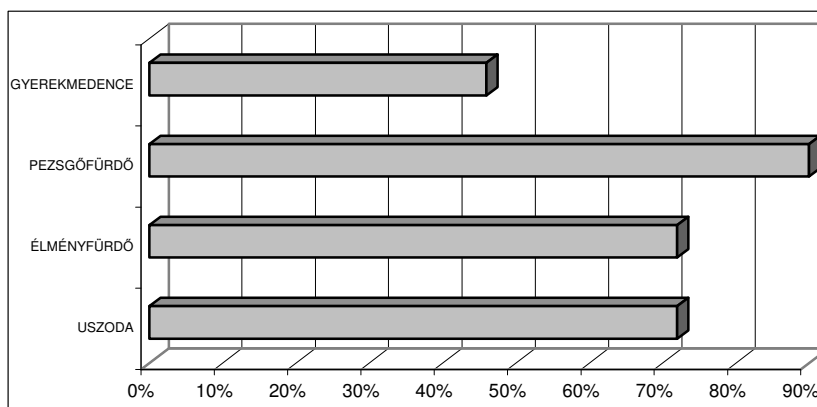
Megjegyzés: * a korreláció 0,05 szint mellett szignifikáns, ** a korreláció 0,01 szint mellett szignifikáns

5.4.1.4. A hazai wellness szállodák kínálata

A hazai wellness szállodák kínálatáról átfogó képet ad a Magyar Turizmus ZRt. 2006-ban, majd 2007-ben változatlan formában kiadott egészségturisztikai kiadványa, melyben részletesen bemutatásra kerül 50 wellness szálloda szolgáltatása a wellness rendelet követelményeinek megfelelő bontásban.

A hazai wellness szállodákról elmondható, hogy az európai viszonyokhoz hasonlóan nagyszámú és széleskörű kínálattal rendelkeztek (KPMG 2002, ABA 2008). Ezt igazolja a KPMG csoport külföldi vendégkörre kiterjedő kutatása (2002-ben), amely szerint a hazánkba érkező wellness turisták választásának fő motivációja nem az alacsony ár, hanem a magyar wellness szállodák nemzetközileg versenyképes szolgáltatási színvonala volt. A wellness szállodák átlagosan több mint 50-féle szolgáltatást nyújtottak a fürdők, szaunák és gőzfürdők, relaxáció és terápia, szépségápolás, gasztronómia, sport és a közösségi programok területén. Az észak-magyarországi és az alföldi szállodák nyújtották vendégeiknek átlagosan a legkevesebb (42,5-42,7), míg a nyugat- dunántúli hotelek átlagosan a legtöbb féle (57) szolgáltatást. A széles körű wellness kínálattal rendelkező szállodák területi eltéréseit mutatja, hogy a több mint 60 wellness szolgáltatást nyújtó 11 wellness szállodából 9 a Nyugat-Dunántúlon (Bükfürdő, Hévíz, Röjtökmuzsaj, Zalakaros), egy Budapesten, és egy a Dél-Dunántúlon (Siófokon) üzemelt.

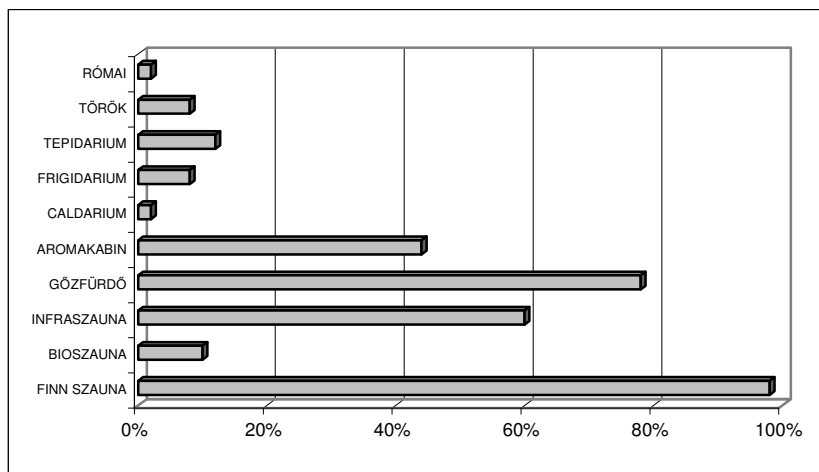
Az eddigi keresleti kutatások eredményei alapján elmondható, hogy a hazai vendégkör számára a wellness kínálat fontos elemét jelentik a különböző termál- és gyógyvízhez kötődő szolgáltatások (KPMG 2002). A fürdők világa tekintetében a szállodák ellátottsága az egész országban hasonlóan jó volt (12. ábra). A szállodák átlagosan 2,8-féle fürdővel rendelkeztek, a házak több mint fele (56%-a) legalább három, a 12. ábrán látható fürdőtípus lehetőségét, 28%-a pedig mind a négyet kínálta vendégeinek.



12. ábra. Fürdők világa a hazai wellness szállodákban 2007-ben (szállodák %-ban)

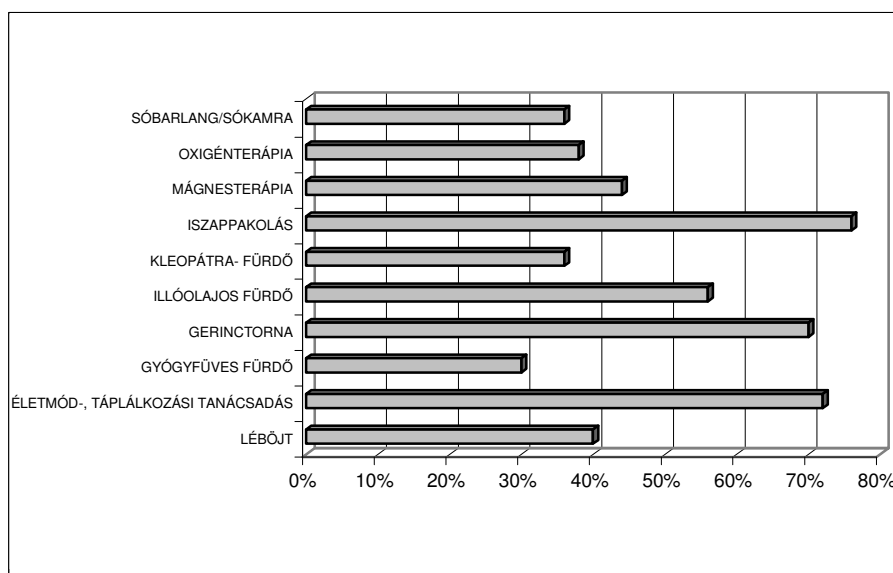
Forrás: Magyar Turizmus ZRt. 2007

A mintában szereplő wellness szállodák átlagosan több mint háromféle (3,2) szauna és gőzfürdő szolgáltatással várták vendégeiket. Finn szaunával szinte minden hotel rendelkezett, e mellett gyakran kínált szolgáltatás volt a gőzfürdő, az infrasauna, és az aromakabin (13. ábra). 2007-ben öt olyan wellness szálloda volt Magyarországon, amely öt, vagy annál több szauna és gőzfürdő szolgáltatást kínált vendégeinek, ezek közül négy a Nyugat-Dunántúlon, egy pedig Budapesten volt található.



13. ábra. A hazai wellness szállodák szauna és gőzfürdő kínálata 2007-ben (szállodák %-ban)
 Forrás: Magyar Turizmus ZRt. 2007

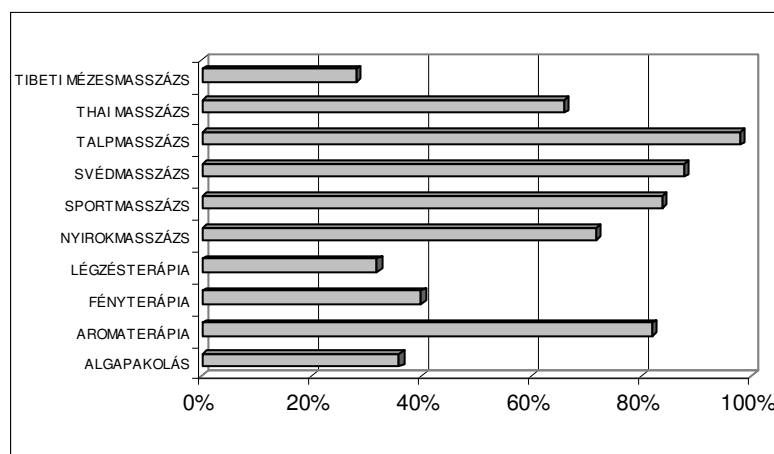
A fogyasztók által a fürdők után legkedveltebb és leggyakrabban igénybevett (KPMG) wellness tevékenységek körébe tartozó wellness terápiákat és relaxációs szolgáltatásokat (14. ábra) országsszerte széles körben nyújtották a szállodák (átlagosan 14-félét).



14. ábra. A hazai wellness szállodák által nyújtott leggyakoribb wellness terápiák 2007-ben (szállodák %-ban)
 Forrás: Magyar Turizmus ZRt. 2007

Jelentős területi különbség volt a különböző régiók szállodái által nyújtott szolgáltatások száma között. Az alföldi hotelekben kevesebbet, átlagosan 11,3, míg a nyugat-dunántúli hotelek több mint 17 ilyen szolgáltatással várták a vendégeket. A mintában 18 olyan wellness szálloda volt, amelyik nagyszámú (legalább 16-féle) terápiás és relaxációs szolgáltatást nyújtott. Ezek közül 15 a Nyugat-Dunántúlon (83,3%), kettő Budapesten, és egy az Észak-Alföldön működött. A leggyakrabban kínált wellness terápiák az iszappakolás, az életmód tanácsadás és a gerinctorna, amelyek a hotelek több mint kétharmadának wellness szolgáltatásai között megtalálhatóak voltak.

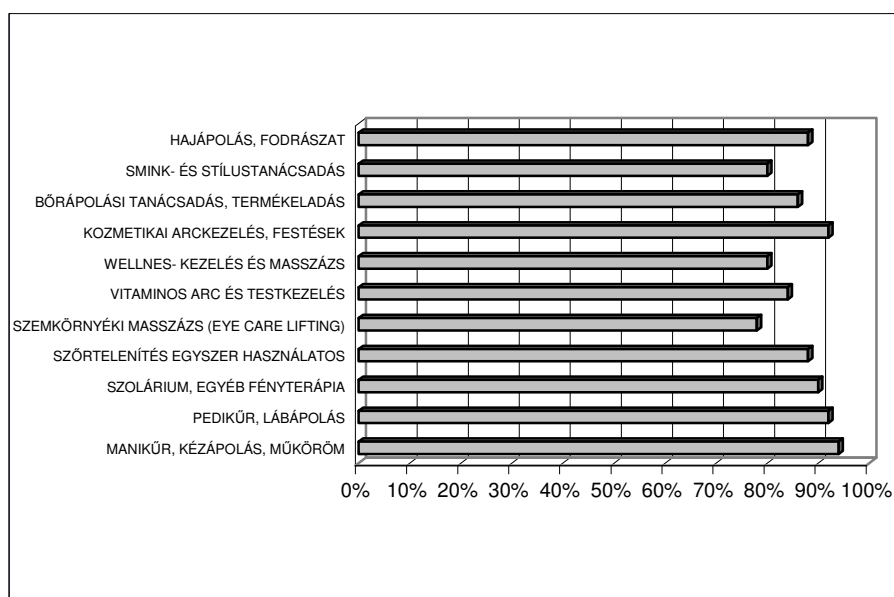
A mintában szereplő wellness szállodák legalább kétharmadában igénybe vehette a vendég az aromaterápia mellett a talp-, svéd-, sport-, nyirok- és thai masszázst (15. ábra). Ezek a szállodák a piaci igényeket követve gyorsan változtatták és bővítették relaxációs kínálatukat, amelyben a hagyományos (talp-, sport- és svéd) masszázssok mellett jelentős szerepet kaptak a különböző távol-keleti masszázss és kezelési formák.



15. ábra. A hazai wellness szállodák által nyújtott leggyakoribb relaxációs szolgáltatások 2007-ben (szállodák %-ban)

Forrás: Magyar Turizmus ZRt. 2007

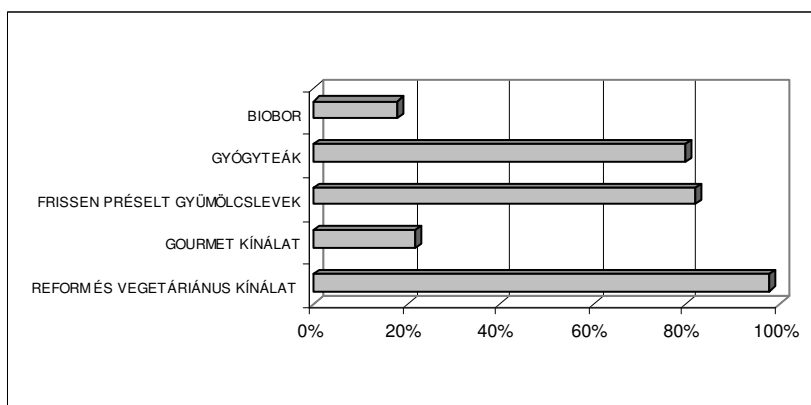
Az előzőekben már hivatkozott wellness rendelet minimum kritériumaiban a szépségápolásra megfogalmazott elvárásokat messze meghaladta a hazai wellness szállodák beauty kínálata (16. ábra). A minta minden egyes wellness szállodája legalább 10 beauty szolgáltatást kínált vendégeinek. Az ilyen típusú szállodák 2007-ben átlagosan 17,5 szépségápolási szolgáltatást nyújtottak. A szállodák harmada minősült úgynevezett beauty hotelnek, a Magyar Turizmus ZRt. kiadványa szerint.



16. ábra. A hazai wellness szállodák által nyújtott leggyakoribb szépségápolási szolgáltatások 2007-ben (szállodák %-ban)

Forrás: Magyar Turizmus ZRt. 2007

A hazai hotelek átlagosan három fajta, a wellness életmóddal összhangban álló étel- és italajánlattal rendelkeztek. Mindegyik ház étterme rendelkezett legalább kétféle, minden negyedik pedig legalább négyféle wellness gasztronómiai kínálattal (17. ábra).

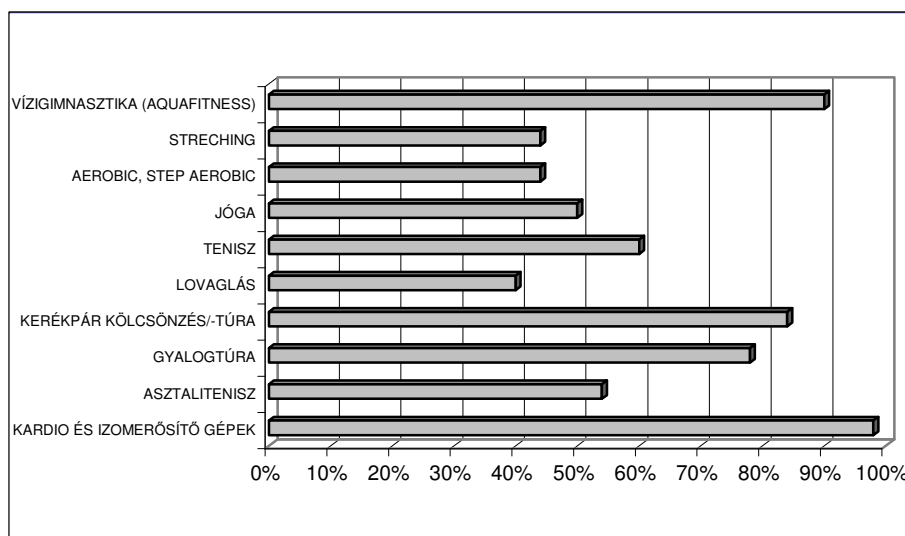


17. ábra. A hazai wellness szállodák gasztronómiai kínálata 2007-ben (szállodák %-ban)

Forrás: Magyar Turizmus ZRt. 2007

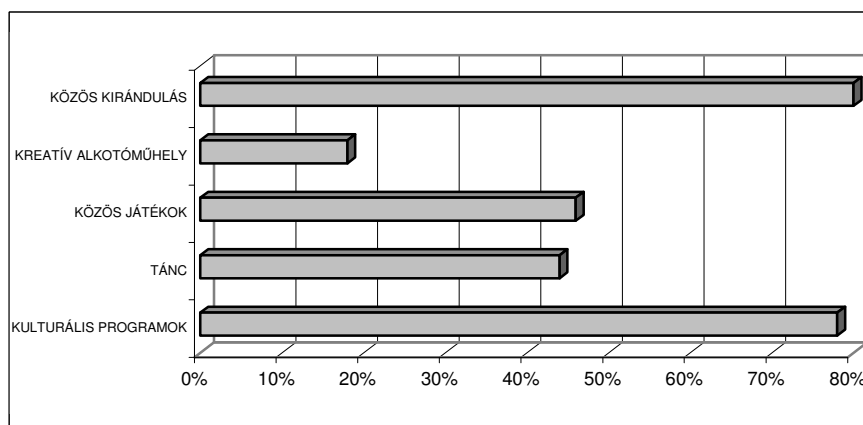
2002-ben a hazai wellness szállodákban vendégként megforduló külföldiek számára az egyik legnagyobb hiányt és leggyakrabban említett problémát a sportolási lehetőségek szűkössége jelentette (KPMG 2002). 2007-ben átlagosan több mint 7-féle sport-, vagy mozgásformát vehettek igénybe a vendégek, a vizsgált wellness szállodák körében (18. ábra). Minden ötödik hotelben legalább 10-féle sportolási lehetőség közül választhattak a vendégek, de a Nyugat és

Észak Európában látható elsősorban sport orientációjú hotelek hiányoztak a hazai wellness szállodai kínálatból.



18. ábra. Sport kínálat a hazai wellness szállodákban 2007-ben (szállodák %-ban)
 Forrás: Magyar Turizmus ZRt. 2007

A GKM rendeletben kötelezően előírt közösségi programok közül a hazai wellness szállodák átlagosan csaknem három (2,8) programot kínáltak, a dunántúli egységek ennél átlagosan többet, a budapestiek és az alföldiek kevesebbet (19. ábra).



19. ábra. Közösségi programok a hazai wellness szállodákban 2007-ben (szállodák %-ban)
 Forrás: Magyar Turizmus ZRt. 2007

5.4.2. A hazai wellness-turisztikai piac keresleti jellemzői

A hazai wellness szolgáltatók közül csak a szállodák keresleti viszonyairól áll rendelkezésre pontos és aktualizált adatbázis, míg a fürdők (amelyek forgalmáról a tervek szerint 2009-től

gyűjt adatokat a KSH) és a napi wellness szolgáltatók esetében nincs ilyen használható statisztika.

Az elmúlt években a hazai (KSH által regisztrált) wellness szállodák vendégforgalma az összes hazai szállodatípus között a leggyorsabb növekedést mutatta. Ez a korábbi évek trendjéhez viszonyítva csökkenő ütemű de a kereskedelmi szálláshelytípusok közül még mindig a legdinamikusabb bővülést mutatja (9. táblázat).

9. táblázat. A legnagyobb forgalomműveléssel jellemezhető kereskedelmi szálláshely típusok 2007-ben

Kereskedelmi szálláshely típusok	Vendégek számának változása az előző évhez viszonyítva	Vendégéjszakák számának változása az előző évhez viszonyítva
Wellness szállodák	116,1	113,6
Apartmanszállodák	114,5	111,5
4 csillagos szállodák	108,0	106,6
5 csillagos szállodák	106,0	105,8
Kempingek	110,8	105,7
3 csillagos szállodák	103,8	101,8
Gyógyszállodák	103,4	101,8

Forrás: KSH 2008.

A 10. táblázat adataiból látszik, hogy mind a vendégek száma, mind az általuk eltöltött éjszakák száma évről évre emelkedett, amelynek következtében a forgalmi mutatók több mint háromszorosára növekedtek a három évvel korábbi időponthoz képest. A külföldi és belföldi vendégek arányát vizsgálva elmondható, hogy a wellness szállodákban a hazai vendégkör a meghatározó, hiszen a vendégek több mint háromnegyede, a vendégéjszakák kétharmada belföldi vendégek által realizálódott 2007-ben, és ezek az arányok a korábbi években is hasonlóan alakultak. Kedvező folyamatnak tűnik a hazai vendégkör alakulása mellett a tendenciózus vendég- és vendégéjszaka szám növekedés a külföldiek esetében. A KSH gyorsjelentése szerint 2008 első félévében az eltöltött vendégéjszakák száma tovább növekedett, mind a külföldiek (16,8%-kal), mind a hazai fogyasztók esetében (18,1%-kal).

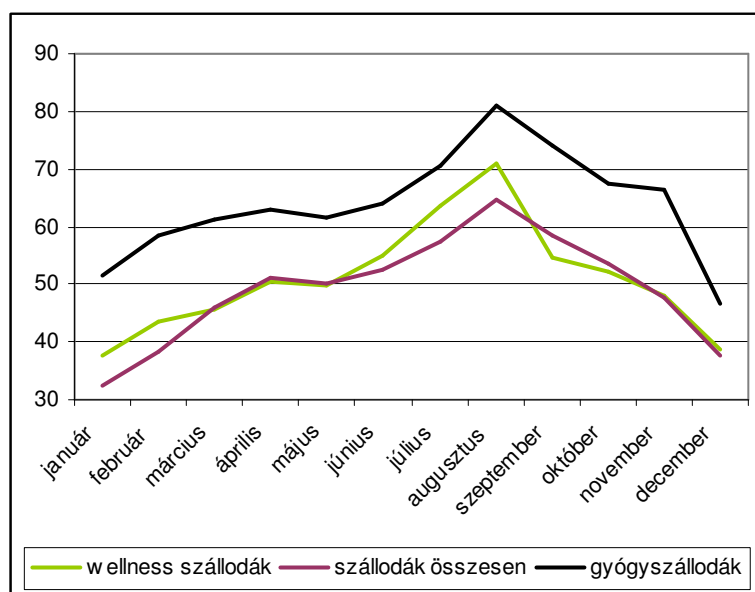
10. táblázat. A hazai wellness szállodák vendégforgalmának alakulása 2004-2007

Wellness szállodák	Vendégek száma (ezer)			Vendég-éjszakák száma (ezer)		
	Külföldi	Belföldi	Összes	Külföldi	Belföldi	Összes
2004	39,45	115,9	155,4	171,5	241,3	413,0
2005	52,3	230,7	283	211,3	490,3	701,7
2006	108,6	399,5	508,1	372,5	882,3	1254,8
2007	131	459	590	396	1029	1425
2007/2004 (%-ban)	+332,1%	+396%	+379,6%	+230,9%	+426,4%	+302,6%

Forrás: KSH 2005-2008.

Az egészségturizmus egyéb formáinál látható átlagosnál hosszabb tartózkodási idő nem jellemző a wellness szállodákban töltött időre. A 2,41 éjszakás átlagos tartózkodási idő alacsonyabb, mint a kereskedelmi szálláshelyek 2,69-es, vagy a szállodák 2,6-es értéke (2007-ben), amelyek a korábbi években sem érték el az országos átlagot. Kivételt jelent ez alól az átlagosnál több napot a szállodában töltő külföldi vendégkör. A külföldiek kereskedelmi szálláshelyeken (2,94 éjszaka), illetve szállodákban (2,75 éjszaka) eltöltött átlagos tartózkodási idejénél a wellness hotelekben hosszabb időt töltöttek (átlagosan 3,02 éjszakát) a külföldi vendégek 2007-ben.

A szezonális a szállodák átlagához hasonlóan a kapacitáskihasználtság némileg kedvezőbben alakul a wellness hotelekben (20. ábra). 2007-ben a kereskedelmi szálláshelyek átlagos 41,8%-os és a szállodák 49,8%-os kihasználtságához képest a wellness szállodák szoba kapacitásának 51%-os kihasználtsága kedvezőbb, de jelentősen elmarad a gyógyszállók hasonló mutatója (63,9%) mögött. A kihasználtságban látható szezonális tendenciáját tekintve hasonlóan alakul a szállodai átlaghoz, amelytől pozitív irányba csak a fődényben és az év első két hónapjában tért el.



20. ábra. A szállodai kapacitás kihasználtságának alakulása 2007-ben (%-ban)

Forrás:KSH 2008.

A wellness-turizmus számára a (hasonlóan a hazai turizmus egészéhez, ahol a beutazók ötödét a németek jelentik) legfontosabb küldőország Németország. Bár a hazánkba érkező német vendégek száma valamelyest csökkent az elmúlt években, az ideérkezők érdeklődése fokozódik a gyógy- és wellness hotelek⁵⁸ iránt (STROMPF K. 2005). 2005-ben minden harmadik, a német vendégek által hazánkban töltött vendégéjszaka gyógy- és wellness

⁵⁸ A külföldiek szálláshely igénybevételéről közölt adatokban együtt kezelik a gyógy- és wellness szállodákat.

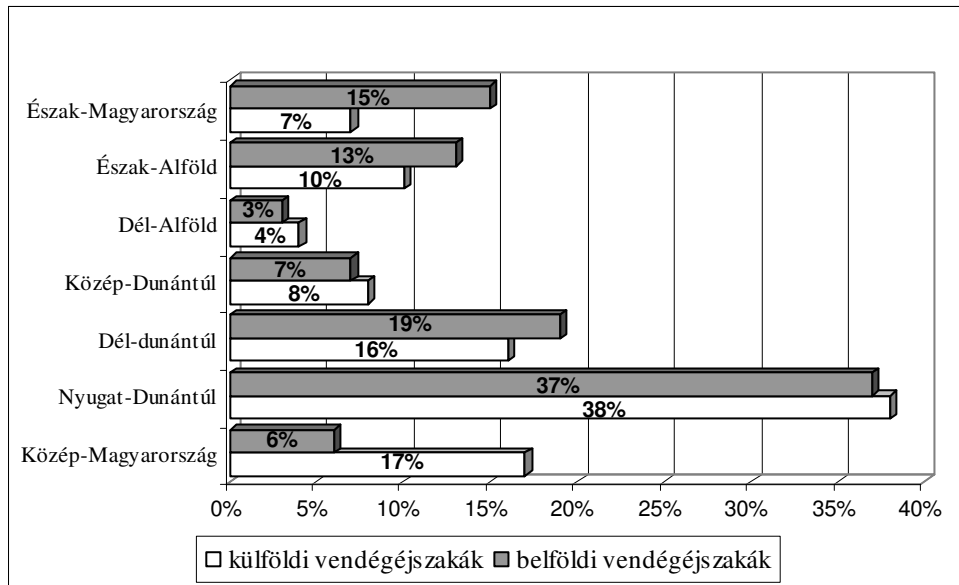
hotelben realizálódott, ami majd 10%-os növekedést jelent a 2001-es viszonyokhoz képest (KSH 2007). Németország mellett fontos küldőországok (jelentőségük szerinti sorrendben) Ausztria, Nagy Britannia, Japán, Olaszország, Svájc és az USA. Az osztrákok által hazánkban töltött vendégéjszakák 42%-a már gyógy- és wellness szállodákban valósul meg. Az elmúlt években jelentősen növekedett a Svájcból és Oroszországból érkező hazai egészségturisztikai szolgáltatásokat igénybevevő vendégek száma. (KSH 2008)

A KPMG csoport a 2002-ben hazánkban tartózkodó külföldiek körében lebonyolított felmérései alapján a wellness iránt érdeklődőknek a nemzetközileg versenyképes szolgáltatási színvonal jelentett vonzerőt. A megkérdezettek problémának látták, hogy a wellness szolgáltatóknál kevés lehetőség volt sport- és szórakozási programok igénybevételére, a szolgáltatók a nyugat-európai viszonyokhoz képest rövid ideig tartottak nyitva, valamint, hogy nem elegendő tájékoztatást jutott el hozzájuk a magyar gyógytényezők kedvező hatásairól, melyeket a küldő országok háziorvosai is kevésbé ismertek.

A hazai wellness szolgáltatóknál, így a szállodáknál, fürdőknél és a napi wellness szolgáltatóknál is, a vendégek többségét a belföldi utazók adják. A KPMG csoport kutatása alapján 2001-ben a magyar lakosság 13,6%-a vett igénybe wellness szolgáltatásokat utazásai során. A KSH felmérése szerint (2008) a hazai vendégek körében, a wellness szállodák látogatásának motivációi között elsősorban a szabadidő eltöltés, a rekreáció szerepel (67%), amelyek mellett 18% gyakorisággal konferencia, vagy kongresszus részvétel, illetve üzleti utazás (15%) jelenik meg (KSH 2008). Az egészségturisztikai célú utazásokban résztvevők csoportosítása alapján az „egészségtudatos” emberek (akik némileg eltérő igényekkel minden korosztályban jelen vannak) jelentik a wellness-turizmus fő célcsoportjait (BUDAI Z. – SZÉKÁCS O. 2001). A KPMG vizsgálata szerint, demográfiai és társadalmi jellemzőiket tekintve az átlagosnál magasabb arányban vettek részt a fővárosban élők, a fiatalabb korosztály tagjai és a magasabb iskolai végzettségűek a wellness-turizmusban (KPMG 2002).

5.4.2.1. Területi koncentráció a wellness szállodák keresleti viszonyaiban

A wellness szállodák iránt megnyilvánuló keresletben is (hasonlóan a kínálati viszonyokhoz) jelentős területi különbségek tapasztalhatók. A külföldi vendégek által wellness szállodákban töltött vendégéjszakák csaknem háromnegyede a Nyugat és a Dél-Dunántúl, illetve Közép Magyarország szállodáiban realizálódott 2007-ben. Az Észak-magyarországi és Alföldi régiókban a külföldi vendégek száma alacsonyabb, mint az a szállodai kínálatban betöltött arányuk alapján várható lenne (21. ábra).



21. ábra. Wellness szállodákban a külföldi és a hazai vendégek által eltöltött vendégéjszakák megoszlása régióként 2007-ben (%-ban)

Forrás: KSH 2008

A hazai vendégek által wellness szállodákban eltöltött éjszakák számának megoszlásában is a Nyugat- és a Dél-dunántúli régiók emelkednek ki, de ebben a kategóriában már az Észak-alföldi és Észak-magyarországi régiók is jelentősebb aránnyal rendelkeznek. A keresleti viszonyokban látható területi egyenlőtlenségek mértéke 2007-ben nagyobb volt, mint a kínálatnál tapasztalható, hiszen a külföldiek által eltöltött vendégéjszakák esetében is (Hoover index értéke 0,5596, míg a Hirschmann- Herfindahl mutatóé 0,1314) és a hazai vendégéjszakák (Hoover=0,4806, a Hirschmann- Herfindahl=0,1219) esetében is a koncentráció mérésére használt indexek értékei jelentősebb területi koncentrációt mutattak a kínálati viszonyokhoz képest.

A keresletben látható területi koncentráció térbeli struktúrája eltér a kínálatétól, ami a megoszlást befolyásoló tényezők esetében is tapasztalható. A külföldi vendégek által eltöltött vendégéjszakák térbeli megoszlása a szállodai kínálatnál szorosabban követi az egészségturizmusnak nyújtott állami támogatások elosztásában tapasztalható területi struktúrát, amely mellett közepes erősségű kapcsolat látható a nyugati küldőországoktól való közúti távolság⁵⁹ esetében is (11.táblázat). Ezek mellett a külföldi vendégek keresletének megoszlását befolyásolja még a kínálat elhelyezkedése, amely mellett, hasonló térbeli struktúra látható az üdülési csekk keresletének területi megjelenésével. A belföldi vendégek keresletének megoszlása szorosabban követi a kínálat elhelyezkedését, mint az a külföldiek esetében látható volt. A belföldi kereslet térbeli struktúrájára legjelentősebb hatással a

⁵⁹ A negatív előjel azt mutatja, hogy a távolság csökkenésével nő a sűrűsödés a keresleti viszonyokban.

wellness szállodai kínálatban, illetve az üdülési csekk keresletében és kínálatában tapasztalható területi megoszlás volt. Ezek mellett közepes erősségű kapcsolat volt még a természetes gyógytényezők esetében is. Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy hasonlóan a kínálathoz a területi fejlettségben látható eltéréseket a wellness szállodák iránti kereslet sem követi.

11. táblázat. A külföldi és a hazai vendégek wellness szállodai keresletének területi koncentrációját befolyásoló tényezők

Tényezők	Külföldi vendégéjszakák	Belföldi vendégéjszakák	Összesen
Nyugattól való közúti távolság km-ben	-,454*		
Szignifikancia szint	,044		
Wellnes hotelek	,565**	,704**	,703**
Szignifikancia szint	,009	,001	,001
Gyógytényezők gyógyvíz nélkül		,524*	,528*
Szignifikancia szint		,018	,017
Összesen a gyógytényezők		,475*	
Szignifikancia szint		,034	
Állami támogatások 2001-2006	,653**		,504*
Szignifikancia szint	,002		,023
Kereskedelmi szálláshelyeken elköltött üdülési csekk	,536*	,763**	,736**
Szignifikancia szint	,015	,000	,000
Fürdőkhöz elköltött üdülési csekk	,627**	,787**	,783**
Szignifikancia szint	,003	,000	,000
Egészségmegőrzésre elköltött üdülési csekk	,612**	,641**	,671**
Szignifikancia szint	,004	,002	,001
Sportra elköltött üdülési csekk		,633**	,605**
Szignifikancia szint		,003	,005
Szállodai elfogadóhelyek	,518*	,750**	,721**
Szignifikancia szint	,019	,000	,000

Forrás: saját számítás

Megjegyzés: A táblázatban a Pearson-féle korrelációs együtthatók értéke, illetve az ahhoz kapcsolódó szignifikancia szint került bemutatásra.

5.4.3. A hazai wellness-turisztikai piac keresleti és kínálati viszonyainak összehasonlítása

Mind a keresleti, mind a kínálati viszonyokban jelentős különbségek tapasztalhatók a hazai wellness-turizmusban. A kínálati oldalon a wellness szállodák esetében egy tendenciózus területi kiegyenlítődési folyamat látható, amely szállodai kínálat jelenlegi (gyenge-közepes mértékű) területi koncentrációja közel hasonlóan alakul, mint a wellness szolgáltatásokat nyújtó további szolgáltató típusok esetében. A wellness kínálat mindhárom eleménél lényegesen erősebb területi koncentráció volt jellemző a wellness szállodai forgalommal vizsgált kereslet megjelenésére 2007-ben. A területi egyenlőtlenségek esetében látható különbségek egyben azt mutatják, hogy a kereslet és a kínálat térbeli struktúrája között, annak hasonlósága ellenére bizonyos eltérések láthatók, mivel a kereslet területileg koncentráltabban, inkább néhány (Nyugat-és Dél-Dunántúl, külföldiek esetében még Közép-

Magyarország) országrészre jellemző, így nem követi az egyre egyenletesebb kínálati struktúráját. A területi struktúrában látható különbségek megjelennek a térbeli megoszlást befolyásoló tényezők esetében is. A wellness szállodai kínálat területi megjelenésében több természeti tényező térbeli elrendeződését követi (pl. gyógytényezők, természetvédelmi területek), amely mellett strukturáló hatása volt még a szállodai kínálat, az üdülési csekk forgalom és az állami támogatások térbeli eloszlásának is. A wellness szállodákban realizált forgalom térbeli eloszlását a külföldi vendégek esetében ezzel szemben egyáltalán nem határozták meg a természeti tényezők, amelyek mellett viszont befolyásolta a nyugati küldőországoktól való földrajzi távolság, vagy a kínálatnál sokkal szorosabban az állami támogatások megoszlása. A belföldi vendégek által eltöltött vendégéjszakák térbeli eloszlása szemben a külföldi vendégforgalommal, sokkal inkább megegyezik a kínálat esetében látható területi struktúrával, amelynek köszönhetően a befolyásoló tényezők köre is hasonlóan alakul. A belföldi vendégforgalom szorosan követi a wellness szállodai kínálat és az üdülési csekk forgalmában, illetve közepes erősséggel néhány természetes gyógytényező megjelenésében látható térbeli eloszlást. Fontos hasonlóság, hogy a wellness szállodák esetében sem a kereslet, sem a kínálat térbeli elrendeződését nem befolyásolja szignifikánsan a területi fejlettség, illetve a turisztikai forgalomban látható területi különbségek. A szállodai kínálat térbeli elhelyezkedésével szemben a napi wellness szolgáltatók megjelenése (és ezzel feltételezhetően a kereslet is) alapvetően követi a hazai fejlettségi és településhálózati különbségeket.

6. A Dél-dunántúli régió wellness-turisztikai helyzete

6.1. A régió természeti, társadalmi, gazdasági és turisztikai viszonyainak bemutatása

A régió wellness-turizmusának vizsgálata előtt röviden bemutatom a Dél-dunántúli régió általános demográfiai, társadalmi és gazdasági viszonyait, mivel ezek alapvető keretfeltételként jelennek meg a vizsgált turisztikai termék számára is.

6.1.1 A Dél-dunántúli régió általános bemutatása

A Dél-dunántúli tervezési- statisztikai régió Baranya, Somogy és Tolna megyéket foglalja magába. A régió az ország dél-nyugati, a Dunántúl déli részén, a Duna, Balaton és a Dráva

hegységek, valamint síksági területek egyaránt megtalálhatók (KPMG 2006). Tájegységei a Belső-Somogy, Külső-Somogy, Kapos-völgy, Zselic, Tolnai-hegyhát, Szekszárdi-dombság, Mecsek és a Villányi-hegység, Dráva és a Duna mente. A régió felszín alatti és felszín feletti vizekben, valamint termál- és gyógyvizekben egyaránt gazdag (KOVÁCS M 2005). A régióhoz tartozik Közép-Európa legnagyobb tava, a Balaton, amely mellett sok, idegenforgalmi céllal már kihasznált kisebb állóvíz (Baláta-tó, Fadd-Dombori, Abaliget, Orfű, Deseda-tó, Szálkai-tó) is található. A két legjelentősebb folyóvíz a Duna és a Dráva, amelyek gazdasági és közlekedés-földrajzi jelentőségükön túl, sajátos természeti viszonyaikkal is egyedi vonzerőt jelentenek a turizmus számára (különösen a 49 ezer hektár nagyságú Duna-Dráva Nemzeti Park) (AUBERT A. - SZABÓ G. 2005).

A Dél-Dunántúl klímája délies (mediterrán) jegyeket viselő kontinentális, aminek köszönhetően a napsütéses órák száma magasabb (évi 1900-2000 óra), a hőmérsékleti viszonyok kiegyenlítettebbek az országos átlagnál, amely kedvező éghajlati viszonyokat eredményez a turizmus számára (KPMG 2006).

6.1.3. Gazdaság, munkaerőpiac, demográfiai viszonyok

A régió gazdasága (az egy főre jutó GDP alapján) jelentősen elmarad az országos és a dunántúli átlagtól is, az egy főre jutó GDP 2006-ban az országos átlag 69,4%-a volt, ami az alföldi régiókhoz hasonló gazdasági teljesítményt mutat. A régió foglalkoztatottsági viszonyaira 2008 első negyedévében is, hasonlóan a korábbi évekhez, az országos átlagnál alacsonyabb aktivitási és magasabb munkanélküliségi ráta (10,3%) volt jellemző. Hasonlóan kedvezőtlen adatok jellemzők az átlagkereset tekintetében is, ahol mind a bruttó, mind a nettó jövedelem⁶¹ esetében jelentős elmaradás tapasztalható az átlagos hazai viszonyoktól (KSH 2008).

A hazánk lakosságának kevesebb, mint 10%-át adó régió népességét folyamatos, az országos átlagot meghaladó természetes fogyás (2007-ben -3,5 fő/1000lakos) és elvándorlás jellemzi (az elmúlt nyolc évben átlagosan 11 398 fős vándorlási veszteség volt jellemző) (KSH 2008). A régió lakosságának nemzeti és etnikai összetétele rendkívül sokszínű. A régió legfontosabb, legnagyobb és egyben arculatformáló csoportjait a németek (21835 fő 2001-ben), horvátok (5412 fő 2001-ben) és a romák jelentik, amelyek mellett néhány száz főből álló nemzetiségi csoportot alkotnak még a bolgárok, szerbek és a görögök. Itt él a hazánkban

⁶¹ A bruttó átlagos jövedelem 164 950Ft volt 2008 első félévébe, ami több mint 30 ezer forinttal alacsonyabb az országos átlagnál, az átlagos nettó jövedelem pedig 106 028Ft volt, szemben a hazai 120 826Ft-os átlagkeresettel (KSH 2008).

elő németek 30%-a (főleg Kelet-Baranyában és Tolna megyében), a horvátok több mint harmada (a Dráva-mentén és Mohács környékén) és a romák 13%-a (főleg az Ormánság, a Zselic és a Hegyhát területén). A nemzetiségi sokszínűségéből adódó multikulturalitás egyedi értékeivel számottevően növeli a régió idegenforgalomi kulturális vonzerejét (KSH 2008).

A Dél-Dunántúl népességének képzettségi szintje alacsonyabb, mint az országos átlag. Magas az analfabéták száma (0,7%), illetve az országos átlagnál alacsonyabb a közép- (33,7%) és felsőfokú iskolai (10% volt ez az arány 2001-ben a megfelelő életkorúak) végzettséggel rendelkezők aránya (KSH 2002).

A régió városhiányos területekkel, apró- és kistelepülések dominanciájával jellemezhető településszerkezete igen kedvezőtlen. A településhálózat mintegy 75%-át az aprófalvak (1000 fő alatt) adják, melyekben a lakosság 20%-a él (Baranyában a települések 70%-ában 500 főnél kevesebben élnek). A régió legnagyobb városai a megyeszékhelyek (Pécs, Kaposvár, Szekszárd), melyek lakosságuk között jelentős különbségek vannak, de mindhárom településről elmondható, hogy rendelkeznek agglomerációs és szuburbán terekkel. További nagyobb települések Paks, Dombóvár, Siófok, Komló, melyek mellett a városi funkciókat általában hiányosan ellátó városok még Bonyhád, Siklós, Tamási, Nagyatád, Szigetvár, Marcali, Mohács, Sásd, Kozármisleny és Barcs (FÜZESI ZS. – ILLÉS T. – TISTYÁN L. – CZIRJÁK L. 2004).

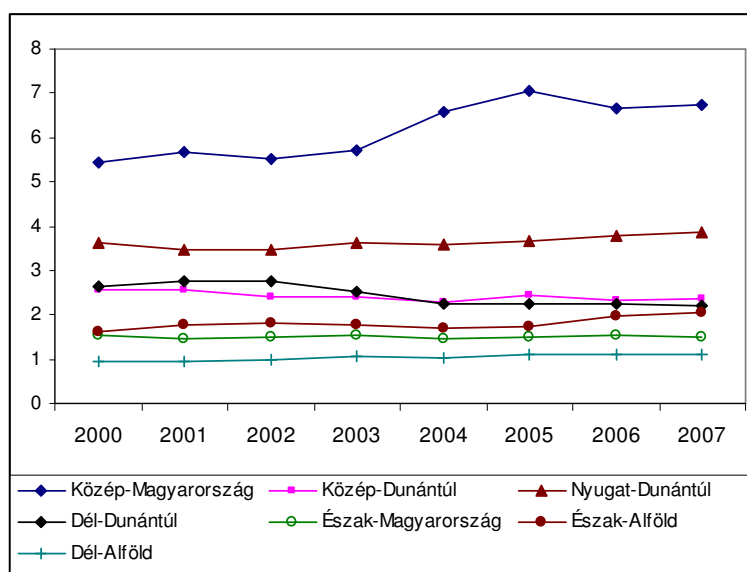
6.2. A Dél-dunántúli régió turisztikai helyzete⁶²

A régió az idegenforgalom számára kiemelkedően jó adottságokkal és kedvező potenciállal rendelkezik (AUBERT A. – SZABÓ G. 2005, KPMG 2006). A Magyar Turizmus ZRt. által megfogalmazott vonzerő-kategorizálási rendszer szerint mind a természeti, mind a kulturális, valamint a speciális vonzerőcsoportban is rendelkezik a régió nemzetközi vonzótényezővel. Fontos turisztikai potenciál rejlik az olyan különleges természeti értékekben, mint a Duna-Dráva Nemzeti Park egyedi arculata, a feltárt termálvízkinccs, vagy a falusi-, öko-, lovas-,

⁶² A hazai idegenforgalom alakulásának területi vizsgálatokor figyelembe kell venni, hogy a gyakorlatban, (a KSH adatszolgáltatás tekintetében is) két egymástól területi felosztásban eltérő regionális rendszer létezik. A Dél-dunántúli régió tervezési-statisztikai régióként magába foglalja Somogy, Tolna és Baranya megyék teljes területét, beleértve a Balaton déli partjának Somogy megyei részét. A Dél-Dunántúl Turisztikai Régió ezzel szemben kisebb területre terjed ki, amely nem tartalmazza a Balaton Turisztikai Régióhoz tartozó somogyi tóparti és háttérterületeket. A disszertációban a tervezési-statisztikai régiót használom a vizsgálat területi egységként. Természetesen a Balaton-part jelentősebb volumenű turizmusa miatt kedvezőbb mutatók, és fokozottabb területi koncentráció jellemző a régióra, szemben a turisztikai felosztással, amely idegenforgalmi piacát tekintve stagnáló, az ország egyik legalacsonyabb forgalmával jellemezhető területét jelenti (2007-ben a vendégek 5, a vendégéjszakák 4,4%-át adják az országos forgalomnak, amely a megelőző évhez képest csökkenést jelent.).

vadász-, vízi- és aktív turizmus számára kedvező domborzati, vízrajzi, növény- és állatföldrajzi viszonyokban. Ezek mellett fontos vonzó tényezőt jelentenek a kultúrtörténeti emlékek (mint például az Ókeresztény sírkamrák Pécsen, Somogyvár és Jakabhegy középkori emlékei, Pécsvárad, Szigetvár, illetve a meglévő egyházi emlékek, épületegyüttesek, várak, múzeumok), a folklórhagyományok, a gasztronómiai, valamint borászati adottságok és tradíciók, illetve a különböző kulturális és szabadidős rendezvények. Ezen adottságok széles körben történő bemutatásának és hatékonyabb turisztikai kihasználásának jó lehetőségét nyújtja az Európai Kulturális Főváros 2010 programév, nem csak Pécs, hanem az egész régió számára.

Az ország régióinak turisztikai helyzetét vizsgálva látható, hogy a Dél-Dunántúl a középmezőnyben helyezkedve a negyedik legjelentősebb forgalommal rendelkező régió (23. ábra). Az ország kereskedelmi szálláshely-kapacitásának 18%-a található itt, ahol a hazai szálláshelyeken megszálló vendégek 10,8%-a (806,8 ezer fő) a vendégéjszakák 11%-t (2,21 millió éjszakát) töltötte. A vizsgált időszakban (1999-2007) a többi régiónál nagyobb ütemű vendégéjszaka (372,6 ezer éjszakával töltöttek kevesebbet 2007-ben, mint 2000-ben) csökkenés jellemző a régióra, amelyet az időszak során a balatoni szolgáltatóknál tapasztalt forgalomnövekedés is csak mérsékelni tudott.



23. ábra. A kereskedelmi szálláshelyeken töltött vendégéjszakák számának alakulása régióként a 2000-2007 időszakban (millió vendégéjszaka)
(Forrás: KSH 2001-2008)

A Dél-dunántúli régióban a vendégéjszaka szám visszaesése elsősorban a külföldről érkező vendégek számának többi régiót meghaladó mértékű és arányú visszaesése (12. táblázat), másrészt a turisták átlagos tartózkodási idejének átlagon felüli mértékű csökkenésére

vezethető vissza (2000-ben 3,67 átlagosan eltöltött éjszakáról 2007-ben 2,74-ra csökkent ez a szám).

A forgalmi visszaesés eltérő mértékben érintette a régió megyéit. A vizsgált időszakban Somogy megye könyvelhette el a legnagyobb forgalmi veszteséget, amelyet nem tudott ellensúlyozni a belföldi vendégek által eltöltött vendégéjszakák számának 227 ezres növekedése sem. Baranya megyében több mint 10%-kal esett vissza a vendégéjszakák száma, míg Tolna megye esetében ugyanakkor 44%-os növekedés volt tapasztalható, amely csekély részesedése és volumene miatt nem tudta ellensúlyozni a másik két megye által mutatott csökkenést.

12. táblázat. Külföldiek által kereskedelmi szálláshelyeken eltöltött vendégéjszakák száma 2007-ben, illetve azok változása 2000-hez viszonyítva

Régió	Vendégéjszakák száma (db)	Vendégéjszakák számának változása 2000-hez képest (db)	Vendégéjszaka szám aránya bázis év 2000=100 %
Közép-Magyarország	5 454 134	+1 183 769	127,72%
Közép-Dunántúl	989 633	-549 033	64,31%
Nyugat-Dunántúl	1 800 567	-154 080	92,11%
Dél-Dunántúl	692 701	-710042	49,39%
Észak-Magyarország	242 982	-85 586	73,95%
Észak-Alföld	633 645	-109 922	85,21%
Dél-Alföld	160 791	-114 459	58,41%
Ország összesen	10 170 808	-343017	96,73%

Forrás: KSH 2008

A külföldről érkező vendégek aránya a vizsgált időszakban mind három megyében folyamatosan csökkent. A régiós szálláshelyeken realizált 692 ezer vendégéjszaka a külföldiek által hazánkban töltött éjszakáknak csak 6,5%-t jelenti, ami a régió országos idegenforgalmi súlya alapján várhatóan lényegesen kisebb külföldi vendégkört jelent. 2007-ben a külföldi vendégek csaknem háromnegyede (74,5%) érkezett Somogy megyébe (elsősorban a Balatonra), 21,7%-a Baranyába, és csak 3,8%-a Tolna megyébe. A legfontosabb küldőországok Németország, Hollandia, Ausztria, Olaszország, Csehország és Dánia. A régió kereskedelmi szálláshelyein a külföldiek által eltöltött vendégéjszakák több mint kétharmada német vendégektől származott.

A külföldi vendégkör csökkenésével párhuzamosan minden megyében növekedett a belföldi vendégek aránya. 2007-ben a Nyugat-Dunántúl után a második legnagyobb belföldi vendégkörrel rendelkező régió volt a dél-dunántúli, az országos vendégszám 15-, a vendégéjszakák 16%-val. 2000-hez képest több mint 26%-kal növekedett a régióba látogató hazai vendégek száma (KSH 2008) (13. táblázat).

13. táblázat. A vendégéjszakák számának alakulása a régió megyéiben 2007-ben

Megye	Vendégéjszakák száma (éj)			Változás aránya 2000-hez képest (%-ban)		
	külföldiek	belföldiek	összesen	külföldiek	belföldiek	összesen
Baranya	150 647	452 945	603 592	53,39	114,72	89,16
Somogy	513 175	1 012 007	1 525 182	47,24	128,92	81,51
Tolna	28 879	123 480	152 359	83,81	173,41	144,19
Régió összesen	692 701	1 588 432	2281133	49,39	126,97	83,52

Forrás: KSH 2008

A régió turisztikai helyzetében a meglévő kedvező adottságok ellenére látható negatív tendenciákat a szakemberek⁶³ elsősorban az alábbi tényezőkkel magyarázzák (AUBERT A.-SZABÓ G. 2005, KPMG 2006):

- A régió megközelíthetősége egyes helyszínek kivételével (Balaton-part) rossznak minősíthető. Hiányzik a régió nagy részét érintő autópálya, a meglévő úthálózat elavult, a regionális repülőterek befogadóképessége és forgalma alacsony, a tömegközlekedés a régió nagy részén nem megfelelő.
- Problémát jelent a szűkös és koncentrált szálláshelykínálat, amelyből elsősorban a magasabb kategóriájú szállodák hiányoznak. Ez utóbbi problémát a magánszálláshelyek fejlett hálózata sem ellensúlyozza. Ötcsillagos szálloda 2007-ben egy üzemelt a régióban, a tíz négycsillagos szálloda eloszlása is rendkívül koncentrált volt, hiszen ezek a Balaton parton (elsősorban Siófokon), Bicalon és Hőgyészen találhatóak. A magas kategóriájú szálláshely hiánya elsősorban a megyeszékhelyeken jelent komoly akadályt a minőségi turizmus további fejlődésében. Pécs, Kaposvár, Szekszárd esetében kedvezőtlen, hogy a szálláshelykínálat sem mennyiségben, sem minőségben nem éri el a hasonló nagyságú városok kínálatát. Problémát jelent, hogy Siófok és Harkány és tavaly óta Visz kivételével a régióban sehol nem képviseltetik magukat olyan szállodaláncok, amelyek nemzetközi viszonylatban is a jó minőség garanciáját jelentik. Magánszálláshelyek tekintetében a régió kínálata kiemelkedő: az ország magánszálláshelyeinek 45%-a itt található, ugyanakkor ezek elsősorban a Balaton mentén, valamint a siklósi, dombóvári és pécsi kistérségekben csoportosulnak, koncentrátságuk tehát a kereskedelmi szálláshelyekéhez hasonló.
- A korábban nagy vonzerővel rendelkező turisztikai attrakciók veszítettek jelentőségükből. Ilyen csökkenő vonzerejű kínálati elem a Balaton-parti üdülés, vagy az egészségturisztikai szegmensben megjelenő néhány gyógyfürdő.

⁶³ A wellness szolgáltatók vezetőivel felvett 17 interjú eredményei alapján összefoglalt állítások.

- Nem telt el elég idő a régió új turisztikai profilját adó beruházások és tevékenységek megtérüléséhez, ezek teljes volumenben való működéséhez (pl. borturizmus, fesztiválok, stb.).
- Kedvezőtlen földrajzi fekvés. A déli országhatáron keresztül realizálódó kapcsolat nem hat serkentőleg a régió idegenforgalmi fejlődésére, a jelentősebb küldőterületektől pedig relatív nagy a földrajzi távolság.
- Az idegenforgalomra fordított beruházások hiánya, amely ered a régió gyenge gazdasági mutatóiból és az ehhez kapcsolódó tőkehiányból, illetve a pályázatok lehívása esetén az érdekérvényesítő képesség és az összefogás hiányából.
- A regionális marketing munka nem elég eredményes, főként a versenytársakhoz képest.
- A turisztikai infrastruktúra bizonyos esetekben kiépítetlen, fejletlen.
- A komplex turisztikai termékek és programcsomagok hiánya, a turisztikai szolgáltatóknál.
- Gyakran hiányzik a projektszemlélet, ami elengedhetetlen a viszonylag lassan megtérülő beruházásoknál (mint a fürdő, vagy szálloda beruházásoknál).

6.3. Az egészségturizmus helyzete a Dél-dunántúli régióban

Kettősség jellemzi a régió egészségturisztikai helyzetét: miközben a gyógy-, termál-, és wellness-turizmus számára jól kihasználható természeti adottságokkal rendelkezik, szűk körűek, vagy hiányoznak a hazai és nemzetközi versenyképesség megtartásához szükséges beruházások és támogatások (AUBERT A. – SZABÓ G. 2005). A régió gazdag gyógy- és termálvizekben, amire alapozva a vízhez kötődő egészségturisztikai szolgáltatások köre széles. Hazánk 52 gyógyfürdőjéből hat (Dombóvár-Gunaras, Harkány, Igal, Csokonyavisonta, Szigetvár, Nagyatád) található a régióban, e mellett működik hat minősített gyógyvízzel rendelkező termálfürdő (Kaposvár, Nagyberény, Marcali, Dunaföldvár, Tamási, Hőgyész), illetve tíz termálvízzel üzemelő (Babócsa, Barcs, Csisztapuszta, Nagybjom, Szulok, Magyarhertelend, Sellye, Komló-Sikonda, Simontornya, Siófok) fürdő (OES 2007, KSH 2008, HEGEDÜS V. – LACZKÓ T. 2008). Emellett természeti adottságként megjelenik a még kevésbé kihasznált abaligeti gyógybarlang, amely látványértéke mellett légúti megbetegedések gyógyítására is alkalmas.

A kedvező adottságok kihasználásához és a meglévő szolgáltatók versenyképességének megtartásához, illetve növeléséhez a rendelkezésre álló források kevésnek bizonyulnak. A különböző gazdaságfejlesztési programok kiírásaiban 2001 és 2008 között a Dél-dunántúli turisztikai régióban csak huszonhat projekt nyert egészségturisztikai

céllal, ami összesen 6,6 milliárd forint támogatást jelentett. Ez az országos támogatások 10,3%-a volt, ami lényegesen alacsonyabb, mint a Nyugat-dunántúli (21,1%), vagy az alföldi régiók esetében (összesen 43,2%). Az elnyert támogatások, és az ehhez kapcsolódó beruházások eloszlása valószínűleg meghatározza a régió szolgáltatóinak, köztük a fürdők jövőbeli helyzetét is (GELLAI I. 2004, AUBERT A – SZABÓ G. 2005, CSAPÓ J. – SZABÓ G. 2005, HEGEDÜS V. 2006).

A régió hazai egészségturisztikai piacon betöltött szerepét a statisztikailag talán legkönnyebben vizsgálható, KSH által nyilvántartott gyógy- és wellness szállodák mutatóinak segítségével jellemzem⁶⁴. A 14. táblázat adatai alapján látható, hogy míg a hazai wellness szállodákban eltöltött vendégéjszakák 18,3%-a, addig a hazai gyógyszállodák forgalmának csak alig több mint 2%-a realizálódott a régió szállodáiban 2007-ben.

14. táblázat. Az egészségturisztikai profilú szállodák vendégforgalma a Dél-dunántúli régióban megyék szerint 2007-ben (vendégéjszakák száma)

		Somogy	Baranya	Tolna	Régió összesen	Ország összesen
Szállodák	Vendégéjszakák száma	852 961	306 125	84 772	1 243 858	13 971 000
	Vendégéjszakák száma	241 674	19 300	0	260 974	1 425 000
Wellness szállodák	Arány, a szállodai forgalmon belül (%)	28,33%	6,30%	0%	20,98%	10,19%
	Arány az országos wellness szállodai forgalmon belül (%)	16,96%	1,35%	0%	18,31%	-
Gyógy-szállodák	Vendégéjszakák száma	2 985	60 488	0	63 473	2 701 000
	Arány, a szállodai forgalmon belül (%)	0,34%	19,75%	0%	5,10%	19,33%
	Arány az országos gyógy-szállodai forgalmon belül (%)	0,11%	2,24%	0%	2,35%	-
Egészségturisztikai profilú szállodák összesen	Aránya a szállodai forgalmon belül (%)	28,67%	26,05%	0%	26,08%	29,53%
	Arány az országos gyógy- és wellness szállodai forgalmon belül (%)	17,07%	3,59%	0%	20,66%	-

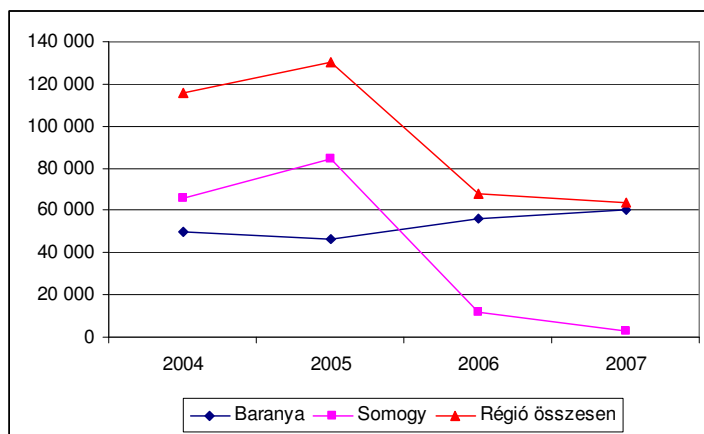
Forrás: KSH 2008, saját szerkesztés

A wellness szállodák, régiós szállodai forgalomban betöltött súlya az országos átlagnál kedvezőbben alakult, ami a wellness régió turisztikai kínálatában betöltött szerepét jelzi. Az adatok alapján látható, hogy a régió szállodáiban eltöltött minden ötödik vendégéjszaka wellness szállodákhoz kötődik, ami az országos arány kétszerese.

A híres gyógyfürdők és gyógyászati központok, a kedvező gyógyvízadottságok és a fejlesztési tervek ellenére a régió gyógyszállodai kapacitását és forgalmát tekintve az ország sereghajtói közé tartozik. 2007-ben a gyógyszállodák száma (4) és befogadóképessége (540

⁶⁴ Egy terület idegenforgalmi helyzetének bemutatásakor az egyik leggyakrabban használt mutató az adott településen található kereskedelmi szálláshelyek vendégforgalma. Teljes képet nem adhat a szolgáltatóknál realizált forgalomról, hiszen a különböző szolgáltatásokat (pl. fürdőt) igénybevevő embereknek csak egy része tölt el éjszakát az adott településen, de a forgalom változásában látható tendenciákról használható tájékoztatást nyújt.

ágy) alacsony volt, melynek köszönhetően hazánk régiói közül itt a legalacsonyabb a gyógyszállodai férőhelyek aránya (1,97%) és forgalma a szállodai kapacitáson belül (5,1%). Az elmúlt négy évben a régió gyógyszállodáiban eltöltött vendégéjszakák száma összességében csökkenő tendenciát mutat, a baranyai gyógyszállodák növekvő forgalma ellenére (24. ábra).



24. ábra. A régió gyógyszállodáinak forgalma 2007-ben (vendégéjszaka szám alapján)

Forrás: KSH 2005-2008

A régió egészségturisztikai jellegű szállodáinak összesített forgalmi mutatóit vizsgálva látható, hogy a különböző kereskedelmi előnyökkel jellemezhető gyógy- és wellness hotelek összes szállodán belüli aránya - a gyógyszállodák alacsony száma miatt - nem éri el az országos átlagot, jóllehet a különböző fejlesztési dokumentumokban prioritást élvez a regionális gyógyturizmus.

A Dél-Dunántúl egészségturisztikai szolgáltatóinak vendégkörét és vonzerejét vizsgálva elmondható, hogy döntően belföldi, azon belül magas arányban (a fürdők nagy többsége) a régió lakosságának igényeit elégíti ki. Természetesen vannak jelentős nemzetközi forgalommal rendelkező szolgáltatók, mint például a stabil (bár napjainkban némileg megfogyatkozó) német vendégkörrel rendelkező harkányi gyógyfürdő és szállodák, a siófoki wellness - és konferencia szállodák, vagy a wellness szolgáltatások széles körét nyújtó kastélyszállók (Bikal, Hőgyész, Visz) (AUBERT A. – SZABÓ G. 2006, HEGEDÜS V. – LACZKÓ T. 2008).

A régió egészségturisztikai szolgáltatásait igénybe vevő külföldi vendégek 80%-a Németországból érkezik. Németország és Ausztria (második legtöbb vendéget adó ország) mellett egyre gyakrabban érkeznek vendégek Hollandiából, Lengyelországból, Csehországból, Horvátországból és Oroszországból a régió gyógy- és wellness fürdőibe, illetve szállodáiba (DDRFÜ 2008, KSH 2007).

Ahhoz, hogy a régió gyógy- és wellness-turizmusa a hazai és nemzetközi elvárásoknak megfelelő termékekkel előálló, dinamikusan fejlődő ágazattá váljon, különböző, napjainkban tapasztalható problémákat és hátrányokat kell megszüntetni. A turisztikai szakemberek⁶⁵ szerint a továbblépést általában akadályozó problémák, az eddig bemutatott nehézségeken túl (AUBERT A. – SZABÓ G. 2005, KPMG 2006):

- A turisztikai alpinfrastruktúra hiányosságai. A jelenben is futó beruházások ellenére is szükségös a szálláshelykínálat a gyógyszolgáltatásokat nyújtó településeken és szolgáltatóknál.
- A komplementer, illetve a több generáció számára nyújtott szolgáltatások szükségossége a fürdők és szállodák jelentős részénél.
- A középkategóriájú, helyi, vagy regionális vendégkörrel rendelkező fürdőkből túlkínálat jellemző a régióban. Ehhez kapcsolódóan lassan alakítják ki egyedi arculatukat, a fürdőket és egyéb szolgáltatókat egymástól megkülönböztető differenciált szolgáltatásaikat.

6. 4. A Dél-dunántúli régió wellness kínálata

Hasonlóan a nemzetközi és a hazai trendekhez, az elmúlt évtizedben a régióban is szélesebb és összetettebb lett a wellness szolgáltatók köre. A hazai viszonyoknál már bemutatott szolgáltatói típusok (szállodák, fürdők, illetve napi wellness szolgáltatók) a régió wellness-turisztikai piacán is megtalálhatók, amelyek kínálatát, illetve keresleti viszonyait mutatom be a fejezetben⁶⁶

6.4.1. A Dél-dunántúli régió wellness, illetve wellness profilú szállodáinak kínálata

Az utóbbi években – hasonlóan az országos viszonyokhoz – gyorsan bővült a wellness szállodák köre a Dél-dunántúli régióban is.

15. táblázat. A Dél-Dunántúl wellness szállodáinak száma (KSH által nyilvántartott/db)

	2004	2005	2006	2007	2008
Szállodák száma	3	5	7	9	13

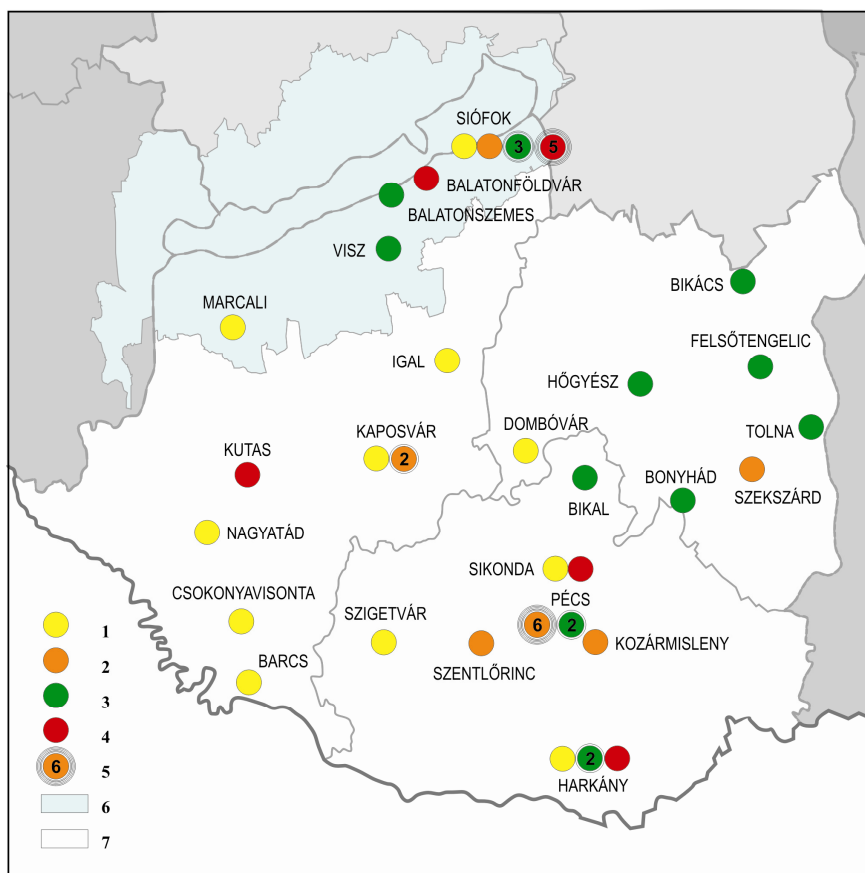
Forrás: KSH 2005-2008

A 15. táblázatban látható, hogy a KSH által nyilvántartott szállodák száma 2004-től évről évre emelkedett, melynek eredményeként 2008 júniusában 13 wellness szállodával rendelkezik a régió (Siófokon az Azúr, a Magistern, a Panoráma, a Residence, a Casa Perla és a Vértes

⁶⁵ A wellness szolgáltatók vezetőivel felvett 17 interjú eredményei alapján összefoglalt állítások.

⁶⁶ Lásd: 1. számú függelék 2. táblázat

hotelek, Balatonföldváron az Anna-Mária Hotel, Kutason a Hertelendy, Viszen a Chateau kastélyszállók, a bonyhádi Villa Weber, a harkányi Xavin és Kager Hotelek, illetve a Sikonda Wellness Hotel) (15. táblázat).



Jelmagyarázat:

- | | |
|---|---|
| 1. fürdők wellness szolgáltatásokkal | 4. KSH által regisztrált wellness szállodák |
| 2. napi wellness szolgáltatók | 5. szolgáltatók száma |
| 3. wellness szolgáltatásokat nyújtó szállodák | 6. Balaton Turisztikai Régió |
| | 7. Dél-Dunántúl Turisztikai Régió |

25. ábra. Wellness-turisztikai szolgáltatók a Dél-Dunántúlon 2007-ben⁶⁷

Forrás: saját adatok alapján, szerk. Balassa Bettina, 2008.

A Központi Statisztikai Hivatal által nyilvántartott hotelek nem jelentik a wellness szálláshelyek teljes körét, mivel ezek mellett a régió több szállodája rendelkezik wellness minősítéssel (a Magyar Szállodaszövetség minősítése alapján a Hőgyészi Apponyi Kastélyszálló és a pécsi Hunguest Hotel Kikelet) illetve nyújt vendégeinek széles körben ilyen szolgáltatásokat (pl. a Puchner Kastélyszálló Bikalon). A Dél-dunántúli régióban összesen 24 wellness profilú szálloda 3121 férőhellyel üzemelt 2007-ben, melyek területi elhelyezkedése kevésbé koncentrált, mint a korábbi fejezetben bemutatott KSH adatbázisban szereplő wellness szállodáké. Tolna megyében 5 szálloda 462 férőhellyel a régió összes

⁶⁷ A megyékhez kapcsolódó elemzés esetében mindenképpen fel kell hívni a figyelmet arra, hogy (25. ábra) a tervezési-statisztikai régióon belül, a Balaton Turisztikai Régióhoz tartozik a wellness profilú szállodák kapacitásának két harmada, a Somogy megyei férőhelyek 95%-a. A többi szolgáltató típus esetében kisebb területi egyenlőtlenség, így a turisztikai felosztást tekintve is kisebb különbségek jellemző a régióra.

wellness szálláshely-kapacitásának 14,8%-át adja, Baranya megye 6 szállodája 600 férőhellyel a 19,2%-át, míg a legtöbb ilyen szállodával (13) rendelkező Somogy megye a régiós kínálat 66,0%-t tudhatja magának.

A régió wellness profilú szállodái létrejöttüket tekintve általában három típusba sorolhatók:

- Jellemzően új építésű, wellness profillal épült szállodák (Hotel Azúr, Casa Perla, Sikonda Wellness Hotel).
- Már üzemelő szállodák wellness profillal történő kibővítése, átépítése (Hunguest Hotel Kikelet Pécs). Ezek gyakran a rendszerváltás előtt épült, a szociális üdültetésben részt vevő jelentős fogadóképességű házak, amelyek profilváltással wellness- és konferenciaszállodává léptek elő (Panoráma, Magistern hotelek Siófokon).
- Elsősorban vidéki környezetben lévő kastélyok és kúriák wellness profilú szálláshellyé építésével (például Bikal, Bikács, Hőgyész, Kutas, Visz) létrejött szállodák.

A 24 szálloda szolgáltatásait az 54/2003 GKM rendelet mellékletében megfogalmazott csoportok szerint vizsgálva elmondható, hogy a régió szállodái átlagosan 44,3 szolgáltatást nyújtottak, amely magasabb, mint az alföldi és észak- magyarországi régiók átlaga, de alacsonyabb az országos átlagnál. Az országos és főként a Nyugat-dunántúli régióhoz képest tapasztalható elmaradás elsősorban a Tolna és Baranya megyei hotelek szűkebb kínálatnak köszönhető, amelyet nem tudott ellensúlyozni a Somogy megyei wellness szállodák bővebb kínálata sem (16. táblázat). A kínálatot szolgáltatási típusonként vizsgálva elmondható, hogy a régió wellness profilú szállodáinak fürdő, gasztronómiai és közösségi program kínálata bővebb volt az országos átlagnál, míg a terápiák és a sport területén jelentősen elmaradtak ettől.

16. táblázat. A Dél-dunántúli régióban wellness szolgáltatásokat nyújtó szállodák kínálata 2007-ben (szolgáltatások számának átlaga)

	Fürdők	Szaunák és gőzfürdők	Szépségápolás	Terápia és relaxáció	Gasztronómia	Sport	Közösségi programok	Összesen
Baranya	3,5	2,3	11,2	10,0	2,8	5,2	2,8	37,8
Somogy	3,2	3,5	23,2	14,3	3,5	5,5	4,0	57,1
Tolna	2,2	1,8	3,2	2,6	3,0	6,0	2,2	21,0
Régió összesen	3,1	2,9	16,0	10,8	3,2	5,5	3,3	44,9
Ország összesen	2,8	3,2	17,5	14,0	3,0	7,0	2,8	50,3

Forrás: saját számítás

Megjegyzés: a táblázatban a kínált szolgáltatások számának a bemutatott területi egységhez tartozó átlagértéke került feltüntetésre.

A régió szállodáinak kínálati viszonyaiban jelentős különbségek tapasztalhatók. A szolgáltatások széles körét nyújtó házak mellett üzemeltek különböző hiányosságokkal jellemezhető, a wellness szolgáltatások szűkebb körét gyakran alacsonyabb szinten⁶⁸ kínáló házak is. Ezek elhelyezkedésének területi különbségeit mutatja, hogy hét szálloda kínált az országos átlagnál több szolgáltatást vendégeinek, amelyből hat Somogyban, egy pedig Baranyában található. A vendégek közötti felmérések alapján kizárólag a szűkebb kínálatú szállodákkal szemben fogalmazódtak meg a szolgáltatási körre (a megkérdezettek 23%-nál), az infrastruktúrára (16%), illetve néhány esetben a tájékoztatásra vonatkozó kritikák.

A kínálatot részletesen vizsgálva látható, hogy a szállodák mindegyike rendelkezett pezsgőfürdővel, 75%-uk fedett uszodával, 70%-uk élményfürdővel és alig kevesebb, mint fele gyermekmedencével. A fürdőkínálat területi kiegyenlítettségére jellemző, hogy, mindhárom megyében volt legalább négyféle medencével rendelkező szálloda (Baranyában kettő, Somogyban négy, míg Tolnában egy).

Szintén minden wellness profilú ház kínálatában jelen voltak a szaunák különböző típusai: finn szaunával minden szálloda rendelkezett, de emellett gyakran infrasauna (17), gőzkabin (11), illetve néhány helyen sóbarlang (4) és török fürdő is a látogatók rendelkezésére állt. A jelentősebb szauna kínálatú szállodák területi elhelyezkedése lényegesen koncentráltabb volt, mint a fürdők esetében, a legalább négyféle szaunát kínáló hét szállodából 6 Somogyban (ezek közül 5 a Balaton parton) egy pedig Tolnában működött.

A terápiás és relaxációs szolgáltatások tekintetében volt az egyik legjelentősebb területi különbség a szállodák között, illetve a legnagyobb lemaradás a régiós kínálatában az országos viszonyokhoz képest. A legszűkebb kínálatot a Tolna megyei szállodák nyújtották, amelyek az országos átlagtól és a kritériumrendszerben megfogalmazottaktól is messze elmaradtak szemben a másik két megyével, ahol voltak olyan szállodák (Somogyban 3, Baranyában 1 szálloda) amelyek több mint 20 féle masszáz és egyéb relaxációs és terápiás szolgáltatásokat kínáltak vendégeiknek.

Hasonlóan a wellness szállodák országos kínálatában látható viszonyokhoz, a régió hotelei is átlagosan sokrétű szépségápolási (16 féle) szolgáltatásokkal rendelkeztek. A magas átlagos szolgáltatási szám mögött a Somogy megyei szállodák országosan is kiemelkedő kínálata állt. A siófoki szállodák közül négy beauty profilú hotelnek (legalább 35 féle szolgáltatással) volt, amelyek jelenleg is ilyen szolgáltatóként jelennek meg a Turizmus ZRt.

⁶⁸ A kínálat minőségi aspektusaira vonatkozó információk az általam 2007 első félévében lebonyolított 10 szállodánál felvett 200 főre kiterjedő a helyi kínálatra és fogyasztói szokásokra rákérdező nem reprezentatív kérdőíves lekérdezésből származnak.

24 beauty szállodát tartalmazó wellness kínálatában. A Balaton parti szolgáltatók mellett, főként a tolnai, de a baranyai hoteleknél is ez az egyik legnagyobb hiányosságokkal jellemezhető kínálati csoport volt a wellness szállodáknál. A tolnai szállodák közül csak egy, a baranyaiaknál pedig kettő ház kínált az országos átlaghoz hasonló mennyiségben szépségápolási lehetőséget.

A régió wellness hoteleinek kínálatában az országos átlagnál szélesebb „wellness” gasztronómiai választék állt 2007-ben a vendégek rendelkezésére. A 24 szállodából 20-ban legalább négyféle ilyen szemléletű étel és italkínálatot⁶⁹ nyújtottak, amely széles kínálat minden megyében jellemző volt.

A relaxációs szolgáltatások mellett, a másik, hazai viszonyokhoz képest jelentős lemaradással jellemezhető kínálati csoport, a sportolási lehetőségek voltak. A régióban csak négy olyan wellness szálloda működött, ahol több mint 10 féle sportolási lehetőséget kínáltak (három a Balaton parton egy Pécsen), amelyek mellett a házak több mint fele, csak a GKM rendeletben kötelezően előírt kondicionáló és fitness termet és néhány outdoor sportolási lehetőséget nyújtott vendégeinek. A hazai vendégkör számára ez az egyik leggyakrabban hiányként megnevezett szolgáltatási kör a régió wellness szállodáinál (a kérdezettek 15%-nál). Az elsősorban sport orientációjú hotelek aránya, hasonlóan a hazai viszonyokhoz, nagyon alacsony a régió wellness szállodai kínálatban (a pécsi Makártanya Sport és Wellness Hotel az egyetlen ilyen típusú szálloda).

Az elvárásoknak megfelelően a legtöbb szálloda nyújtott, illetve ajánlott közösségi szolgáltatást (átlagosan több mint három félét), melyek között leggyakoribbak a kirándulások, valamint a különböző koncertek és táncestek szervezése volt. A vendégek megkérdezése alapján látható, hogy a környék programjainak ajánlataira a szállodák egy részénél nagyobb figyelmet kell fordítani, hiszen a válaszadók csaknem ötöde nem volt elégedett a környék lehetőségeinek, programjainak bemutatásával.

A régió wellness szállodáinak fejlesztési terveit vizsgálva látható a szállodák útkeresése a különböző turisztikai termékcsoportok között. A legtöbb, jelenleg wellness profillal működő hotel eredetileg is wellness céllal indult, és a továbbiakban is erre kíván építeni, de néhány, korábban főként a gyógyturizmus vendégeit kiszolgáló szálloda néhány évvel ezelőtt kezdett a wellness irányába bővíteni (Hőgyész, Harkány, Sikonda. Az elmúlt években épült wellness szállodák esetében (főként Siófokon) egyértelműen látszik a konferenciaturizmus és a wellness kapcsolatának az erősödése. A szállodaépítési tervek

⁶⁹ Ez a kínálat elsősorban a vegetáriánus és reformételeket, a frissen facsart gyümölcsleveleket, biobort, gyógyteákat, helyi ételspecialitásokat, illetve ételeket, italokat „wellness” személtre utaló tartalommal jelentette.

alapján feltételezhető a borturizmus és a wellness kapcsolatának megjelenése (pl. Villányban), valamint a kulturális turizmus és a wellness-turizmus kapcsolatának erősödése (főként az EKF 2010 programévhez kapcsolódóan).

A szállodák fejlesztési terveiben általánosan jellemző törekvés az infrastruktúra, illetve a szolgáltatások körének folyamatos bővítése. A szállodák mintegy 90%-a rendelkezik saját marketingszakemberrel, illetve csoporttal. A régió wellness szállodáiban rendelkezésre álló marketing erőforrások között jelentős különbségek tapasztalhatók. A marketing tevékenységre nagy összegeket és erőfeszítéseket áldozó hotelek, az adott szituációnak és kitűzött céljaiknak megfelelő, átgondolt és jól felépített marketingstratégiával rendelkeznek (ide sorolhatók a sífoki wellness és konferencia szállodák, valamint a kastélyszállók).

A régió wellness szállodáinak humánerőforrására általánosan jellemző, hogy a szállodákban dolgozók többsége felsőfokú végzettségű, a wellness területén azonban néhány kivételtől eltekintve középfokú, illetve tanfolyami szakirányú végzettséggel rendelkező alkalmazottak dolgoznak. A munkáltatók alkalmazottakkal szembeni elvárásai között a szakértelem mellett dominálnak a személyiséget (pl. vendégorientáltság, segítőkészség, stb.), illetve a megjelenést érintők⁷⁰. A wellness területén dolgozók idegen nyelv ismerete csak ritkán éri el a társalgási szintet, ami a külföldi vendégkör kapcsán piaci hátrányok forrása lehet. Az alkalmazottakkal szembeni elvárásokat tekintve, a munkáltatók a legfőbb problémát a munkatársak komplex felkészültségének hiányában, illetve a gyakorlati tudásuk hiányosságaiban látják.

6.4.2. A Dél-dunántúli régió fürdőinek kínálata

A régióban 25 fürdő szolgáltatásait elemeztem, amelyből 22 gyógy- illetve termálvizet hasznosított, 3 pedig strandfürdőként üzemelt (Pécsi Hullám Fürdő, a Paksi Városi Strand és a balatonlellel Napfény strand). A vizsgált fürdők között jelentős különbségek voltak befogadóképességben, látogatottsági mutatókban, a vendégkör összetételében, a nyújtott szolgáltatások mennyiségében és színvonalában. Az elsősorban hazai vendégek által látogatott fürdők közül, csaknem kizárólag helyi igényeket elégítettek ki Babócsa, Csisztapusza, Dunaföldvár, Magyarhertelend, Nagyberény, Paks, Sellye, Simontornya, Szulok fürdői. A forgalom döntő részét adó hazai vendégek mellett, már külföldi vendégkörrel is jellemezhető Barcs, Csokonyavisonta, Marcali és Tamási fürdői. Nagyobb számú külföldi

⁷⁰ Ezek alapvetően egybe esnek a fogyasztók szolgáltatókkal szemben megfogalmazott elvárásaival, amelyek között a legfontosabbként szerepeltek az alkalmazottakra vonatkozók, mint a jó hozzáállás és segítőkészség (a megkérdezettek 93,3%-a ítélte fontosnak), a kiemelkedő szakértelem (72,9%) és az attraktív megjelenés (64,6%).

vendég kereste fel Harkány, Dombóvár-Gunaras, Igal, Nagyatád hagyományos gyógyintézményekkel is rendelkező országos hírű fürdőit. Ezek mellett bővülő külföldi vendégekört könnyelhetek el az olyan wellness központokkal rendelkező szolgáltatók, mint Hőgyész, Sikonda, vagy a siófoki Galérius Fürdő.

A szakemberek egyöntetű véleménye, hogy a sikeres működéshez, az utóbbi években megvalósult fürdőfejlesztések mellé szükségesek a jól jövedelmező kiegészítő szolgáltatások (élményelemek, speciális gyógy- vagy wellness szolgáltatások, rendezvények).

A régió fürdőinek szolgáltatásait a wellness szempontjából vizsgálva elmondható, hogy a strandfürdők kivételével mindenhol megtalálható termál, vagy gyógyvizes medencék mellett a fürdők 48%-a rendelkezett élménymedencével, egy harmada jacuzzival vagy pezsgőfürdővel, és összesen 56%-ukban működött gyermekmedence 2007-ben. A nagy forgalmú gyógyfürdőkben (Harkány, Gunaras, Igal) és az utóbbi években felújított, vagy bővített fürdőkben (Barcs, Sikonda, Siófok) az itt felsorolt fürdőszolgáltatások mindegyikét modern technológiával felszerelt medencékben, rendezett környezetben kínálták, szemben a néhány gyógy-, vagy termálmedencével rendelkező kisebb vonzerejű fürdőkkel.

A nemzetközi és a hazai trendekhez hasonlóan a fürdők egyre nagyobb arányban kínálnak egyéb szolgáltatásokat a hagyományos fürdőzés mellett. A leggyakrabban kínált szolgáltatások a szauna és gőzfürdő használata, amelyre a fürdők több mint kétharmadában volt lehetőség. A többféle szauna mellett gőzkabinnal, vagy infrakabinnal rendelkező komplex szauna kínálat hét fürdőre (Galérius Fürdő Siófokon, Sikonda, Harkány, Gunaras, a Hullámfürdő Pécsen, Balatonlellén a Napfény Élményfürdő és a szigetvári fürdő) volt jellemző. A szaunák mellett fürdők 64%-a nyújtott ellazulást, feloldódást biztosító különféle relaxációs, terápiás és masszázs szolgáltatásokat (átlagosan 4,2 féle szolgáltatást) illetve szépségápolási lehetőségeket vendégeiknek (hét fürdőben üzemelt kozmetika és szolárium).

A régió fürdőinek nagy részében különböző aktív tevékenységek végzésére is nyílt mód. Leggyakrabban szabadban űzhető sportokra (17 fürdőben), mint futball, strandröplabda, tenisz, tollaslabda volt lehetőség, de ezek mellett a fürdők 15%-ban már a kondicionáló teremben történő testedzés is megoldott.

A fürdők szolgáltatásait bemutató adatok csupán a kínálat könnyen számszerűsíthető nagyságáról adnak visszajelzést, a minőségi jellemzőkről kevésbé, amelyekben azonban jelentős eltérések voltak a fürdők között. A régió fürdőinek kínálatát a wellness szempontjából vizsgálva elmondható, hogy magas színvonalú, komplex szolgáltatásokat (többféle szauna, jacuzzi, masszázs és szépségápolási szolgáltatások, outdoor sportolási lehetőségek) képesek nyújtani a tradicionális gyógyfürdők, mint Harkány és Gunaras. A

termálfürdők közül elsősorban a bikali, a hógyészi, a sikondai, a siófoki komplexumok említhetők meg. A teljeskörű arculatváltáson átesett fürdők (Barcs, Szigetvár) alapvető tényként kezelik a wellness szolgáltatások jelenlétét intézményükben.

A régió fürdőinek sok esetben sajátos tulajdonosi szerkezete, jelentősen befolyásolja az alkalmazottak körét, amely munkaerő-állomány szakmai képzettsége a legkedvezőtlenebbül alakul a wellness szolgáltatói típusok között. A vizsgálatba vont fürdők több mint felénél nem rendelkeznek szakirányú végzettséggel a wellness területén dolgozók.

A keresleti felmérésből egyértelműen kiderült, hogy a megkérdezettek a wellness szolgáltatásokat nem elsősorban komplex csomagként értékelik, hanem a szolgáltatások bizonyos körét értik alattuk; főleg a fürdő- és szauna-szolgáltatásokat, illetve a masszázst. Ezeket a szolgáltatásokat leggyakrabban a fürdők erre kialakított részlegeiben veszik igénybe.

6.4.3. A napi wellness szolgáltatók kínálata

2007-ben tizenkét napi wellness-szolgáltató működött a régióban. Ezek közül kilenc club spa-nak (fitness és sport profilú vállalkozások) és három day spa-nak volt minősíthető, amelyek mellett 49 fitness terem működött (17. táblázat). A club spa-k közül kettő rendelkezett a wellness centrumok kínálatának megfelelő széleskörű wellness szolgáltatásokkal (Pécs, Szekszárd). A napi wellness-szolgáltatók elsősorban a nagyobb lakosságszámú településeken és azok elővárosaiban találhatóak (Pécs, Kozármisleny, Szekszárd, Siófok, Kaposvár, amelyekből csak a szentlőrinci Malom fitness jelent kivételt).

17. táblázat. Napi wellness szolgáltatók száma a Dél-dunántúli régióban 2007-ben (db)

	Club spa-k száma	Day spa-k száma
Baranya	5	3
Somogy	3	0
Tolna	1	0
Régió összesen	9	3

Forrás: saját számítás, illetve a fitness terem.lap.hu weboldal adatbázisai

A napi wellness-szolgáltatók kialakulásukat tekintve jellemzően az alábbi típusokba sorolható:

- Eredetileg wellness céllal létrejövő szolgáltatók, amelyek a szolgáltatások komplex körét nyújtják a vendégeknek (wellness centrumok)
- fitness és sport profilú vállalkozások (fitness és testépítő termék, fallabda, tenisz központok, stb.) bővítése wellness szolgáltatásokkal (főként szaunával, szoláriummal és masszázsszolgáltatásokkal egészítik ki kínálatukat)

- eredetileg beauty profilú vállalkozások (szépségszalonok/kozmetikák) bővítik kínálatukat a relaxációs, terápiás és bizonyos sportszolgáltatások (alakformáló torna, aerobic, stb.) irányába

A napi wellness szolgáltatók piaci előnye a fitness szolgáltatókkal szemben a komplex szolgáltatásokban és a wellness ideológiával harmonizáló infrastruktúrában van. Minden központ többféle testedzési és sportolási lehetőséget nyújtott vendégeinek 2007-ben. Kardiogépekkel felszerelt fitness terem minden egységben volt, ezek mellett általában lehetőséget biztosítottak aerobic és tornajellegű tréningekre, bowling, fallabda, és/vagy outdoor sportolási tevékenységekre. A tanulmány írásának időpontjában három olyan wellness szolgáltató működött a régióban (Pécs, Szekszárd, Siófok), amely vízi tornára is alkalmas medencével rendelkezett (a mindegyik ház által kínált pezsgőfürdő, vagy jacuzzi mellett). A megfelelő kikapcsolódást és relaxációt átlagosan több mint kétféle szauna (finn szauna, infrasauna, gőzkabinok) és 3,25 féle masszázs és terápia biztosította. Három day spa-ban és négy club spa-ban nyújtanak szépségápolási szolgáltatásokat (szépségszalonok), amelyek mellett mind a 12 szolgáltatónál megtalálhatók voltak az egészséges és frissítő italokat kínáló bárók.

Az alkalmazottak köre a szakterületükön jól képzett és sok esetben a nagyközönség számára ismert szakemberekből állt. Marketingtevékenységüket tekintve elmondható, hogy ezt a feladatot minden esetben belső forrásból oldották meg, a marketinget érintő kérdésekkel kapcsolatos döntéshozatal pedig a vezetőség kompetenciája volt. A wellness központok általában alacsony összegeket fordítottak marketing tevékenységre, csak néhány szolgáltatóra volt jellemző a nagyobb kiadást jelentő marketingstratégia alkalmazása, inkább a gazdasági és társadalmi szereplőkkel kiépített kapcsolatokra helyezték a hangsúlyt (a régióban csak egy szolgáltató alkalmazott marketingért felelős munkatársat).

A régió több nagyvárosában (Pécsen kettő, Kaposváron, Siófokon, Szekszárdon és Komlón) működtek még a napi wellness szolgáltatók egy speciális csoportját jelentő úgynevezett egészségcentrumok is. Ezek olyan, speciálisan képzett orvosok által vezetett helyek, ahol a fő küldetés az egészség megőrzése illetve helyreállítása, természetes és alternatív gyógymódok, illetve eljárások alkalmazásával. Tevékenységüket elsősorban a személyre szabott, holisztikus szemlélet jellemezte, melynek során nyugati és keleti gyógymódok alkalmazásával orvosoltak kisebb egészségügyi panaszokat. Szolgáltatásaik között szerepeltek a különböző életmódprogramok (fogyókúra program, dohányzásról leszoktató program) illetve, kezelések (biorezonancia, akupunktúra, allergiakezelés, mágnesterápia, stresszkezelés).

6.5. A régió wellness kereslete

A régió wellness keresletének nagyságrendjéről és dinamikájáról átfogó és pontos adatok a regisztrációs rendszer hiányosságai miatt nem minden szegmensben állnak rendelkezésre. A wellness-turizmus statisztikailag legbiztosabban követhető és mérhető része a wellness szállodákban lebonyolódó forgalom, amelyek mellett a fürdők forgalmi és bevételi adatai részlegesen, a napi wellness szolgáltatóké egyáltalán nem ismertek a különböző szakmai szervezetek és hatóságok számára.

A régió KSH által nyilvántartott wellness-szállodái, 2007-ben a külföldiek által hazai wellness szállodákban eltöltött vendégéjszakáinak 16,2%-t, míg a belföldi forgalom 19%-t realizálták. Ez a külföldiek esetében a harmadik (a Nyugat-dunántúl és a Középmagyarországi régiók mögött), míg a belföldiek esetében a második legnagyobb (Nyugat-Dunántúl mögött) forgalmat jelentette a hazai régiók között.

Hasonlóan az általános hazai tendenciákhoz a vizsgált régió wellness-szállodáit is elsősorban a belföldi vendégek látogatják. Ezt a tényt a KSH statisztikái is alátámasztják (18. táblázat): 2007-ben a régió wellness-szállodáiban az összes regisztrált vendég 86,4%-a belföldről érkezett. A hazai vendégkör bővülése ugyan lassuló ütemű és az országos átlagtól elmaradó (míg a vendégéjszakák számával mért hazai belföldi kereslet átlagosan 426%-kal, addig a régiós wellness kereslet csak 332%-kal nőtt) de folyamatos volt a vizsgált időszakban.

18. táblázat. A Dél-dunántúli régió wellness-szállodáinak forgalma 2004-2007

Év	Egység	Vendég			Előző év=100,0%		
		Külföld	Belföld	Összesen	Külföld	Belföld	Összesen
2004	3	4632	20976	31608	-	-	-
2005	5	4872	57694	62566	105,2	275,0	197,9
2006	7	13266	86631	99897	272,3	150,2	159,7
2007	9	15506	98609	114115	116,9	113,8	114,2

Év	Egység	Vendégéjszaka			Előző év=100,0%		
		Külföld	Belföld	Összesen	Külföld	Belföld	Összesen
2004	3	19469	59181	78650	-	-	-
2005	5	25389	117855	143244	130,4	199,1	182,1
2006	7	69749	172486	242235	274,7	146,4	169,1
2007	9	64457	196517	260974	92,4	113,9	107,7

Forrás: KSH 2005-2008

A KSH által regisztrált régiós belföldi vendégéjszakák 92,6%-a a Somogy megyei szállodákban realizálódik, amelynek utolsó évi csaknem 17%-os növekményének köszönhető a 2007-ben a régióra jellemző belföldi forgalom bővülés, mivel Baranyában a vendégszám növekedés ellenére csökkent a vendégéjszakák száma a megelőző évhez képest (19 táblázat).

19. táblázat. A Dél-dunántúli régió wellness-szállodáinak forgalma megyénként 2007-ben

Megye	Vendég			Vendégéjszaka		
	Külföld	Belföld	Összesen	Külföld	Belföld	Összesen
Baranya	694	6 963	7 657	4 122	15 178	19 300
2007/2006 (%)	91,6	102,7	101,6	72,3	88,0	84,1
Somogy	14 812	91 646	106 458	60 335	181 339	241 674
2007/2006 (%)	118,4	114,8	115,3	94,2	116,8	110,2
Régió összesen	15506	98609	114115	64457	196517	260974
2007/2006 (%)	116,9	113,8	114,2	92,4	113,9	107,7

Forrás: KSH 2008

A 19. táblázatban szemléltetett vendégkör-bővülésnél 2007-ben nagyobb ütemű volt a vizsgált szállodák bevételeinek növekedése. A szállásdíj-bevételekkel párhuzamosan a wellness szállodákban nyújtott vendéglátó-tevékenységből, illetve az egyéb szolgáltatási díjakból befolyó jövedelmek is növekedtek. 2007-ben a bruttó szállásdíj egy vendégéjszakára jutó összege (7780Ft) magasabb volt, mint az országos átlag (7368Ft). A régió szállodái vendégéjszakánként összesen átlagosan 17 072Ft-bevételt realizáltak, amely az alacsonyabb fajlagos szállásdíj bevételek ellenére több mint öt ezer forinttal magasabb volt átlagosan Baranyában (22 153Ft), mint a somogyi szolgáltatóknál (16 666Ft).

A wellness szállodák 70 millió forinttal járultak a régiós adóbevételekhez, amelyek csaknem három és félszer nagyobb összeget jelentettek 2007-ben, mint az azt megelőző évben (20. táblázat).

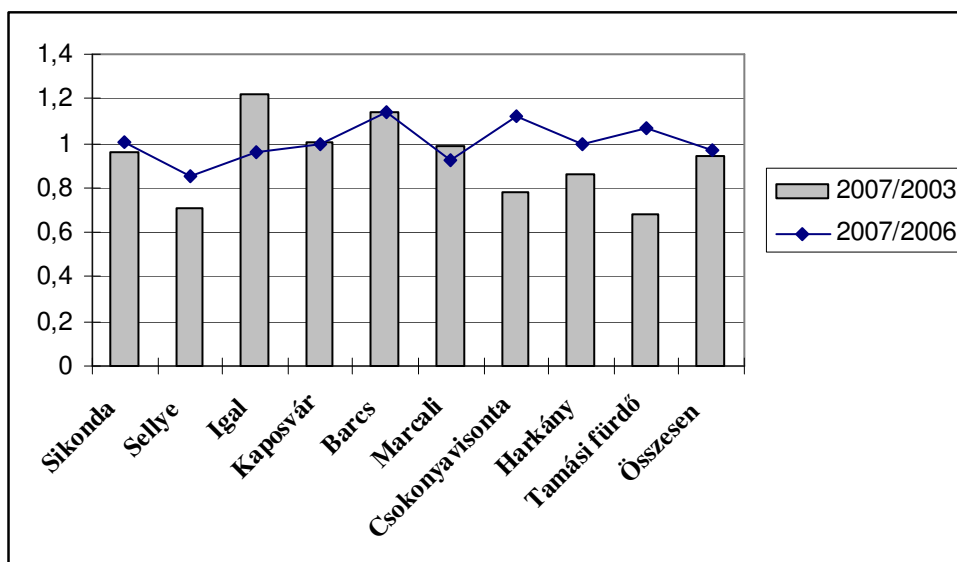
20. táblázat. A régió wellness-szállodáinak bevételei, 2006-2007 (ezer forint)

Wellness szállodák	Szállásdíj		Egyéb bevétel		Vendéglátás Bevétele	Összes bevétel	Beszedett idegenforgalmi adó, üdülőhelyi díj
	Bruttó	Nettó	Bruttó	Nettó	Bruttó		
Baranya	136 444	113 703	212 799	176 721	78 325	427 568	5 208
2006/2007 (%)	109,3	106,0	146,6	144,0	117,2	126,9	144,7
Somogy	1 894 044	1 578 370	1 686 018	1 406 723	447 813	4027 875	65 055
2006/2007 (%)	120,8	117,2	110,6	107,8	117,2	115,9	383,4
Régió összesen	2 030 488	1 692 073	1 898 817	1 583 444	526 138	4 455 443	70 263
2006/2007 (%)	119,9	116,3	113,7	110,9	117,2	116,8	341,6

Forrás: KSH, 2008

Ez elsősorban a Somogy megyei szállodák befizetett idegenforgalmi adója csaknem négyeszeres növekedésének köszönhető, amelyhez képest a Baranya megyei szállodák növekménye mind volumenében, mind arányában jelentősen elmarad.

A fürdők iránti keresletről, az aktuális forgalmi mutatóinak nehéz elérhetősége miatt, csak néhány fürdő rendelkezésre álló adataiból vonhattam le következtetést, amely csak több oldalról is kritikusan szemlélendő benyomásszerű általánosításra adtak lehetőséget.



26. ábra. A dél-dunántúli fürdők forgalmának alakulása 2003-2007 között (látogatók száma)
(Forrás: DDRFÜ 2008)

Megjegyzés: Sikonda esetében 2007/2005, míg Barcs esetében 2007/2006 évek átlagát mutatja az oszlopdiagramm

A 26. ábrán szereplő fürdők forgalmának változását vizsgálva elmondható, hogy a régió fürdőforgalmára összességében néhány százalékos csökkenés volt jellemző az elmúlt években, amely tendenciájában nem mutat jelentős változást az évezred első két évében⁷¹ mutatott stagnáláshoz és néhány százalékos csökkenéshez képest.

A bemutatott fürdők közül csak az igali és a barcsi tudta stabilan növelni vendégeinek számát, a többi szolgáltatóra az utolsó év kedvezőbb mutatói ellenére (Csokonyavisonta és Tamási esetében) általában a vendégkör vesztes, legjobb esetben is csak a stagnálás volt jellemző a vizsgált időszakban. A régióra levont következtetések értelmezéséhez el kell mondani, hogy a bemutatott gyógy-, termál- és wellness fürdők mellet több fürdő forgalmáról nincsenek megbízható adatok, köztük olyanokról, amelyekben az elmúlt években olyan

⁷¹ A Széchenyi tervben támogatott fürdők forgalmi adatainak vizsgálata (GELLAI I. 2004), valamint a Regionális Fejlesztési Ügynökségek becslései alapján (AUBERT A. – MISZLER M. 2002), a régió fürdőinek forgalmára stagnálás volt jellemző a 2000 – 2002 közötti időszakban.

jelentős fejlesztések, átalakítások történtek (pl. Szigetvár, Gunaras, Nagyatád), melyektől a vendégek számának növekedését várják.

6.6. A régió wellness-turisztikai helyzetének összehasonlítása a hazai viszonyokkal

A Dél-Dunántúl wellness-turisztikai viszonyainak leíró bemutatása után, tisztított területi viszonyszámok segítségével kívánom összehasonlítani a régió keresleti és kínálati mutatóit a hazai országos viszonyokkal.

A kínálati viszonyokat elemezve látható, hogy, mind a szolgáltatók számának, mind a wellness szállodai kapacitások tekintetében a hazai átlagnál lényegesen magasabb értékekkel jellemezhető a régió, amely kínálata a Nyugat-dunántúli régió után a második legkedvezőbb mutatóval rendelkezik a régiók sorában (21. táblázat).

21. táblázat. A hazai wellness szolgáltatók regionális megoszlása 2007-ben

	(100 ezer lakosra jutó wellness szolgáltatók száma)				(100 ezer lakosra jutó wellness-szállodai ágyak száma)	
	Wellness szállodák	Napi wellness szolgáltatók	Fürdők	Wellness szolgáltatók összesen	KSH által regisztrált szállodák	Wellness szolgáltatást nyújtó szállodák összesen
Közép-Magyarország	0,79	2,69	0,35	3,83	26,75	148,55
Nyugat-Dunántúl	5,21	2,20	1,40	8,82	302,82	1050,77
Dél-Dunántúl	2,19	1,25	1,15	4,58	186,13	310,91
Közép-Dunántúl	1,27	1,54	0,63	3,44	73,77	227,91
Dél-Alföld	0,60	1,27	1,35	3,22	29,30	141,70
Észak-Alföld	0,99	0,53	0,73	2,25	91,81	170,08
Észak-Magyarország	1,86	0,81	0,49	3,15	68,00	174,01
Országos átlag	1,55	1,63	0,77	3,95	89,80	267,89

Forrás: saját számítás és KSH 2008

Az átlagos hazai kínálati viszonyokhoz képest csak a napi wellness szolgáltatók számának esetében tapasztalható elmaradás, amely ellenére a kínálat összességében messze kedvezőbb viszonyokat mutat, mint akár a számított hazai átlag, akár a hazai régiók többsége.

A kínálathoz hasonlóan a hazai viszonyoknál kedvezőbb képet mutat a régió wellness szolgáltatásai iránt megnyilvánuló kereslet is. A wellness szállodák forgalmával mért kereslet alapján, mind a hazai, mind a külföldi vendégek esetében az országos átlagnál legalább kétszer magasabb, a Nyugat-dunántúli régió után a második legkedvezőbb értékekkel rendelkezik a régió. A 100 ezer lakosra jutó 7 265 külföldiek által régiós wellness szállodában töltött vendégéjszaka háromszor magasabb érték, mint a regionális sorrendben következő Közép-Dunántúl hasonló értéke, de alig több mint fele a Nyugat-dunántúli régióhoz képest. A külföldi vendégforgalomhoz hasonlóan alakulnak, csak némileg kisebbek a különbségek a belföldi vendégforgalom esetében is (22. táblázat).

22. táblázat. A hazai wellness szállodákban töltött vendégéjszakák regionális megoszlása
2007-ben

	Kereslet (100 ezer lakosra jutó vendégéjszakák száma)		
	Külföldi	Belföldi	Összesen
Közép-Magyarország	2 022	1 703	3 725
Nyugat-Dunántúl	14 213	31 566	45 779
Dél-Dunántúl	7 265	17 966	25 230
Közép-Dunántúl	2 468	5 414	7 882
Dél-Alföld	1 163	1 712	2 875
Észak-Alföld	2 359	7 492	9 851
Észak-Magyarország	1 631	8 948	10 579
Országos átlag	3 672	8 398	12 070

Forrás: KSH 2008

7. A Dél-dunántúli régió felnőtt lakosságának wellness fogyasztási szokásai

Az alábbi fejezetben a Dél-dunántúli régió felnőtt lakosságát reprezentáló mintán felvett kérdőíves kutatás eredményei alapján kívánom bemutatni a régió lakosságának wellness-hez kapcsolódó attitűdjeit, fogyasztási szokásait és az ezeket befolyásoló, illetve meghatározó demográfiai, társadalmi és gazdasági tényezők hatásait. A lakossági adatfelvételt az indokolta (szemben a turizmusban gyakran használt fogyasztók körében végzett adatfelvétellel), hogy ennek segítségével populációs szinten tudtam reprezentatív képet alkotni a témához kapcsolódó beállítódásokról, ismeretekről, illetve szokásokról, igényekről, és tudtam ezen tényezők összefüggéseit vizsgálni az egészségi állapottal és egészségmagatartás körébe tartozó tevékenységekkel. Természetesen a régió felnőtt lakosságának wellness fogyasztása nem fedi teljesen a régió wellness-szolgáltatóinál realizálódó keresletet, de az elmondható, hogy az eltérő szolgáltatói kör számára különböző mértékben ugyan, de fontos célközöniséget jelentenek. A napi wellness szolgáltatók esetében csaknem kizárólagos, de a fürdők számára is a legjelentősebb vendégkört jelentik és a legkevésbé a régióból merítő szállodáknál is a vendégek csaknem ötöde a három megyéből érkezik⁷².

7.1. A minta demográfiai és szocio-kulturális jellemzői

Az adatfelvétel eredményeinek értékelése előtt röviden bemutatom a 800 főre kiterjedő minta - legfontosabb demográfiai és szocio-kulturális - jellemzőit, amely összetételében a régió 18-74 éves felnőtt lakosságának megoszlását reprezentálja.⁷³

⁷² A vendégkör lakóhely szerinti összetételére vonatkozó állítások a wellness szolgáltatók vezetőivel felvett 17 interjú eredményei alapján fogalmazódtak meg.

⁷³ A mintavétel a KSH régióra vonatkozó adatbázisa alapján, nem, életkor, iskolai végzettség, és a településtípus változókat figyelembe véve történt.

A mintában enyhe nőtöbbség érvényesül, mivel a férfiak 47,1%-os arányával szemben a nők 52,9%-os részt képviselnek. Életkor szerint tekintve a 18-29 éves korosztály adja a minta negyedét (24,9%) a 40-49 évesek csoportja pedig a 22,5%-t, a többi életkori csoport közel hasonló súllyal vesz részt (a 30-39 évesek 17,1%, az 50-59 évesek 16,9%, míg a 60 évesek vagy idősebbek csoportja 18,6%-os aránnyal). A kérdezettek iskolázottsága szerinti megoszlását vizsgálva látható, hogy a legfeljebb általános iskolai (32,6%) és a szakmunkás végzettségűek (24,1%) együtt a minta több mint felét adják, érettségivel 30,5%, diplomával pedig 12,8%-a rendelkezik az embereknek. A régióra jellemző sajátos településszerkezeti viszonyoknak megfelelően a megkérdezettek 37,2%-a 2000-nél kisebb lélekszámú településen, míg több mint negyede (27,5%) megyei jogú városokban él. A mintába került emberek 21,2%-a a 10-40 ezer lakosú, 14%-a pedig 2-10 ezer lakosságú településen él.

7.2. A wellness-hez kapcsolódó asszociációk és attitűdök

A wellness kifejezés értelmezésében és a hozzá kapcsolódó koncepciókban - mint ahogy azt a korábbi fejezetben bemutattam - számos közös vonás mellett jelentős különbségek láthatók a szakirodalomban. De nem csak a szakirodalomban, hanem az egyének (fogyasztók, turisták) szintjén is egészen eltérő értelmezések és beállítódások kapcsolódnak a fogalomhoz. A wellness-hez kötődő laikus felfogások alapvetően befolyásolják a terület hétköznapi megítélését, a szolgáltatások igénybevételét, a lehetséges vendégkör irányába történő kommunikáció, valamint az egészségfejlesztés ezirányú törekvéseinek sikerét. A kutatás során ezért tartottam indokoltnak megvizsgálni azt, hogy milyen mértékben ismert a kifejezés, ehhez milyen elképzelések, attitűdök kapcsolódnak.

Az egészségturizmusban hazánkban elvégzett primer kutatások jelentős része rákérdez a wellness szolgáltatások igénybevételére, azonban arra nem, hogy milyen sztereotípiákat társítanak a kifejezéshez a megkérdezettek. Magyarországon az új évezred elején merült fel először, hogy a wellness-hez kapcsolódó ismereteket, beállítódásokat vizsgálják. Ezek a kutatások elsősorban gazdasági (piaci) célokat követtek, amelyekben demográfiai, vagy fogyasztói jellemzők alapján pozicionált célcsoportokat vizsgáltak (TÖRŐCSIK ÉS MUNKATÁRSAI 2002, KPMG 2002). A kapott eredmények alapinformációt ugyan nyújtottak a témában, de átfogó képet nem adtak nagyobb populációkra vonatkozóan.

7.2.1. A wellness kifejezés ismerete

Az ismert és a saját korábbi vizsgálatok alapján megfogalmazott várakozásainkkal szemben elmondható, hogy a régióban élő felnőtt lakosság jelentős többsége (78,4%) – a férfiak 76%-a,

a nők 80,6%-a – hallotta már, illetve ismeri, saját megítélése szerint, a wellness kifejezést. A demográfiai és szocio-kulturális viszonyokat figyelembe véve megállapítható, hogy az átlagosan magas arány ellenére jelentős eltérések vannak a különböző társadalmi csoportok wellness-re vonatkozó információi és ismeretei között. Míg a magasabb iskolai végzettségűek (legalább érettségi), a legkedvezőbb anyagi helyzetben élők csaknem 95%-a, a legfiatalabb (18-30 éves) korosztály és a megyeszékhelyeken élők 87-88%-a ismeri a kifejezést, addig a legrosszabb vagyoni helyzetben lévő, legfeljebb általános iskolai végzettséggel rendelkezőknél 34%, a 60 évnél idősebb emberek között csak alig több mint 50% ez az arány.

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

A kifejezés ismeretében látható különbségeket erősítik meg a 23. táblázatban bemutatott összefüggés vizsgálatok eredményei is, melyek szerint a vizsgált tényezők közül a nem, a vagyoni helyzet és az iskolai végzettség esetében tapasztalható önálló befolyásoló hatás (jól lehet az összes vizsgált tényező esetében tapasztalható szignifikáns különbség).

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

Vizsgált tényezők	Vizsgált tényezők kategóriái	Esélyhányados	Szignifikancia szint
Nem			
Referencia érték: férfi	nő	2,276	0,001
Vagyoni helyzet			
Referencia érték: alsó vagyoni kvartilis	alsó közép vagyoni kvartilis	1,841	0,043
	felső közép vagyoni kvartilis	3,906	0,000
	felső vagyoni kvartilis	4,526	0,003
Iskolai végzettség			0,002
Referencia érték: legfeljebb 8 általános	szakmunkás végzettség	2,868	0,002
	érettségi	4,136	0,001
	főiskolai, egyetemi diploma	3,959	0,047
A vizsgálatba bevont változók: nem, életkor, társadalmi státusz, jövedelmi helyzet, vagyoni helyzet, település típusa, megye, családi állapot, iskolai végzettség			
Megjegyzés: A táblázatokban feltüntetett esélyhányados a vizsgált tényező előfordulásának esélyét mutatja az adott csoportban a referenciaként feltüntetett csoporthoz képest.			

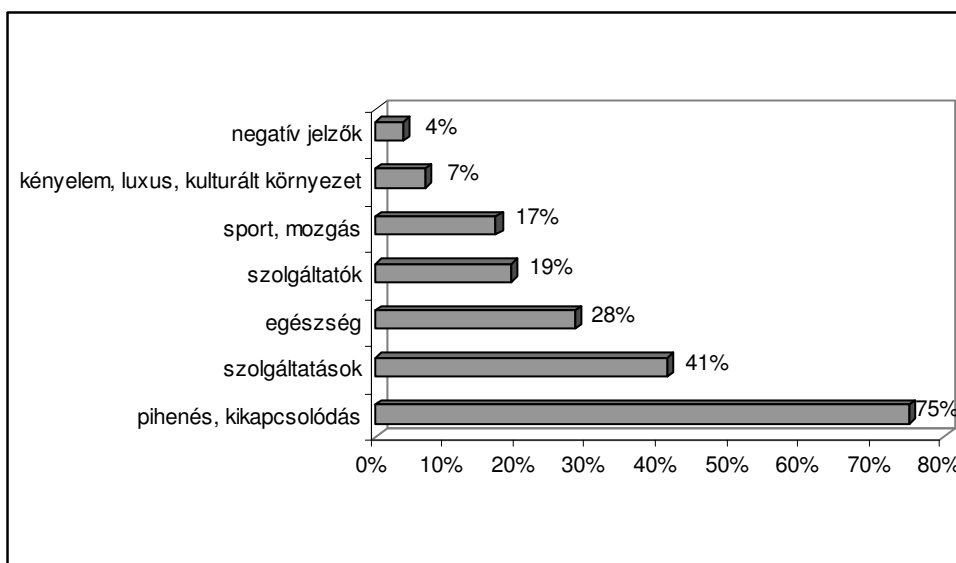
Forrás: saját számítás

A többváltozós logisztikus regressziós modell eredményei alapján látható, hogy a legalább érettségivel rendelkezők között négyszer, a legkedvezőbb vagyoni helyzetben lévők között több mint négy és félszeres eséllyel találunk wellness kifejezést ismerőt, mint a referenciának tekintett kategóriák esetében. A nőknél ugyanez az a hányados 2,2-szeres esélyt mutat a férfiakhoz képest.

7.2.2. A wellness kifejezéshez kapcsolódó asszociációk⁷⁴ és attitűdök

A wellness kifejezéshez kapcsolódó asszociációkat elemezve a vizsgált felnőtt lakosság körében is tapasztalható a főként Európára jellemző elsősorban turizmushoz és passzivitáshoz kötődő felfogás (ILLING, K. 2002).

A megkérdezetteknek a wellness kifejezés kapcsán leggyakrabban pihenés és kikapcsolódás jut eszébe, majd a különböző szolgáltatások (pl. masszázs, pezsgőfürdő, infrakabin, egészségmegőrző program, stb.), az egészség, a szolgáltatók (pl. wellness szálloda, gyógy- és élményfürdő), a sport, mozgás és a kényelem, luxus, kulturált környezet. A válaszadók kis hányada (4,4%) negatív jelzőket társít a wellness kifejezéshez (pl.: sznobság, nyugat majmolás, stb.).



27. ábra. A wellness kifejezéshez kapcsolódó asszociációk (%-ban)

Forrás: saját számítás

A wellness-hez kapcsolódó attitűdöket, illetve beállítódásokat 15, wellness-re általánosságban vonatkozó állítás elfogadottságával illetve elutasításával vizsgáltam.

⁷⁴ Az asszociáció képzet-, vagy gondolat társítás (Magyar Értelmező Szótár). Az attitűd tanult prediszpozíció valamely tárggyal vagy tárgyaknak egy osztályával szembeni válaszreakció következetesen kedvező vagy kedvezőtlen módját illetően (LENGYEL ZS. 1997)

24. táblázat. A leggyakrabban elfogadott és elutasított állítások a wellness-szel kapcsolatban az egyetértők %-os arányában

A leggyakrabban elfogadott wellness-hez kapcsolódó állítások	Az állítással egyetértők százalékos aránya ⁷⁵
A wellness nagyon jó kikapcsolódási lehetőséget nyújt.	92,4%
A wellness kellemes testi kényeztetést jelent egy gyógyfürdőben / wellness szállodában.	90,7%
A wellness programok előnye, hogy testileg-lelkileg feltöltenek.	88,3%
A wellness lényege a testi-lelki egészség elérése.	79,1%
A wellness segít megőrizni fiatalságunkat	71,3%
A legkevésbé elfogadott wellness-hez kapcsolódó állítások	Az állítással egyet nem értők százalékos aránya
A wellness csak egy újabb divathóbortot jelent.	69,7%
A wellness elsősorban a nők világa.	61,7%
A wellness egy újabb felesleges idegen kifejezés	57,5%
Könnyű megmagyarázni a wellness kifejezés jelentését	53,5%
A wellness azt jelenti, hogy különleges, drága termékekkel kényeztetjük el magunkat.	51,1%

Forrás: saját számítás

Az állítások vizsgálata alapján látható, hogy a kérdezettek között legelfogadottabb megállapítások, a szabadidőre korlátozódó, elsősorban passzivitásról és „kényeztetésről” szóló beállítódásokat tükrözi. A válaszadók körülbelül kilenc-tizede egyetért abban, hogy a wellness jó kikapcsolódást és kényeztetést nyújt, illetve feltöltődést biztosít. Kiemelésre érdemes, hogy a fentiek mellett a vizsgált populáció nagy része ma már (79%-a) egyetért a wellness holisztikus értelemben vett egészségre ható pozitív szerepével, valamint a fiatalság megőrző szerepével (71%).

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

A wellness szolgáltatások különlegességére és drágaságára vonatkozó állítás 51%-os elutasítottsága, illetve a táblázatban nem bemutatott „A wellness az átlagember számára elérhetetlen fényűzés.” állítás 49%-os elfogadottsága egyfajta általános bizonytalanságot mutat a wellness szolgáltatások elérhetőségével és árával kapcsolatban. A termékek és szolgáltatások drágaságának szubjektív megítéléséhez hozzá kell tenni, hogy a wellness szolgáltatásokat rendszeresen használóknak meglehetősen pontos ismereteik vannak az ár tekintetében, míg a wellness-t nem használók átlagosan magasabbnak, sok esetben irreálisan magasnak ítélik meg a szolgáltatások árát (25. táblázat).

⁷⁵ Az állításokra 1-től 7-ig terjedő skálán lehetett válaszolni, amelyeket három kategóriába soroltam be (egyet ért (6-7), semleges (3-5), és nem ért egyet (1-2) kategóriákba).

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

	Átlag (forint)	Median (forint)	Szórás (forint)	N
Wellness szolgáltatást igénybevevők	68 200	60 000	26 526,9	235
Wellness-t nem használók	81 371	77 500	52 942,7	484

Forrás: saját számítás

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

Az iskolai végzettség tekintetében szignifikáns különbség látható a wellness értelmezésében, az informáltság és az érdeklődés szintjében. Az alap és középfokú végzettségűek wellness-ről alkotott átlagos képe csaknem kizárólag a turisztikai szolgáltatóknál igénybevehető kényeztetést és kikapcsolódást biztosító szolgáltatásokra szűkül, szemben a diplomások csoportjával akik értelmezése szélesebb körű, amelyben jelentősebb szerepet kap az egészségmegőrzés és a hétköznapiakra érvényes életmódra vonatkozó felfogás is (26. táblázat).

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

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

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

Forrás: saját számítás

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

Bár a kérdezettek 79%-a nem ért egyet azzal, hogy a wellness inkább a nők világa, mégis jelentős eltérés látható a két nem wellness iránti fogékonyságában. A hölgyek egyértelműen jobban bíznak és hisznek a wellness programok és termékek pozitív hatásaiban, legyen szó kikapcsolódásról, feltöltődésről, egészségmegőrzésről, vagy a fiatalság megőrző szerepéről. A nők ezek mellett szignifikánsan érdeklődőbbek a wellness-ről szóló információk iránt, mint a férfiak, akik viszont megfizethetőbbnek érzik a szolgáltatásokat (27. táblázat).

27. táblázat. A wellness-hez kapcsolódó állítások különbségei nemek szerint az egyetértők %-os arányában

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

Forrás: saját számítás

A fiatal és a közép korosztályok (18-29 és a 40-49 évesek) között elfogadottabb a wellness világa, mint az idősebb korosztályok esetében, ami vonatkozik a szolgáltatások elérhetőségére és azok hatásaira, a kifejezés szükségességére és idegenségére is. A 60 évnél idősebbek korcsoportja a legkevésbé fogékony a wellness-re, akik átlagos véleményei minden állítás tekintetében szignifikánsan a legelutasítóbbak (28 táblázat).

28. táblázat A wellness-hez kapcsolódó állítások különbségei életkor szerint az egyetértők %-os arányában

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

Forrás: saját számítás

A társadalmi státusz szerinti eltéréseket vizsgálva elmondható, hogy a két legmagasabb és a felső közép státuszú csoportba tartozók (ahová a lakosság 29,7%-a tartozik) egyértelműen a legnyitottabbak a wellness világra. Az alacsonyabb státuszú csoportoknál tudatosabban figyelik a wellness-re vonatkozó információkat, amelynek következtében tájékozottabbak és informáltabbak a terület egészségét tekintve. A legalsó társadalmi státuszcsoporthoz tartozók a wellness-t elérhetetlen, drága területnek érzik, amely szükségességéről és tartósságáról kevésbé vannak meggyőződve, mint a kedvezőbb helyzetű csoportok tagjai. A legjobb és legrosszabb társadalmi helyzetűek véleménye között átmenetet képvisel a középső státuszcsoporthoz tartozók átlagos beállítódása, mely szerint a wellness már az átlagember számára is elérhető, de különleges és drága termékek és szolgáltatások ezek (29. táblázat).

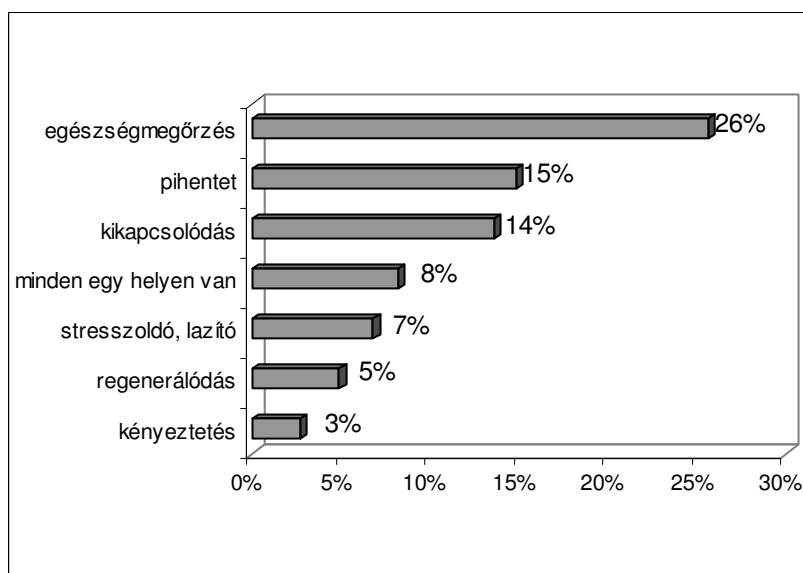
29. táblázat A wellness-hez kapcsolódó állítások különbségei a társadalmi státuszcsoportok szerint az egyetértők %-os arányában

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

Forrás: saját számítás

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

A témához kapcsolódóan vizsgáltam a wellness szubjektíven megélt előnyeit és hátrányait (28. ábra)



28. ábra. A wellness szolgáltatások előnyei (%-ban)

Forrás: saját számítás

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

7.3. A wellness- szolgáltatások igénybevétele és az azt befolyásoló tényezők

2007-ben a Dél-dunántúli régió lakosságának 26%-a vett igénybe wellness szolgáltatásokat. Ezeket leggyakrabban gyógy-, termál- és wellness-fürdőkben (20%), wellness-, vagy egyéb szállodák erre kialakított részlegeiben (4%), napi wellness-szolgáltatóknál (2,6%) és egyéb

helyszíneken (2%) használták. A wellness szolgáltatások igénybevétele az esetek felében nem járt éjszakai tartózkodással, továbbá látható, hogy az igénybevevők több mint háromnegyede (77%) a régió belül legfeljebb két óra utazási távolságra keresett wellness-szolgáltatókat. A tartózkodási idő tekintetében megállapítható, hogy 2006-2007-ben a Dél-dunántúli régió lakosságának 13%-a utazott legalább két napra wellness céllal, vagy vett igénybe utazásai során ilyen típusú szolgáltatásokat. A vizsgált évben a régió felnőtt lakosságának 3,5%-a töltött több napot wellness-szállodában. Ennek a csoportnak a 41%-a a Dél-dunántúli régióban, egyharmaduk a Nyugat-dunántúli (34,1%), 10,5%-uk a Közép-dunántúli, 7%-uk az Észak-magyarországi régió wellness-szállodáiban töltötte szabadidejét. A többnapos utazásokon leggyakrabban három napot (28,8%), majd gyakoriság szerinti csökkenő sorrendben négy (15,1%), hét (14,4%), illetve hat (13,7%) napot töltöttek az adott helyszínen.

Az igénybevevők körét vizsgálva elmondható, hogy a wellness szolgáltatások fogyasztása napjainkra már egyértelműen nem csak néhány társadalmi csoportra korlátozódik -mivel az iskolai végzettséget, nemet, lakóhelyet és életkort tekintve meglehetősen heterogén összetétel jellemző - de a vizsgált dimenziók mentén még mindig szignifikáns különbségek láthatók (30. táblázat).

30. táblázat. A wellness fogyasztók demográfiai, gazdasági és társadalmi jellemzői (%-os megoszlásban)

	Életkor				
	18-29 éves	30-39 éves	40-49 éves	50-59 éves	60 éves vagy idősebb
nők	32,0	25,8	34,4	25,7	12,2
férfiak	25,5	26,8	23,8	24,6	28,8
összesen	28,6	26,3	29,4	25,2	18,8
	Iskolai végzettség				
	8 általános	szakmunkás	érettségi	diploma	
nők	16,6	32,8	41,0	49,0	
férfiak	22,4	22,2	33,0	50,9	
összesen	18,8	25,9	37,7	50,0	
	Vagyoni helyzet				
	alsó	alsó közép	felső közép	felső	
nők	10,7	22,9	37,5	55,7	
férfiak	14,7	21,4	27,2	48,6	
összesen	12,6	22,3	32,2	52,1	
	Jövedelmi helyzet				
	alsó	alsó közép	felső közép	felső	
nők	15,1	22,1	39,8	46,8	
férfiak	20,3	16,3	30,7	44,4	
összesen	17,3	19,3	35,4	45,5	
	Településtípus				
	megyei jogú város	10.000+ település	2.000-10.000 település	-2.000 település	
nők	35,7	34,4	31,8	15,5	
férfiak	34,3	27,0	31,2	16,7	
összesen	35,0	31,2	31,5	16,1	

Forrás: saját számítás

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

Többváltozós logisztikus regresszió módszer segítségével arra kerestem a választ, hogy mely demográfiai, szocio-kulturális, gazdasági és környezeti tényezők befolyásolják a wellness szolgáltatások igénybevételét. A modellépítés első lépésében a nemek szerinti összetétel kivételével az elemzésbe bevont összes magyarázó változó – életkor, családi állapot, iskolai végzettség, vagyoni helyzet, jövedelmi helyzet, társadalmi státusz, településtípus és a megye – szignifikáns összefüggést mutatott a szolgáltatások igénybevételével. A modell második lépésében, a tényezők egymást befolyásoló hatásait kiszűrve a vagyoni és jövedelmi helyzet, illetve a lakóhely maradt önálló szignifikáns hatású a wellness fogyasztásra (29.táblázat).

Az eredmények szerint a jobb anyagi körülmények között élők körében gyakoribb volt a wellness szolgáltatások fogyasztása. A 4. táblázatban látható, hogy a legjobb vagyoni helyzetben lévők között 3,4-szer, a felső-közép kvartilis csoportjában 2,3-szor gyakrabban találhatunk wellness-szolgáltatást igénybe vevőket, mint a referenciaként szolgáló alsó kvartilishoz tartozók körében (31. táblázat).

Önálló befolyásoló hatással rendelkeznek a lakóhelyi tényezők is. A Baranya megyei lakosság körében az igénybevétel esélye legalább 60%-kal magasabb volt, mint Tolna és Somogy megyék esetén. A legkedvezőbb helyzetben lévő megyei jogú városokhoz képest a kisebb településeken alacsonyabb eséllyel találhattunk wellness-fogyasztókat. A legfeljebb 2000 lakosú településeken a megyei jogú városokhoz képest 28% volt az esélye, hogy igénybe veszik a vizsgált szolgáltatásokat. A lakóhely esetében tapasztalt különbségeket vélhetően befolyásolják, illetve magyarázzák a településtípusonként és területenként eltérő,

jórészt kulturális elemekből táplálkozó laikus egészségfilozófiák és általános fogyasztói beállítódások.

31. táblázat. A wellness szolgáltatások igénybevétele és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat

Vizsgált tényezők	Vizsgált tényezők kategóriái	Esély-hányados	95%-os megbízhatósági tartomány	
			Alsó határ	Felső határ
Megye				
Referencia: Tolna megye	Baranya megye	1,676	,934	3,007
	Somogy megye	,962	,520	1,780
Jövedelmi helyzet				
Referencia: alsó jövedelmi kvartilis	alsó-közép jövedelmi kvartilis	1,076	,553	2,095
	felső-közép jövedelmi kvartilis	1,977	1,019	3,835
	felső jövedelmi kvartilis	2,049	,968	4,341
Vagyoni helyzet				
Referencia: alsó vagyoni kvartilis	alsó-közép vagyoni kvartilis	1,361	,681	2,721
	felső-közép vagyoni kvartilis	2,292	1,152	4,561
	felső vagyoni kvartilis	3,447	1,636	7,264
Településtípus				
Referencia: megyei jogú város	10 000 feletti lakosságszám	,657	,381	1,134
	2000 – 10 000 fő	,813	,474	1,393
	2000 alatti lakosságszám	,279	,117	,663

Forrás: saját számítás

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

A wellness-fogyasztók gyakrabban utaznának wellness céllal, illetve vennének igénybe ilyen szolgáltatásokat, ha:

- A szolgáltatások olcsóbbak lennének (81,7%-a venné biztosan többször igénybe a szolgáltatásokat ebben az esetben).
- Lenne lehetőség (magasabb) támogatás megszerzésére (74,7%).
- Az orvos ajánlaná (49,8%).
- Meggyőznék az embereket arról, hogy ezek a szolgáltatások valóban az egészség megőrzését szolgálják (41%).

A fogyasztók szubjektív megítélésük szerint a fent említetteknel kevésbé találták ösztönző hatásúnak a több és szélesebb körben elérhető információk jelenlétét, illetve a médiában gyakrabban megjelenő ajánlatokat.

A wellness szolgáltatásokat igénybe nem vevők két, egymástól motivációikban és egyéb jellemzőikben eltérő csoportra különültek el. A szolgáltatások igénybevételét tervezők (a lakosság 21,1%-a vélekedik így) között többségben vannak, a fiatalabb korosztályok tagjai (18-29 évesek adják a csoport egyharmadát), az érettségizettek, a megyeszékhelyeken és

egyéb városokban élők, a középső jövedelmi és vagyoni kvartilisbe tartozók. A másik csoportba a wellness iránt egyáltalán nem érdeklődő és az igénybevételt nem tervezők között (a régió felnőtt lakosságának 48,1%-a) többségben vannak a falusi lakosok, az alsó és alsó közép jövedelmi és vagyoni kvartilisbe tartozók, az alacsonyabb iskolai végzettségűek és az idősebb korosztályok tagjai.

A wellness igénybevételét tervezők csoportjába tartozók elsősorban az időhiány, elfoglaltság (a csoport 37%-a említette fő indokként), illetve a magas ár (34%) miatt nem vették igénybe eddig a szolgáltatásokat, míg a wellness iránt nem érdeklődőknél az anyagi okok (47%), az érdeklődés hiánya (23%) és az egészségi problémák (17%) a legfontosabb visszatartó erők.

7.4. Wellness-fogyasztási szokások

A felmérés alapján a Dél-dunántúli régió felnőtt lakossága körében a wellness szolgáltatások igénybevételének legfőbb motivációi a kikapcsolódás (71%) és az egészségmegőrzés (21,5%) voltak. Betegségek kezelése, illetve a gyógyulási szándék csak minden huszadik embernél fordult elő (5,7%) a wellness-szolgáltatók felkeresésekor. Az igénybe vett szolgáltatások köre szolgáltatói típusonként eltérően alakult, amely magyarázható a típusonként különböző kínálattal, illetve igénybevételi szándékkal (32. táblázat).

32. táblázat A leggyakrabban igénybevett wellness szolgáltatások köre szolgáltatói típusonként

Wellness szállodák	Napi wellness szolgáltatók	Fürdők wellness szolgáltatásokkal
<ul style="list-style-type: none"> • szauna (97,1%), • pezsgőfürdő (97,1%), • termálvizes (élmény) medencék használata (67,6%), • gyógyvizes medencék használata (55,9%), • masszázs (52,9%), • szolárium (41,2%), • sporttevékenységek a szolgáltatótól igénybe véve (in- és outdoor sportok) (35,3%), • állapotfelmérés, életmód-tanácsadás (11,8%), • bőjtúra (8,8%), • szépségprogramok (5,9%), 	<ul style="list-style-type: none"> • szolárium (85,7%), • szauna (71,4%), • sporttevékenységek a szolgáltatótól igénybe véve (in- és outdoor sportok) (61,9%), • masszázs (61,9%), • termálvizes (élmény) medencék használata (52,4%), • pezsgőfürdő (47,6%), • állapotfelmérés, életmód-tanácsadás (42,9%), • szépségprogramok (19%), • bőjtúra (4,8%), 	<ul style="list-style-type: none"> • termálvizes (élmény) medencék használata (90,2%), • gyógyvizes medencék használata (67,2%), • szauna (55,8%), • pezsgőfürdő (54,5%), • masszázs (45%), • szolárium (32,2%), • sporttevékenységek a szolgáltatótól igénybe véve (in- és outdoor sportok) (14%), • állapotfelmérés, életmód-tanácsadás (8,4%), • izsappakolás (6,6%), • szépségprogramok (5,4%),

A szolgáltatások igénybevétele leggyakrabban családdal (gyerekekkel, szülőkkel) történt (43,4%), amely a résztvevők nagyságrendjének tekintetében átlagosan 3,33 főt jelent. Ezután következik gyakoriságban a partnerrel (31,4%), baráti társasággal (18,2%), illetve az egyedül (14,9%) történő igénybevétel.

A wellness szolgáltatásokat igénybevevők 19%-a kapott valamilyen formában támogatást vagy valamiféle hozzájárulást utazásának megvalósításához. Az utazások vagy szolgáltatások igénybevételének leggyakoribb támogatója a munkahely volt (82%), általában jutalom vagy üdülési csekk formájában. E mellett jelentős volt még a különböző önkéntes egészségpénztári forrásból származó támogatások mértéke (16%).

7.5. A wellness-utazások szervezése, valamint a wellness szolgáltatókkal szemben támasztott lakossági igények

A wellness-turisták⁷⁶ a legalább két napig tartó utazásaikat döntő többségben saját maguk szervezték (89%), és az utazások szervezett formáját csak csekély mértékben vették igénybe (például utazási irodával 5,1%, munkahely által szervezett módon 2,2% utazott). Azok, akik saját maguk szervezték utazásaikat, elsősorban telefonon és faxon (60,9%-ban), személyes megkereséssel (51,6%), illetve interneten keresztül (29,7%-uk, ami magasabb, mint az utazásaikat interneten keresztül szervezők átlagos aránya) tették, amely tény még mindig a turisztikai termék bizalmi jellegét mutatja.

A szolgáltató és a helyszín kiválasztásánál figyelembe vett legfontosabb szempontok, sorrendben: a szolgáltatások színvonala (69,4% ítélte nagyon fontosnak), a szolgáltatások árai (66,4%) és a saját vagy ismerősök, barátok korábbi tapasztalatai voltak (65,8%). Jelentős motiváló tényező volt a helyszín megválasztásánál az eddig említettek mellett a hely hírneve (45%), a távolság (43%), illetve az egyedi, kulturált földrajzi környezet (43%). A reklámok és a megszokás viszont kevésbé számítottak jelentős tényezőnek az úti cél megválasztásánál.

A megkérdezettek a wellness szolgáltatásokról és az ilyen szolgáltatásokat nyújtó helyszínekről legszívesebben a barátok, ismerősök, rokonok ajánlásából informálódtak (55,8%). Magas arányban tekintették hiteles információs forrásnak a médiában megjelenő tematikus műsorokat (48,3%), az internetet (38%) és a szolgáltatók plakátjait, szóróanyagait (38%). Az utazási irodák (9,9%) az előzőeknél kevésbé kedvelt információs forrásnak számítottak.

⁷⁶A vizsgált mintában azokat neveztem wellness turistának, akik legalább egy vendégéjszakát töltöttek wellness céllal utazásaik során

A megkérdezettek 55%-a tud spontán megnevezni legalább egy wellness szolgáltatót a régióban. A régióban legismertebb wellness desztináció Harkány, amit a régió mind a három megyéjében egyaránt magas arányban említettek az emberek (a régió felnőtt lakossága között 27,9%-os ismertséget jelent). A továbbiakban megemlített helyszínek és szolgáltatók elsősorban az adott térségben, saját megyéjükben ismertek, míg a régió távolabbi területein, megyéiben sokkal kevésbé⁷⁷. Ilyen helyszín Sikonda (amelyet a válaszadók 12,9%-a említ), Bikal (6,8%), a siófoki wellness hotelek (5,9%) és Hőgyész (5,5%). A régió lakossága által még ismert, de a fentiekhez képest ritkábban említett szolgáltatók és települések gyakorisági sorrendben a következők: a pécsi szolgáltatók (5,5%), Gunaras (4,8%), Igal (4,4%), Kaposvár (3,8%), Csokonyavisonta (1,9%), Barcs (1,8%), Nagyatád (1,6%).

A wellness-t igénybe vevők csoportjának a szolgáltatók működésével szemben megfogalmazott elvárásait vizsgálva megállapítható, hogy a legfontosabbnak ítélt minőség mellett három terület köré csoportosultak a fontosnak ítélt szempontok. Ezek közül kiemelkednek az alkalmazottak irányába megfogalmazott elvárások, amelyek elsősorban a hozzáállásra, segítőkészségre (a megkérdezettek 93,3%-a ítélte fontosnak), a kiemelkedő szakértelemre (72,9%) és a megjelenésre vonatkoztak (64,6%). Az elvárások másik köre a helyszínen elérhető szolgáltatások, lehetőségek, az információhoz való könnyű hozzáférés (89,1%) tekintetében fogalmazódott meg, míg a harmadik fontosnak ítélt szempontcsoport a család és gyermekbarát programok megléte (56%) volt.

7.6. A Dél-Dunántúl wellness turistáinak általános utazási szokásai

A wellness szolgáltatásokat igénybe vevők általános utazási szokásait vizsgálva elmondható, hogy ez a csoport több, mint kétszer gyakrabban utazott üdülési, kikapcsolódási céllal a lekérdezést megelőző évben külföldre (0,77) és belföldre (2,1) egyaránt, mint a régiós átlag (külföldi úti cél esetén 0,36, hazai esetében 0,97 alkalommal utaztak tavaly a régió lakói átlagosan). Az ilyen utazások időtartamát tekintve külföldre leggyakrabban egy-két hétre (a vizsgált csoportban a 2007. évben külföldre utazók 51,9%-a), belföldre pedig 4-6 (38,4%) és 2-3 napra (30,1%) utaztak, amely hasonló struktúrát mutat, mint a régió átlaga, de arányaiban szignifikánsan magasabb annál.

A mintában szereplő felnőttek általános utazási motivációi és a wellness orientáció közötti lehetséges összefüggéseket korrelációs mátrix segítségével értelmeztem. A wellness-orientáció közepes erősségű pozitív kapcsolatot mutat a fürdőzési és gasztronómiai utazási

⁷⁷ Lásd: 1. számú függelék 1. táblázat

célokkal, ezek mellett gyenge, de szignifikáns összefüggést a kulturális, a vásárlási és a gyógyturisztikai motivációkkal (33. táblázat). Az általános utazási orientációknál látható összefüggések alapján feltételezhető érdeklődési kör jól láthatóan megjelenik a wellness-utazások során a wellness szolgáltatások mellett igénybe vett, illetve végzett tevékenységek gyakorisági sorrendjében (34. táblázat).

33. táblázat. Az általános utazási célok összefüggései a wellness-utazással

A vizsgált tényezők	Pearson féle R korreláció értékei
wellness célú utazások	1,000
termálfürdő, élményfürdő használata	0,481
helyi éttermek kipróbálása	0,372
borturizmus	0,281
városnézés	0,204
múzeumok, színházak, koncertek, kulturális fesztiválok látogatása	0,173
gyógy szolgáltatások igénybevétele	0,163
vásárlás	0,159

Forrás: saját számítás

Megjegyzés: A táblázatban csak a 0,01 szinten szignifikáns összefüggések kerültek bemutatásra.

34. táblázat. A wellness-utazás során, a wellness szolgáltatások mellett leggyakrabban végzett tevékenységek (%-ban)

A leggyakrabban említett tevékenységek	A tevékenységben részt vevők aránya (%)
A település és a környék (kulturális) nevezetességeinek megtekintése	49,7
Napozás, strandolás	34,7
Helyi gasztronómiai nevezetességek kipróbálása	24,5
Kulturális tevékenységek (olvasás, kulturális programban részvétel)	18,1
Természetjárás, túrázás, kerékpározás	17,7
Vásárlás	16,4
Gyógy szolgáltatások	7,0

Forrás: saját számítás

7.7. A régió felnőtt lakossága wellness fogyasztási szokásainak összefoglalása

Az attitűdökre, motivációkra és asszociációkra vonatkozó empirikus vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy a wellness kifejezés hazánkban is a hétköznapiak részévé vált. A társadalom jelentős része hallotta, illetve ismeri a kifejezést, amellyel szemben a korábban megfogalmazott (a KPMG és Töröcsik Mária kutatásából ismert) negatív vélemények egyértelműen visszahúzódnak látszanak. Az elsősorban a médiáknak köszönhetően az emberek többsége számára ismert wellness kifejezéshez, széles sávban mozgó beállítódások és asszociációk kapcsolódnak. Az életkor, iskolai végzettség, nem és vagyoni helyzet mentén

látható jellemző eltérések mellett a hazai felnőtt lakosság összességében, a téma európai szakirodalmában tapasztalható felfogáshoz hasonlóan vélekedik a wellness-ről, főként a kikapcsolódást, kényeztetést és passzív időtöltést kötve a területhez. A csaknem az összes wellness koncepcióban megfogalmazott, hétköznapiakra vonatkozó egészségmegőrzés orientált életmód felfogás is megjelent, de ez ma még a társadalom egy szűkebb, társadalmi jellemzőit tekintve specifikusabb csoportjához köthető.

A régió felnőtt lakossága fogyasztási szokásainak vizsgálata alapján elmondható, hogy a korábbi egészségturisztikai felmérések (KPMG 2002, BUDAI Z.- SZÉKÁCS O. 2001) eredményeihez képest bővült és összetettebbé vált a wellness szolgáltatások és utazások iránt nyitott, azokat igénybe vevő emberek köre. Az igénybevétel társadalmi feltételi közül az anyagi tényezők és a lakóhely a meghatározók, míg az iskolai végzettség, az életkor vagy a nemi hovatartozás már nem elsődleges differenciáló a fogyasztók között. A szolgáltatók felé megjelenő elvárások között kiemelten fontos a minőség iránti elvárás, ami egyszerre vonatkozik a kínálat több elemére. A beállítódásokat és a motivációkat vizsgálva tapasztalható, hogy bár az egészségmegőrzés igénye hangsúlyosan jelen van egyes fogyasztói csoportoknál, a többségnek a wellness elsősorban jó kikapcsolódást és feltöltődést nyújtó szolgáltatás. A kínálat összeállításánál és kommunikálásánál az attitűdök és az elvárások mellett figyelembevételre érdemes szempont lehet az egyénileg szervezett utak túlsúlya, illetve a wellness utazások során megjelenő érdeklődés a környék egyedi adottságai iránt.

8. A wellness mint az egészséges életvitel (egészségfejlesztés) alternatívája

A már korábbi fejezetben bemutatott wellness koncepciókban és felfogásokban a meglévő különbségek mellett közös vonás, hogy a wellness-t mindegyik modell a jól-lét („High Level Wellness”) állapot elérését célzó aktív és tudatos életstílusként értelmezi, amelyben kiemelik az egyén felelősségét és a holisztikus szemléletet (MILLER, J. W. 2005, ZSIGMOND E. 2007). Ezek a koncepciók alapvetően jól illeszthetők és kapcsolhatók napjaink bio- pszichoszociális szemléletű egészségfelfogásához, illetve az egészségfejlesztés fogalmához, céljaihoz. Ezt az új egészségfelfogást rögzíti és mutatja be a WHO Ottawai Egészségmegőrzési Nyilatkozata (1986) mely szerint az egészség nem csak passzív, megőrzendő állapot, hanem fejleszthető érték, amelynek vannak olyan az egyén felelősségét hangsúlyozó összetevői, mint például teljesítmény, ismeretek, vagy fittség, melyek növelhetők, illetve fokozhatók (BUDA J. 1991, TÉNYI J. - SÜMEGI GY. 1997).

A wellness koncepciók legfontosabbnak tartott elemei és céljai alapvetően jól illeszthetők az egészségtudományi szemléletű⁷⁸ egészségfejlesztés fogalmához⁷⁹, elméleti céljaihoz és gyakorlati tevékenységeihez. A kapcsolódásnak kiemelt területe lehet, az egyéni egészségfejlesztés⁸⁰, ahol az elsődleges cél az ember egészségi állapotának fejlesztése, az egészségmagatartás, az életmód, a környezettel fenntartott viszony változtatásán, javításán keresztül. Több egészségfejlesztési modell központi gondolatoként is megjelenik a wellness koncepciók részét képező egyéni autonómián és felelősségen alapuló öntevékenység (FRENCH, J. – ADAMS, L. 1986, FRENCH, J. 1990, CAPLAN, R – HOLLAND, R. 1990, TONES, K. ÉS MUNKATÁRSAI 1990, egészségfejlesztési modelljei), illetve az egészséges életmód kialakításának, a helytelen életmód megváltoztatásának szükségessége (BECKER-féle tudatos egészség-modell 1974, A PROCHASKA ÉS MUNKATÁRSAI-féle életmód-változtatási modell 1984, TONES-féle cselekvő egészség-modell 1987). Jól lehet az egészségfejlesztés esetében a felhasznált eszközök és módszerek, a felelősség és a beavatkozás köre lényegesen szélesebb mint a wellness koncepciók esetében, de a végső cél azonos, az egyén jóllétének elérése és megtartása.

8.1. Wellness életmódhoz kapcsolódó attitűdcsoportok, fogyasztói csoportok

A wellness fogyasztók jó egészségi állapotának és egészségmagatartásának vizsgálata előtt, a kutatási eredmények alapján fel kell hívni a figyelmet arra, hogy a wellness-fogyasztás már nem egyértelműen rétegspecifikus, a fogyasztók csoportjában jelentős különbségek láthatók demográfiai, gazdasági és társadalmi jellemzők alapján. A wellness fogyasztás alapján történő felosztás nem ad információt az igénybevétel motivációiban és a mögötte álló attitűdökben tapasztalható különbségekről. Nem informál arról, hogy milyen arányban található a wellness életmód mellett elkötelezett, valamint a wellness szolgáltatásokat inkább kikapcsolódásból, vagy egyéb más célból (például divatból, üzleti út alkalmával stb.) igénybevevő emberek a fogyasztók között. Ezért tartottam fontosnak, hogy a mintát a fogyasztás mellett a wellness életmódhoz kapcsolódó attitűdök alapján is csoportosítsam,

⁷⁸ Az egészségfejlesztés gyakorlatában az egészséghez való viszony alapján két szemléletmódot különböztetnek meg, az alapvetően betegségközpontú, illetve betegségek megelőzésére koncentráló orvostudományi szemléletet, valamint az egészségközpontú egészségtudományi megközelítést. Az egészségtudományi szemléletű egészségfejlesztés részét képezi a magatartás-, életmódváltozást célzó megközelítés, az oktató, ismeretbővítő, nevelő jellegű látásmód, a kliensközpontú, öntevékenységre alapozott együttműködés, illetve a társadalmi változást célzó megközelítés (BUDA J. 2008).

⁷⁹ „Az egészség fejlesztése olyan fogalom, amely az egészséget elősegítő életmód és az ezt ösztönző társadalmi, gazdasági, környezeti és személyes tényezők támogatását foglalja magába” (BUDA J. 2008).

⁸⁰ Az egészségfejlesztés elméleti és gyakorlati tervezése jellemzően két szintre az egyéni és a közösségi szintekre fogalmazódik meg, amellyel kapcsolatban felhívják a figyelmet az egyén, a kisközösségek, a társadalom és a politika felelősségére.

amely lehetőséget kínál arra, hogy vizsgáljam az emberek aktív és tudatos wellness életmód elemeihez, illetve az egészségtudatossághoz kötődő nyitottságát. Természetesen felmerülő kérdés, hogy a wellness iránti nyitottság ténylegesen milyen egészségmagatartást jelent, illetve milyen hatással van az egészségi állapot alakulására.

Az egészséggel és a wellness alapvető dimenzióival kapcsolatos attitűdök és beállítódások alapján faktor- és klaszteranalízis⁸¹ segítségével, a vizsgált felnőtt lakosság körében 6 csoportot különböztettem meg⁸². Ezek egymástól mind demográfiai, szocio-kulturális és gazdasági jellemzőikben, mind az egészséggel kapcsolatos, valamint wellness fogyasztási szokásaikban elkülönülnek egymástól, amelyeket a továbbiakban röviden bemutatok:

Sportorientáltak (a vizsgálatban résztvevők 15,9%-a sorolódott ebbe a csoportba): A csoportba tartozó emberek elsősorban az aktív testedzésben, illetve sportban látják egészségük megőrzésének kulcsát. Fontos és előnyöket biztosító értéknek tekintik a jó egészséget és a sportos fiatalos külsőt, melyek megőrzésében és alakításában elfogadják az egyén felelősségét és döntési lehetőségét. Hétköznapjaikat az átlagosnál hajszoltabbnak és stresszesebbnek élik meg, amelyből szívesen kapcsolódnának ki sporttevékenységgel és lelki felfrissülést nyújtó egyéb szolgáltatások (masszázsok, aromaterápia, stb.) igénybevételével.

A sportorientált típusú beállítódás jellemző:

- a férfiakra (kétszer annyi férfi beállítódásait jellemzi, mint nőét),
- a fiatalabb korosztályokra (18-29 évesek a felét, a 30-39 évesek az egyharmadát adják ennek a csoportnak),
- a magas iskolai végzettségűekre (80%-uk érettségivel, vagy diplomával rendelkezik) és (jórészt munkájuknak köszönhetően) az átlagosnál jobb jövedelmi és vagyoni helyzetben élőkre.

Fogyasztási szokásaikat vizsgálva elmondható, hogy „a sportorientáltak” a wellness iránt legnyitottabb csoport, hiszen ezeknek az embereknek több mint fele igénybe vett már wellness szolgáltatásokat. A tavalyi évben a csoport 10%-a töltött éjszakát wellness szállodában, több mint harmada volt termál- és gyógyfürdőben, illetve 13%-a járt rendszeresen napi wellness szolgáltatóhoz. Összességében a wellness fogyasztók csaknem

⁸¹ A beállítódásokat 9 faktorba rendeződött 31 attitűdkérdéssel mértem (melyek közül 4 kiesett az elemzés során). A vizsgálatban kialakult 9 faktor, a környezettudatosság, a jó lelki állapotra törekvés, az egészség iránti egyéni felelősség, a sportorientáció, az egészséges táplálkozás orientáció, az egészség mint érték, az orvosi professzió kontra alternatív medicina, a hajszoltság és a környezet felelősségének hangsúlyozása (fatális beállítódás) voltak. A faktor és a klaszteranalízis vizsgálatba 630 fő, a minta 78,8%-a került be, azok akik mind a 31 kérdésre értékelhető választ adtak, így valamely klaszter csoportba besorolhatóvá váltak.

⁸² Lásd: 1. számú függelék 3. és 4. táblázat

harmadát adják (30,4%). A termálvizes és úszómedencék, valamint a pezsgőfürdő használata mellett előnyben részesítik a sportolási lehetőségekkel rendelkező helyeket, ahol fontos számukra a szauna és a szolárium használatának lehetősége. Az átlagosnál nyitottabbak a kikapcsolódást, kényeztetést, illetve lelki felfrissülést nyújtó szolgáltatásokra, valamint az extrémítás és újdonság érzetét keltő termékekre és tevékenységekre (pl. egy új kezelés, vagy új eszközökkel történő szolgáltatás). Fontos számukra, hogy szabadidejüket ízlésesen berendezett, luxus érzetét keltő mesterséges, vagy szép természeti környezetben töltsék. Leggyakrabban partnerrel, ennél alig ritkábban családdal veszik igénybe a szolgáltatásokat, de az átlagosnál magasabb azok aránya (15%) is, akik egyedül járnak wellness szolgáltatókhoz. A szolgáltatások árát az összes csoport közül átlagosan a sportorientáltak ítélik meg a legpontosabban. A wellness szolgáltatások és termékek jó egészséget befolyásoló hatásait elfogadják az erre vonatkozó információkat az átlagosnál tudatosabban keresik.

Elfoglalt, hajszoltak csoportja (18,6%): Bár a csoport tagjaira az átlagosnál sokkal erősebben jellemző az állandó időhiány, hajtás, rohanás érzése, általában elégedettek az életük alakulásával, lelkileg kiegyensúlyozottabbak, mint az átlag, valószínűleg a tevékenység- és munkabéli sikereknek köszönhető anyagi biztonság miatt. Főként elfoglaltságra hivatkozva kevesebb figyelmet fordítanak sportra és a helyes táplálkozásra, nem jellemzi őket sem az egészségtudatosság, sem a környezettudatosság. Nem hisznek a természetes gyógymódokban, nem érdeklődnek a bio- és környezetkímélő termékek és az egészséggel kapcsolatos tanácsadások iránt.

Az elfoglalt, hajszolt típusú beállítódás jellemző:

- a fiatal és középkorúakra (18-49 évesek adják a csoport 90%-t),
- a középiskolai végzettségűekre (érettségi, vagy szakmunkás végzettségű a csoport 80%-a),
- anyagi helyzetüket tekintve a középréteg tehetősebb csoportjára (több mint fele tartozik ebbe a jövedelmi kategóriába, míg 29,1%-uk pedig a legkedvezőbb helyzetbe lévők közé).

A wellness fogyasztók ötödét ez a típusú beállítódás jellemzi. A wellness szolgáltatásokat elsősorban kikapcsolódási céllal veszik igénybe, amely motiváció aránya (84%-a a klaszter tagjainak) a legmagasabb az összes vizsgált csoport esetében. A csoport közel egyharmada volt termál- és gyógyfürdőben, 4%-a pedig wellness hotelben az elmúlt évben. Ilyen alkalmakkor elsősorban a termálvizes medencéket, ritkábban szaunát és a pezsgőfürdőt keresték, de ezek mellett keresletet jelentenek még a különböző masszázss és szépségápolási szolgáltatások számára is. Az összes csoport közül számukra a legkevésbé fontos, hogy

szabadidejüket természetes környezetben töltsék. Leggyakrabban családdal, illetve partnerrel veszik igénybe a wellness szolgáltatásokat. A csoport tagjai az átlagosnál többet hajlandók fizetni a wellness szolgáltatásokért, amellyel jól egyeztethető, hogy a szolgáltató megválasztásánál az átlagosnál kevésbé fontos tényező a szolgáltatások ára. A wellness területe elsősorban kényeztetést jelent számukra (94%-uk egyetért ezzel), amelyre vonatkozó információkat a vizsgált csoportok közül a legkevésbé keresik.

Külső megjelenés orientáltak (17,3%): A csoport tagjai számára az egészség nem tartozik a legfontosabb értékek közé, ennek megőrzése nem jelent erős motivációt tevékenységeikben. Az egészséges táplálkozásra, a testedzésre fordított fokozott figyelmet főként a külső megjelenéssel való elégedetlenség vagy elégedettség motiválja. A csoport tagjaira jellemző, hogy az egészségmegőrzésben szerepet vállaló táplálkozási szokásokat (pl. zsíros ételek kerülése, fogyókúrázás), a kevésbé hajsztolt életmódot, valamint a fizikailag kimerítő sporttevékenységekre koncentrálnak sportaktivitást az átlagosnál kevésbé hozzák összefüggésbe az egészségi állapottal, illetve annak megőrzésével.

A külső megjelenés orientált beállítódás jellemző:

- a fiatalabb korosztályokra (csaknem felét a 18-29 éves korosztály adja),
- a megyeszékhelyen és nagyobb városokban élőkre (78%-uk),
- a középiskolai végzettségűekre (a csoport 60%-a), de az átlagosnál magasabb a diplomások aránya (21%) is körükben.

A csoport tagjai az átlagosnál ritkábban vesznek igénybe wellness szolgáltatásokat. A wellness fogyasztók 13%-át, a magas iskolai végzettségű fogyasztók 30%-át adják. A csoport 5,5%-a volt wellness szállodákban, 6%-a járt napi wellness szolgáltatóknál 2006-ban. Kevésbé kötődnek a medencékhez, mint a többi csoport tagjai, főként szauna, szolárium, masszázs szolgáltatásokat és szépségprogramokat vesznek igénybe. A wellness szolgáltatóknál nyújtott szépségápolási tevékenységek fontos célcsoportja. A szolgáltatásokat elsősorban partnerrel veszik igénybe. A vizsgált klaszterek között számukra a legfontosabb, hogy a wellness szolgáltató luxus kivitelezésű legyen. A csoport tagjai fogalmazznak meg legkevésbé elvárásokat az alkalmazottak irányába, illetve igénylik a családbarát szolgáltatások jelenlétét. Az átlagosnál kevésbé érdeklődnek a wellness szolgáltatások és termékek iránt, illetve ismerik el azok hatásait.

Egészség- és környezettudatosak (15,9%-a): Fontos számukra az egészséggel és a természeti, illetve társadalmi környezettel való foglalkozás. Nagy figyelmet fordítanak a táplálkozásra, a külső megjelenésre, a rendszeres, nem megerőltető testmozgásra, és a lelki feltöltődést biztosító tevékenységekre. Komolyan veszik az egészségmegőréssel kapcsolatos

tanácsokat, az orvostudomány mellett elfogadják az alternatív gyógyászat eredményeit is. Tisztában vannak a természetes és szociális környezet és egyéb társadalmi tényezők egészségi állapotot befolyásoló szerepével, de az egyéni felelősséget az átlagosnál jobban elfogadják és hangsúlyozzák.

Az egészség- és környezettudatos beállítódás jellemző:

- a nőkre (majdnem háromszor annyi nő beállítódásait jellemzi, mint férfiéit),
- a középkorúakra (40-49 évesek adják a csoport felét)
- a családosokra (a csoport három negyede családban él),
- a gimnáziumi, vagy felsőfokú végzettségűekre (két harmadát adják a csoportnak),
- az átlagosnál jobb anyagi helyzetben élőkre.

A csoport nyitott a wellness-re. Az ilyen beállítódású emberek közül minden második vett már igénybe wellness szolgáltatásokat (49,5%). Az összes wellness igénybevevő 28%-a, a felsőfokú végzettséggel rendelkező wellness igénybevevők 35%-a egészség- és környezettudatos. A csoport 30%-a volt 2006-ban wellness célú utazáson, vagy vett igénybe ilyen szolgáltatásokat utazásai alatt, 12%-a töltött legalább egy éjszakát az adott évben hazai wellness szállodában. Szívesen kipróbálják a komplex wellness csomagokat, a legkedveltebb fürdőszolgáltatások mellett keresletet jelentenek a relaxációs és terápiás programokra, valamint a szépségápolási, a sport és a közösségi programokra egyaránt. Fontos számukra, hogy legyenek többgenerációs szolgáltatások és programok, illetve széles választékot (a reform konyhától a tájjellegű ételekig) nyújtó étkezési lehetőség. Leggyakrabban családdal együtt veszik igénybe a wellness szolgáltatásokat. Átlagosan ez a csoport hajlandó a legtöbbet fizetni a wellness szolgáltatásokért. A wellness szolgáltatások igénybevételének motivációi között ebben a csoportban jellemző legmagasabb arányban az egészségmegőrzés, ők tulajdonítanak leginkább egészségvédő és egészségfejlesztő szerepet a wellness szolgáltatásoknak és termékeknek. Tudatosan keresik a területre vonatkozó információkat, amelynek köszönhetően a csoport tagjai a legtájékozottabbak a wellness piac kínálatával kapcsolatban.

Fatalista, resignáltak (16,2%): Bár az egészség nagyon fontos érték számukra, ennek alakítására, befolyásolására kevés lehetőséget látnak. A csoport tagjaira általában jellemző, hogy nem elégedettek életükkel, lelkiileg nem kiegyensúlyozottak, valamint gyakran érzik úgy, hogy nem tudnak megbirkózni felmerült problémáikkal. Elfogadják, hogy a betegségek kialakulásáért az egyén keveset tehet, ezekért inkább olyan külső tényezők felelősek, mint az orvostudomány tevékenysége, amelybe vetett bizalmukat elveszítették, a szociális-gazdasági hátrányok, valamint a hazai egészségügyi rendszer elégtelen működése, mely tényezők

befolyásolására nincs lehetőségük. Az átlagosnál kevésbé jellemző rájuk az egészség- és környezettudatos gondolkodás, illetve tevékenységek.

A fatalista rezignált beállítódás jellemző:

- a középkorúakra és a fiatal öregekre (a 40-59 éves korosztály adja a csoport 58%-t),
- az alacsony iskolai végzettségűekre (maximum szakmunkásképző végzettséggel rendelkezik a csoport két harmada),
- és rossz anyagi és jövedelmi helyzetben élőkre (85%-uk az alsó, alsó közép jövedelmi és vagyoni kvartilishoz tartozik)

A „fatalista, rezignált” csoportot tagjai a legkevésbé nyitottak a wellness-re. Az ilyen beállítódásokkal jellemezhető embereknek csak néhány százaléka vett már igénybe wellness szolgáltatást. Átlagosan a csoport tagjai érdeklődnek legkevésbé a wellness iránt, amit egy újabb divathóbortnak, drágának, az átlagember számára elérhetetlennek gondolnak. A wellness programok egészséget kedvezően befolyásoló hatásairól az összes csoport közül legkevésbé vannak meggyőződve, amely területhez elsősorban a kényeztetést kapcsolják.

Orvosi professzióban bízó (16,4%): Az egészség a legfontosabb érték számukra, melynek megőrzését és javítását elsősorban az orvostudomány feladatának és felelősségének vélik. Bár elfogadják az egyén felelősségét az egészségi állapot alakulásával kapcsolatban, az orvostudományba (orvosokba, gyógyszerekbe) vetett bizalom mellett sokkal kevésbé tartják fontosnak és képesek figyelmet fordítani az egészséges táplálkozásra, a testsúly megtartására, valamint a rendszeres testmozgásra és sportra, amely egészségmegőrző szerepében kevésbé hisznek. A csoport tagjaira a hajszoltság és időhiány érzése, kikapcsolódás utáni vágy az átlagosnál sokkal kevésbé jellemző.

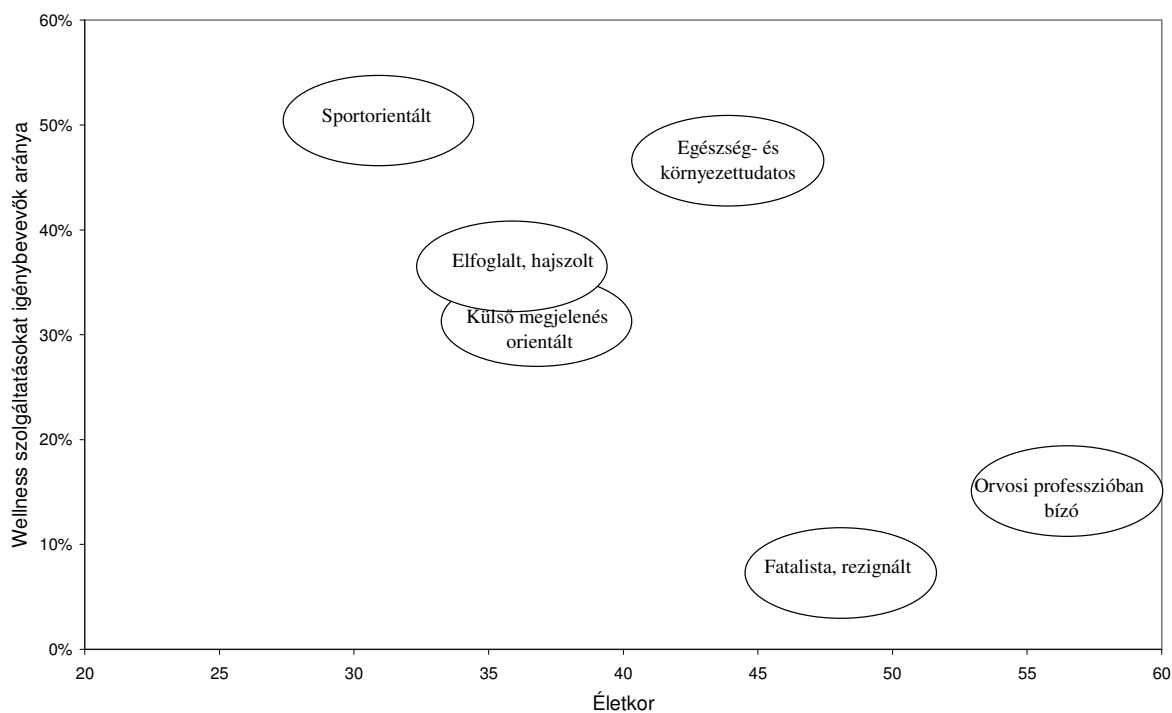
Az orvosi professzióban bízó beállítódás jellemző:

- az idősebb korosztályokra (50-59 évesek egy harmada, a 60 felettiak több mint fele gondolkodik így),
- a kis településeken (több mint 60%-a falun), az átlagosnál kedvezőtlenebb jövedelmi és anyagi körülmények között élőkre,
- az alacsonyabb iskolai végzettségűekre (a csoport 60%-nak nyolc általános, 23,4%-nak szakmunkásképző a legmagasabb iskolai végzettsége).

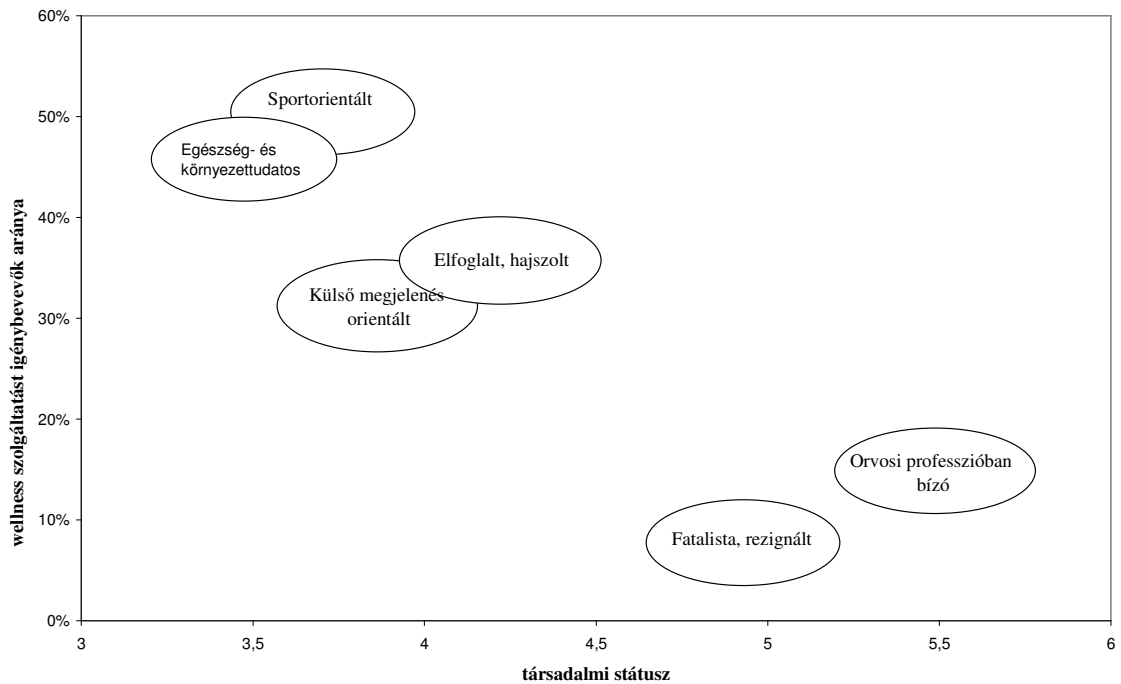
Az „orvosi professzióban bízók” távol maradnak a wellness fogyasztástól, ezt mutatja, hogy a csoportnak csak 16%-a vett igénybe ilyen szolgáltatásokat, amely a wellness fogyasztók 8%-t jelenti. Wellness szolgáltatatók látogatásakor is elsősorban a termál- és gyógyvízben történő fürdés lehetőségét keresik. Ezek mellett nagyon ritkán, gyógyászati célú szolgáltatásokat vesznek igénybe (masszázs). A látogatás motivációjában inkább az egészségmegőrzés

dominál, mint a kikapcsolódás. A csoport tagjai az átlagosnál kedvezőbben vélekednek a wellness egészségi állapotot és fiatalságot, fitteget megőrző hatásáról, amely szolgáltatásokat különleges drága termékeknek vélik.

Az egészséggel és a wellness alapvető dimenzióival szembeni attitűdök alapján kapott klaszterek demográfiai, társadalmi és gazdasági tényezők alapján egymáshoz viszonyított helyzetét mutatják a 29-31. ábrák. A csoportok pozicionálásához a kutatás alapvető vizsgálódási szempontja (wellness szolgáltatások igénybevétele) mellett, a leggyakrabban használt szegmentációs ismérvek közül, az életkort, társadalmi státuszt és a lakóhelyet választottam. Az egyes klaszterek elhelyezkedését, az adott csoportban wellness szolgáltatásokat igénybevevők százalékos arányával, az életkornál a középértékek (számtani átlag és módusz), a társadalmi státusz és a lakóhely esetében számított középérték segítségével határoztam meg.



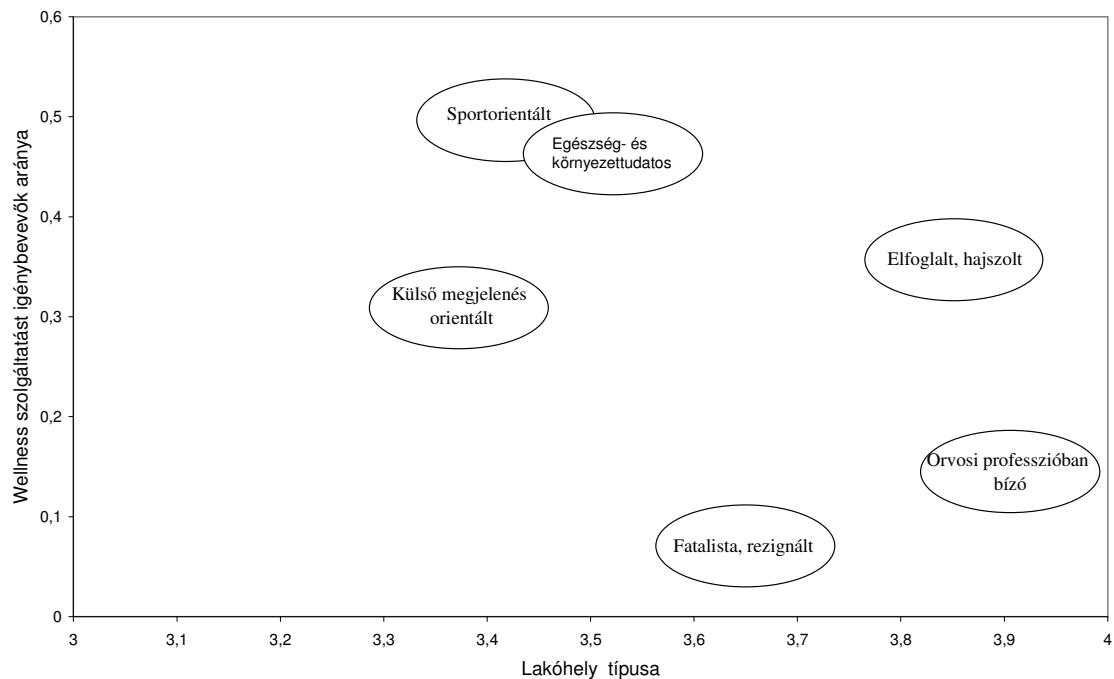
29. ábra. A wellness-szel kapcsolatos attitűdcsoportok életkor szerinti tipizálása
 Forrás: saját számítás



30. ábra. A wellness-szel kapcsolatos attitűdcsoportok társadalmi státusz szerinti tipizálása

Forrás: saját számítás

Megjegyzés: A társadalmi státusz esetében a legkedvezőbb helyzetű „A” csoport kapta az 1-es kódot, míg a legrosszabb helyzetű státuszcsoporthoz a 7-es kódot. Az ábra x tengelyén az adott csoport társadalmi státusz átlaga van feltüntetve.



31. ábra. A wellness-szel kapcsolatos attitűdcsoportok lakóhely szerinti tipizálása

Forrás: saját számítás

Megjegyzés: A lakóhely típusa szerint a települési kategóriák és a hozzájuk kapcsolódó kódok a következők voltak: Budapest = 1, megyei jogú város = 2, 10 ezer feletti lakosságszámú település = 3, 2-10 ezer közötti település = 4, 2 ezernél alacsonyabb lélekszámú település = 5. Az ábra x tengelyén az adott csoport lakóhely típusa szerinti átlag van feltüntetve.

Az ábrákat vizsgálva elmondható, hogy a fent leírtakkal összhangban a wellness piac számára legfontosabb célcsoportok a főként a magasabb státuszú fiatalokra jellemző sportorientált, illetve az inkább a magasabb társadalmi státuszú középkorúakra jellemző egészség- és környezettudatos csoportok. Fontos, de az eddig említettek mellett kevésbé nyitott célpiac az inkább kisebb településeken élő, átlagos társadalmi státuszú elfoglalt, hajszolt, illetve a főként városi fiatalokra jellemző külső megjelenés orientált csoportok. A két másik klaszter tagjai egyelőre nem jelennek meg számottevő keresletként a wellness számára. Természetesen a pozicionálásnak számos más tényező is képezheti alapját. Így nagy jelentőségű lehet többek között, a jövedelmi és vagyoni helyzet, vagy az iskolai végzettség is.

A továbbiakban részletesen elemezni kívánom, hogyan alakul a régió felnőtt lakosságának egészségi állapota, illetve egészségmagatartása a wellness fogyasztás és a wellness életmód iránti fogékonyság mentén. Kiemelten vizsgálom, hogy megjelenik-e az egészségi állapotot, illetve egészségmagatartási szokásokat befolyásoló tényezőként a wellness fogyasztás és a wellness életmód iránti nyitottság.

8.2. Egészségi állapot

A magyar lakosság egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban igen kedvezőtlennek minősíthető, jelentősen elmaradva attól, amit társadalmi- gazdasági fejlettségünk szintje lehetővé tenne (DARÓCZI E. 2003). Hazánk a legtöbb egészségügyi mutató tekintetében az európai országok sorában az utolsó harmadban található (DARÓCZI E. 2001, JÓZAN P. 2002, ÁDÁNY R. 2003, UZZOLI A. 2003, KOPP M – KOVÁCS M. 2006, VITRAI J. – MIHALICZA P. 2006 LAMPEK K. 2007). Magas a halandóság és a természetes fogyás, kedvezőtlenül alakul a lakosság egészséggel kapcsolatos magatartása, amely mellett az egészségügyi ellátó rendszer működése, finanszírozása is számos nehézséggel és problémával küzd (KORNAI J. 1998, OROSZ É. 2001, FÜZESI ZS. – PÉNTEK E. – TISTYÁN L. 2004, VITRAI J. 2007). A születéskor várható élettartam 2007-ben a férfiaknál 69,19, a nőknél 77,34 év volt, melynél több mint tíz évvel alacsonyabb volt a várhatóan egészségben eltöltött életévek száma, amely mutatók az elmúlt évtizedben látható emelkedés ellenére 4 – 8 évvel elmaradnak a nyugat-európai, illetve 1-2 évvel az ún. volt szocialista országok többségétől is (KSH 2008). A várható élettartam nemzetközi összehasonlításban kedvezőtlen alakulását - annak javuló tendenciája ellenére - elsősorban a középkorú férfi lakosság egészségi állapotának nagymértékű romlása magyarázza (JÓZAN P. 2000, KOPP M – SKRABSKI Á. 2007, LAMPEK K. 2007).

A hazai lakosság egészségi állapotában a demográfiai-, szocio-kulturális- és gazdasági jellemzők mentén tapasztalt különbségek (LOSONCZI Á. 1989; MAKARA P. 1995; SUSÁNSZKY É. - SZÁNTÓ Zs. – KOPP M.- SZEDMÁK S. 1997; PIKÓ B. 1998; TAHIN T., JEGES S., LAMPEK K. 2000, JÓZAN P. 2000, KLINGER A. 2001, OLEF 2003, HUNGAROSTUDY 2005, KOPP M. - KOVÁCS M. 2006, KOVÁCS M. 2006, LAMPEK K. 2007) mellett jelentős területi egyenlőtlenségek is láthatók mind a mortalitási, mind a morbiditási viszonyok tekintetében. Régiók, megyék, vagy kisebb területi egységeket vizsgálva is hasonló térbeli mintázat látható, a legkedvezőbb helyzetben lévő területek a főváros és környékén, illetve a Nyugat-Dunántúlon találhatók, míg a legkedvezőtlenebb egészségi állapotú népesség Észak- és Kelet-Magyarországon, illetve a Dél-Dunántúlon jellemző (JÓZAN P. 1986, PÁL V. 1999, ÁDÁNY R. 2003, KISS J. – SÁNDOR J. – NAGYMAJTÉNYI L.- EMBER I. 2003, KLINGER A. 2003, DARÓCZI E. 2004, FÜZESI Zs. 2004, UZZOLI A. 2004, KOPP M. – SZÉKELY A. – SKRABSKI Á. 2006).

8.2.1. A Dél-dunántúli régió lakosságának egészségi állapota

Egy populáció egészségi állapotának bemutatásakor, az elemző kutatások alapvetően a születéskor várható átlagos élettartamot, a mortalitási és a morbiditási adatokat használják fel (ARMSTRONG D. 1995, KOVÁCS M. 2006, LAMPEK K. 2007). A különböző demográfiai, mortalitási és morbiditási adatokat vizsgálva elmondható, hogy a régió lakosságának egészségi állapota a hazai viszonyok átlagánál kedvezőtlenebbül alakul.

8.2.1.1. A születéskor várható átlagos élettartam

A régió lakosságának születéskor várható átlagos élettartama mind a férfiak, mind a nők esetében nem jelentős mértékben, de elmarad az országos átlagtól. 2007-ben a régió férfi lakossága esetében 68,86, a nők 77,11 év volt, szemben az országos 69,19 és 77,34 értékekkel. Megyei bontásban tekintve Somogy megye mindkét nem esetében a legkedvezőtlenebb viszonyokat mutatja (férfiaknál 68,51, nőknél 76,86 év), amely értékekkel az ország legalacsonyabb várható élettartammal jellemezhető megyéi közé tartozik (Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyék után). Mindkét nemnél Tolna megye rendelkezik a legjobb mutatókkal a régióban, melyből a nők várható élettartama (nőknél 77,43, a férfiaknál 69,09 év) az országos átlagot meghaladja (KSH 2008).

8.2.1.2. Mortalitási adatok

Az országosan jellemző negatív demográfiai folyamatok (népesség természetes fogyása, az idősek arányának növekedése) a régió megyéiben különböző mértékben, de mindenhol kedvezőtlenebbül alakulnak, mint a hazai átlag. A régió halálozási viszonyaiban a 80-as évtizedhez képest tapasztalható némi javulása ellenére a régió 13,6 ezrelékes halálozási mutatója magasabb, mint az országos átlag (13,2), amelyhez az átlagosnál alacsonyabb élveszületési gyakoriság kapcsolódik (9,0) (KSH 2008). Ennek eredményeként 2007-ben a Dél-alföldi régió után a második legnagyobb természetes fogyás és az országos átlagot meghaladó öregedés (az öregedési index 113,3%) jellemték a régiót (KSH 2008). A legkedvezőtlenebb halálozási viszonyok és a legalacsonyabb élveszületési arányszám Somogy megyére volt jellemző, míg az öregedési index értéke Tolna megyében (115,2%) volt a legmagasabb 2007-ben (KSH 2008).

A régió halálloki struktúrája hasonlóan alakul az országos viszonyokhoz. Mindkét nemben a vezető halállokok a keringési rendszer betegségei, második a daganatos betegségek, ezt követi a morbiditás és mortalitás külső okai. Az országos átlagot meghaladja a régió keringési, daganatos és légzőrendszeri halálozása, amelyből Somogy megye daganatos halálozási mutatói országosan a legmagasabbak, Tolna megye a légzőrendszer betegségeihez kötődő halálozásoknál második, míg Baranya ötödik legkedvezőtlenebb helyzetben van a megyék rangsorában (KSH 2008).

8.2.1.3. Morbiditási viszonyok a régióban

A megbízhatónak tekinthető mortalitási adatok mellett⁸³ egy populáció egészségi állapotának bemutatásakor szükség van az úgynevezett morbiditási viszonyok elemzésére is (ARMSTRONG D. 1995, KOVÁCS M. 2006, LAMPEK K. 2007). A morbiditási adatok egyrészt az egészségügy, másrészt a társadalombiztosítás oldaláról, harmadrészt elsődleges adatfelvételtől származnak.

A Dél-Dunántúli Regionális Népegészségügyi Jelentés (Bakacs-Kaposvári 2005) adatai szerint a háziorvoshoz bejelentkezett felnőttek a főbb betegségcsoportok nagy részében (ischaemiás szívbetegségek, magas vérnyomás, idült alsó-légúti, daganatos megbetegedések és cukorbetegség) meghaladták, az országos viszonyok alapján várható értékeket. A megyék közül a legkedvezőtlenebb értékek Somogy megyében voltak jellemzők, ahol az idült alsó-légúti, az ischaemiás szívbetegségek, magas vérnyomás és a gyomor megbetegedései esetében

⁸³ A mortalitási adatok csak közvetett módon adnak információt az egészségi állapotról és bizonyos betegségekről, azok következményeiről – nem fatális –, amelyek mellett az életminőségről sem nyújthatnak adekvát információt (Armstrong D. 1995).

voltak jelentősnek tekinthető eltérések az országos viszonyok alapján várhatótól. A másik két megyében elsősorban az ischaemiás szívbetegségek és a magas vérnyomás esetszáma haladta meg a várt értékeket.

A különböző esetszám típusú elemzéseken túl a régióban, és a régióra vonatkozóan több kutatásban megjelentek a szubjektív önértékelésen alapuló (vélt egészség) vizsgálatok. Ezek összehasonlíthatóságát nagymértékben nehezíti az egészségi állapot mérésére használt eltérő módszertan:

Tahin és munkatársai 1988/89-ben 3408 fős a 20–59 éves lakosságot reprezentáló mintán követéses vizsgálatot indítottak a Baranya megyei felnőtt lakosság egészségi állapotára vonatkozóan, amely adatfelvételt megismételtek 1998-ban és 2003-ban. Kutatásaikban az egészségi állapot önértékelését egy négy válaszkategóriát tartalmazó kérdéssel mérték.

A hazai lakosságot reprezentáló Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) 2000 és 2003-ban (N=7000) a Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ vezetésével felvett vizsgálatait, regionális felosztásban is közölnek eredményeket a szubjektív egészségre vonatkozóan. A kutatásban öt fokozatú skálával mérték az egészségi állapot alakulását.

Az évtized másik nagy teljes hazai lakosságot reprezentáló egészségi állapot vizsgálatait a SOTE Magatartástudományi Intézete által lebonyolított HungaroStudy 2002 és 2005 (N=12630, N=4689) egészségfelmérések is vizsgálták a szubjektív egészség megítélését, amelyet többféle területi felosztásban is bemutattak, így regionálisban is. A szubjektív egészséget ez a kutatás is öt fokozatú skálán mérte.

A Fact Intézet 2002-ben tízezer fő megkérdezésével vizsgálta a régió felnőtt lakosságának egészségi állapotát. Az alkalmazott módszer a funkcionális és perceptorális egészségmodellen alapuló SF 36 kérdőív⁸⁴ volt, amely hazai és nemzetközi összehasonlításra is lehetőséget adott. A vizsgálat eredményei alapján látható, hogy a régió lakossága minden vizsgált dimenzióban kedvezőtlenebb értékekkel jellemezhető, mint a külföldi minták esetében, az öt évvel korábbi országos vizsgálat eredményeihez (CZIMBALMOS Á. ÉS MTSAI 1999) képest viszont nincsenek számottevő eltérések. A legalacsonyabb és a legkedvezőtlenebb értékek a vitalitás (58,86) és az általános egészség (59,95) dimenziókat jellemezte, míg a legmagasabb átlagok a társadalmi funkció (88,46) és a fizikai funkció (80,80) dimenzióhoz kapcsolódtak (FÜZESI ZS. – ILLÉS T. – TISTYÁN L. – CZIRJÁK L. 2004).

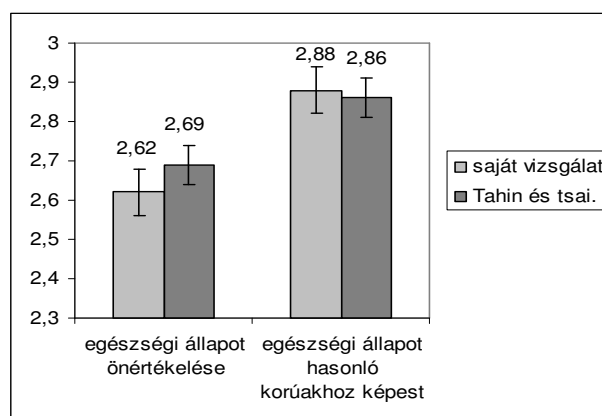
⁸⁴ Az SF 36 kérdőív 36 kérdést tartalmaz, amely az egészség nyolc dimenzióját vizsgálja, amelyek a következők: fizikai funkció, fizikai szerep, testi fájdalom, általános egészség, vitalitás, szociális szerep, érzelmi szerep, mentális egészség, egészség változás (AMSTRONG D. 1995).

Töröcsik Mária és Lampek Kinga (2002) témára vonatkozó vizsgálata, a KSH 1999/2000 évi időmérleg – életmód kutatása alapján készült, amelyben 10 fokozatú skálán jelölték meg, hogy mennyire elégedettek egészségükkel a válaszadók. A tanulmány eredményei szerint a Dél-dunántúli régió lakossága ítélte meg legkedvezőtlenebbül egészségi állapotát (átlagosan 6,84), jöllehet az Észak-magyarországi (6,85) és a két alföldi régió (6,87) lakosságának megélt egészsége is hasonló viszonyokat mutatott.

8.2.1.4. A régió felnőtt lakosságának egészségi állapota - Populációs becslés

A lakosság egészségi állapotát szubjektív önértékelés segítségével mértem, amely az egészségügyi statisztikákkal (mortalitási és morbiditási adatok) szemben, lehetőséget ad arra, hogy az egyén egészségi állapotát holisztikusan megközelítve értékelje. Az egészségi állapotra vonatkozó kérdés négy, a hasonló korúakhoz viszonyított egészségi állapotra vonatkozó pedig öt válaszkategóriát tartalmaz⁸⁵, amelyek által nyert megállapítások a módszertani hasonlóságok miatt a fent bemutatott vizsgálatok közül Tahin és társai (2003) kutatásának eredményeihez hasonlítható.

A Dél-dunántúli régió felnőtt lakosságának 7,1%-a minősítette egészségi állapotát kitűnőnek, 37,9%-a jónak, 40,9%-a megfelelőnek, és 14,1%-a rossznak. Ezek az eredmények a kis mértékű eltérések ellenére nem mutatnak szignifikáns változást a 2003-ban felvett eredményekhez képest (Tahin és munkatársai kutatásában az említett értékek: kitűnő 5,6%, jó 35,2%, megfelelő 44,3%, rossz 14,9%).



32. ábra. Az egészségi állapot alakulása Tahin és társai, valamint a saját kutatás alapján

Forrás: saját számítás

Megjegyzés: az adott kérdésekhez tartozó válaszkódok átlaga látható az ábrán, ahol az alacsonyabb érték jelenti a kedvezőbb egészségi állapotot

⁸⁵ Az egészségi állapot önértékelése mellett a kortársakhoz viszonyított egészségi állapotra az alábbi kérdéssel vizsgáltam: „Véleménye szerint az Önnel hasonló korú emberekhez képest milyen az egészségi állapota?”, amelynél a válaszkódok: sokkal jobb = 1, jobb = 2, kb. ugyanolyan = 3, rosszabb = 4, sokkal rosszabb = 5 voltak.

A hasonló korúakhoz viszonyított egészségi állapot szerint a minta negyede (25%) minősítette jobbnak, vagy sokkal jobbnak, 60,1%-a körülbelül ugyanolyannak, és 12,9%-a rosszabbnak egészségét kortársaihoz képest. Hasonlóan az első mutatóhoz, ebben sem tapasztalható szignifikáns változás a 2003-as viszonyokhoz képest (a vonatkozó értékek: 26,1%, 54% és 19,9%). A 32. ábra a két kutatás összehasonlítását mutatja, a kérdésekre adott válaszok átlagértékei alapján (a kutatásban az egészségi állapot szubjektív megítélésének átlaga 2,62, míg a kortársakhoz viszonyított egészségi állapot 2,88 volt), amelyből látható, hogy az eltérések ellenére nem található szignifikáns különbség. Az egészség-szociológiai irodalomból ismert demográfiai, gazdasági és szocio-kulturális mintázat a régió lakosságának egészségi állapota esetében is igazolható (35. táblázat).

35. táblázat. A lakosság egészségi állapotának alakulása demográfiai, gazdasági és társadalmi jellemzők mentén

	Életkor				
	18-29 éves	30-39 Éves	40-49 éves	50-59 éves	60 éves vagy idősebb
Nők	2,29	2,55	2,67	3,07	3,14
Férfiak	2,1	2,41	2,58	2,72	2,92
Összesen	2,19	2,47	2,63	2,91	3,05
	Iskolai végzettség				
	8 általános	szakmunkás	érettségi	diploma	
Nők	3,07	2,49	2,54	2,51	
Férfiak	2,81	2,45	2,36	2,26	
Összesen	2,92	2,47	2,47	2,38	
	Vagyoni helyzet				
	alsó	alsó közép	felső közép	felső	
Nők	3,08	2,73	2,59	2,49	
Férfiak	2,96	2,57	2,34	2,18	
Összesen	3,02	2,67	2,46	2,33	
	Jövedelmi helyzet				
	alsó	alsó közép	felső közép	felső	
Nők	2,88	2,78	2,63	2,53	
Férfiak	2,94	2,54	2,57	2,17	
Összesen	2,91	2,66	2,60	2,34	
	Településtípus				
	megyei jogú város	10.000+ település	2.000-10.000 település	-2.000 település	
Nők	2,57	2,76	2,78	2,86	
Férfiak	2,23	2,61	2,55	2,70	
Összesen	2,40	2,69	2,67	2,79	

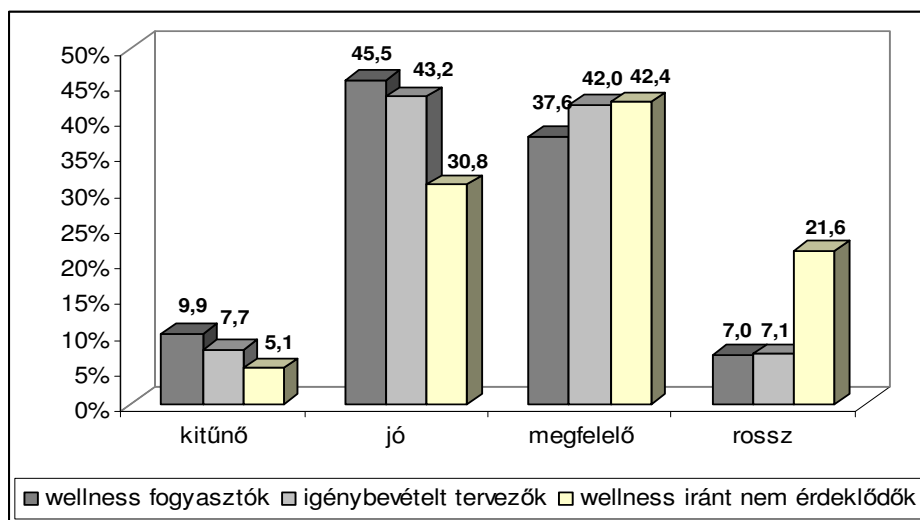
Forrás: saját számítás

Megjegyzés: a szubjektív önértékeléshez tartozó válaszkódok átlaga (amely 1- 4 közötti érték lehet) került feltüntetésre, ahol az alacsonyabb érték jelenti a kedvezőbb egészségi állapotot. A táblázatban látható különbségek p=0,05 szint mellett szignifikánsak

A nők (esetükben az érték 2,73, míg a férfiaknál 2,49), az idősebb korosztályok, az alacsonyabb iskolai végzettségűek, a kedvezőtlenebb anyagi és vagyoni helyzetben lévők, az alacsonyabb lakosságszámú településeken (falvakban) élők – önértékelésük alapján – a populációs átlagnál kedvezőtlenebbül ítélik meg saját, valamint a hasonló korúakhoz viszonyított egészségi állapotukat.

Az egészségi állapot és az egészséggel kapcsolatos tevékenységek vizsgálatánál a kiemelt alapváltozóim a wellness igénybevétel és a wellness életmódhoz kapcsolódó attitűdök alapján megfogalmazódó klasztercsoportok voltak. A wellness igénybevétel alapján három kategóriába soroltam a válaszadókat (wellness fogyasztók, az igénybevételt tervezők és a wellness iránt nem érdeklődők csoportjaiba), míg az attitűdök alapján a kialakult 6 klasztert vizsgáltam.

A wellness fogyasztók egészségi állapota, mind a populációs átlagnál, mind a wellness iránt nem érdeklődők csoportjánál kedvezőbben alakult (az egészségi állapot önértékelésének átlaga 2,42 SD=0,76). Jól lehet a wellness igénybevételét tervezők csoportjának megítélése is rosszabb egészségi állapotot (az átlag 2,49 SD=0,74) mutat a wellness fogyasztókhoz képest, de ez a különbség nem szignifikáns. Ezzel szemben a wellness iránt érdeklődést nem mutató csoport egészségének önértékelése szignifikánsan a legkedvezőtlenebbül alakult (átlag 2,8 SD=0,88) a három vizsgált csoport közül, ami egyben a régió lakosságának átlagától (2,62 SD=0,81) való jelentős elmaradást jelent (33. ábra).



33. ábra. Az egészségi állapot szubjektív megítélése a wellness szolgáltatások igénybevétele alapján (%-ban)

Forrás: saját számítás

Az egészségi állapot megítélésében a wellness szolgáltatások igénybevétele alapján látott különbségek, a demográfiai, gazdasági és társadalmi jellemzők mentén történő részletes elemzés után is hasonló mintázatot mutatnak (36. táblázat).

36. táblázat. Az egészségi állapot szubjektív megítélése a wellness szolgáltatások igénybevétele, illetve a demográfiai, gazdasági és társadalmi jellemzők alapján

	Nem				
	Nők	Férfiak			
Szolgáltatásokat igénybevevők	2,51	2,25			
Igénybevételt tervezők	2,53	2,44			
Wellness iránt nem érdeklődők	2,94	2,66			
	Életkor				
	18-29 éves	30-39 Éves	40-49 éves	50-59 éves	60 éves vagy idősebb
Szolgáltatásokat igénybevevők	2,05	2,31	2,52	2,72	2,74
Igénybevételt tervezők	2,27	2,41	2,55	2,72	2,92
Wellness iránt nem érdeklődők	2,25	2,62	2,74	3,15	3,18
	Iskolai végzettség				
	8 általános	Szaktunyas	Érettségi	Diploma	
Szolgáltatásokat igénybevevők	2,63	2,42	2,34	2,25	
Igénybevételt tervezők	2,65	2,48	2,36	2,55	
Wellness iránt nem érdeklődők	3,14	2,48	2,67	2,46	
	Vagyoni helyzet				
	Alsó	Alsó közép	Felső közép	Felső	
Szolgáltatásokat igénybevevők	2,88	2,43	2,53	2,24	
Igénybevételt tervezők	2,66	2,49	2,36	2,48	
Wellness iránt nem érdeklődők	3,14	2,83	2,47	2,40	
	Jövedelmi helyzet				
	Alsó	Alsó közép	Felső közép	Felső	
Szolgáltatásokat igénybevevők	2,35	2,41	2,58	2,28	
Igénybevételt tervezők	2,84	2,44	2,41	2,43	
Wellness iránt nem érdeklődők	3,06	2,84	2,72	2,34	
	Településtípus				
	Megyei jogú város	10.000+ település	2.000-10.000 település	-2.000 település	
Szolgáltatásokat igénybevevők	2,23	2,47	2,53	2,44	
Igénybevételt tervezők	2,13	2,70	2,54	2,72	
Wellness iránt nem érdeklődők	2,68	2,84	2,82	2,92	

Forrás: saját számítás

Megjegyzés: a szubjektív önértékeléshez tartozó válaszkódok átlaga (amely 1- 4 közötti érték lehet) került feltüntetésre, ahol az alacsonyabb érték jelenti a kedvezőbb egészségi állapotot. A bemutatott értékek p=0,05 szint mellett szignifikánsak

A wellness fogyasztók egészségi állapota minden vizsgált tényező (nem, életkor, iskolai végzettség, jövedelmi és vagyoni helyzet, illetve lakóhely), minden kategóriájában

kedvezőbben alakul, mint a wellness iránt nem érdeklődők csoportjában – kivételt egy esetben, az anyagi helyzetet vizsgálva a felső közép kategóriájához tartozók esetében tapasztaltam -. A wellness fogyasztók közé még nem tartozó, de a terület irányába nyitott emberek egészségi állapotának szubjektív megítélése a két előbb vizsgált csoport véleménye között helyezkedik el. A wellness fogyasztók megítélésénél néhány kivételtől (a vagyoni és jövedelmi viszonyok egyes kategóriáinál és a megyei jogú városok esetében) eltekintve kedvezőtlenebbül, a wellness iránt nem érdeklődőknél pedig jobbnak minősítik (kivételt jelent a 18-29 évesek, a diplomások és a legkedvezőbb vagyoni és jövedelmi helyzetűek csoportja) egészségi állapotukat.

A kortársakhoz viszonyított egészségi állapotot vizsgálva hasonló különbség látható, mint az egészség szubjektív megítélésénél. A wellness fogyasztók ítélik legjobbnak egészségüket, de ez csak a wellness iránt nem érdeklődőkkel szemben jelent szignifikáns különbséget (37. táblázat).

37. táblázat. A hasonló korúakhoz viszonyított egészségi állapot megítélése a wellness szolgáltatások igénybevétele alapján

	Wellness szolgáltatások igénybevétele			
	Szolgáltatásokat igénybevevők	Igénybevételt tervezők	Wellness iránt nem érdeklődők	Összesen
Átlag	2,71	2,78	3,04	2,88
Szórás (SD)	0,66	0,70	0,77	0,74

Forrás: saját számítás

Megjegyzés: a szubjektív önértékeléshez tartozó válaszkódok átlaga (amely 1- 5 közötti érték lehet) került feltüntetésre, ahol az alacsonyabb érték jelenti a kedvezőbb egészségi állapotot. A bemutatott értékek p=0,05 szint mellett szignifikánsak

A wellness életmóddal és az egészséggel kapcsolatos attitűdök alapján kialakított klasztercsoportokba tartozók mindkét mutatóval mért egészségi állapota között is szignifikáns különbségek láthatók. A legkedvezőbb egészségi állapot a sportorientált, valamint az egészség és környezettudatos lakosságot jellemzi. A sportorientált csoport egészségi állapotát mérő mutatók átlagértékei mindkét esetben szignifikánsan alacsonyabbak, mint a többi klasztercsoport hasonló átlagai, a második legkedvezőbb mutatóval rendelkező egészség és környezettudatos csoport átlagértékei is szignifikánsan eltérnek a többi csoport vonatkozó értékeitől (kivéve az elfoglalt, hajsolt csoportot az önértékelés esetén)⁸⁶. Mindkét mutató alapján a legrosszabb egészséggel a fatalista-rezignált és az orvosi professzióban bízók csoportja jellemezhető, az általuk minősített értékek minden más csoporthoz képest

⁸⁶ Az eltérések szignifikanciáját az ANOVA módszer segítségével végeztem, amely alkalmas arra, hogy az elemzésbe bevont kategóriák értékeit páronként összehasonlítsa és nem csak az egymástól két legjobban eltérő érték különbségéről tájékoztat. Az alkalmazott szignifikancia szint p=0,05

szignifikánsan kedvezőtlenebbül alakulnak. Mivel a továbbiakban bemutatott összefüggés-vizsgálatban a változó hatása a többi demográfiai, gazdasági és társadalmi tényező hatását kiszűrve is szignifikáns maradt, célszerűnek tűnik a klasztercsoportok egészséget befolyásoló önálló hatását ott elemezni, itt pedig csak az alapmegoszlásokat bemutatni.

38. táblázat. Az egészségi állapot alakulása a wellness attitűdcsoportok szerint

	Egészségi állapot önértékelésének átlaga	Szórás	Kortársakhoz viszonyított egészségi állapot átlaga	Szórás
Egészség- és környezettudatos	2,38	0,70	2,74	0,69
Sportorientált	2,22	0,76	2,54	0,84
Orvosi professzióban bízó	2,80	0,82	2,97	0,71
Elfoglalt, hajsolt ember	2,58	0,77	2,79	0,66
Külső megjelenés orientált	2,58	0,83	2,91	0,60
Fatalista, rezignált	2,96	0,67	3,16	0,75
Összesen	2,62	0,81	2,88	0,74

Forrás: saját számítás

Megjegyzés: a szubjektív önértékeléshez tartozó válaszkódok átlaga (amely az egészségi állapot önértékelése esetében 1- 4 közötti érték lehet, míg a kortársakhoz viszonyított egészség esetében 1-5 közötti érték) került feltüntetésre, ahol az alacsonyabb érték jelenti a kedvezőbb egészségi állapotot.

8.2.1.5. A régió felnőtt lakosságának egészségi állapota - Összefüggés vizsgálat

Az összefüggés vizsgálatnál arra kerestem a választ, hogy milyen demográfiai, gazdasági és szocio-kulturális tényezők befolyásolják a lakosság egészségi állapotát, illetve kiemelten azt vizsgáltam, hogy a wellness fogyasztás és az attitűdök alapján megfogalmazott csoportok befolyásoló hatása igazolható lesz-e, a többi tényező szerepének kontrollálása mellett⁸⁷. Az összefüggés vizsgálatban használt kiinduló modellben kimeneti változóként a jó és kitűnő szemben az átlagos és rossz egészséggel szerepelt. Magyarázó változóként 11 tényezőt vontam be a modellbe: az életkort, a nemet, iskolai végzettséget, vagyoni és jövedelmi helyzetet, a társadalmi státuszt, a lakóhelyet (településtípusonként és megyénként), családi állapotot, wellness fogyasztást, és a wellness-hez kapcsolódó attitűdcsoportokat.

A modell első lépésként bemutatja, hogy a lakóhely megyei bontása kivételével minden magyarázó tényező esetében található szignifikáns különbségek. A második lépésben a tényezők kimeneti változóra ható, egymástól független hatását vizsgáltam, amely eredményeit a 39. táblázat foglalja össze. A vizsgálat alapján látható, hogy az összes bevont magyarázó változó kontrollálása mellett az egészségi állapot alakulására hatással lévő

⁸⁷ A táblázatokban azokat a magyarázó tényezőket tüntettem fel, amelyeknél a kapcsolat erőssége szignifikánsnak bizonyult ($p < 0,05$).

tényezők az iskolai végzettség, a vagyoni helyzet, a nem, az életkor, illetve az wellness-hez kapcsolódó attitűdök voltak.

39. táblázat. Az egészségi állapot önértékelése és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat

Vizsgált tényezők	Vizsgált tényezők kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány	
			Alsó határ	Felső határ
Nem				
Referencia: nők	férfiak	1,653	1,119	2,440
Iskolai végzettség				
Referencia: maximum 8 általános	szakmunkásképző	2,210	1,208	4,043
	érettségi	1,497	,810	2,767
	egyetemi, főiskolai diploma	2,321	1,056	5,098
Vagyoni helyzet				
Referencia: alsó vagyoni kvartilis	alsó közép vagyoni kvartilis	2,483	1,353	4,557
	felső közép vagyoni kvartilis	2,460	1,312	4,615
	felső vagyoni kvartilis	2,837	1,470	5,478
Életkor				
Referencia: 60 éves, vagy idősebb	18– 29 éves	7,547	3,450	16,507
	30 – 39 éves	3,207	1,580	6,509
	40 – 49 éves	1,981	1,017	3,857
	50 – 59 éves	1,316	,657	2,638
Wellness-hez kapcsolódó attitűdök				
Referencia: egészség- és környezettudatos	Sportorientált	,941	,433	1,933
	Orvosi professzióban bízó	,714	,358	1,427
	Elfoglalt, hajsolt	,571	,309	1,057
	Külső megjelenés orientált	,920	,484	1,827
	Fatalista, rezignált	,256	,128	,514

Forrás: saját számítás

Az életkor esetében egyértelműen látszik, hogy az életkor előrehaladtával egyre kedvezőtlenebbnek ítélik egészségi állapotukat az emberek. Ennek következtében a 18-29 évesek között hét és félszer, a 30-39 évesek között több mint háromszor, de még a 40-49 évesek között is kétszer nagyobb eséllyel található egészségét jónak, vagy kitűnőnek minősítő ember, a referenciának tekintett hatvan évnél idősebb populációhoz képest.

A vagyoni helyzet hatásával kapcsolatban elmondható, hogy a legrosszabb vagyoni helyzetben élők egészségi állapota szignifikánsan rosszabb, mint a többi csoporté, amelyek esélyhányadosai egymástól alig térnek el a kimeneti változóval kapcsolatban.

Az iskolai végzettség hatásával kapcsolatban látható, hogy a referenciaként vizsgált maximum 8 általánost végzett emberek egészségi állapota kedvezőtlenebbül alakul, mint a magasabb iskolai végzettségűeké. A diplomával rendelkező emberek között találhatunk

leggyakrabban egészségi állapotukat jónak, vagy kitűnőnek minősítőket (több mint kétszeres eséllyel, mint a maximum alapfokú végzettségűeknél).

A wellness-hez kapcsolódó attitűdcsoportok esetében már vizsgált alapmegoszláshoz képest eltérések láthatók a többi magyarázó tényező hatásainak kiszűrése után. A legkedvezőbb egészségi állapotról a referenciaként használt egészség és környezettudatos emberek számoltak be, míg a legrosszabbról a fatalista, rezignáltak csoportja, akik között csak 25% eséllyel találunk egészségét jónak, vagy kitűnőnek minősítőt a referencia csoporthoz képest. Az alapmegoszlásokhoz képest jelentős változást a sportorientált és az elfoglalt, hajszott csoportok esetében láthatunk, hiszen mindkét esetben kedvezőtlenebb az egészségi állapot megítélése, mint az várható lett volna (a sportorientált az alapmegoszlásoknál a legjobb, míg az elfoglalt hajszott csoport a harmadik legkedvezőbb értékkel rendelkezett). Elmondható, hogy a két csoport alapmegoszlásoknál látható jobb eredményét az egészség szempontjából kedvezőbb demográfiai, gazdasági és társadalmi összetétel eredményezte.

Jól lehet a wellness fogyasztás alapján az egészségi állapot megítélésében még a kétdimenziós keresztábrák esetében is szignifikáns különbségek láthatók, de a wellness fogyasztásnak nincs önálló hatása az egészség alakulására. A populációs becslésnél bemutatott különbségek más tényezők hatásának és azok megoszlásának köszönhetőek.

8.3. Egészségmagatartás

Az Egészségügyi Világszervezet szerint az egészségi állapot alakulását befolyásoló tényezők közül a legjelentősebb szereppel az életmód bír. Csoportosításuk szerint az életmódbeli tényezők 43%-ban, a genetikai tényezők 27%-ban, a környezeti hatások 19 %-ban, valamint az egészségügyi ellátás minősége 11%-ban hat az egészségi állapot alakulására (KINCSES GY. 1994). Mivel a wellness koncepciók is elsősorban az életmódra, annak megfelelő alakítására helyezik a hangsúlyt a továbbiakban az egészséghez kötődő életmódbeli elemek megjelenését és azok viszonyait vizsgálom.

8.3.1. Háttér

A betegségspektrum XX. század második felében lezajlott markáns változása az életmód szerepét a betegségek kezelésében, az egészség megőrzésében alapvetően fontossá, a betegségek megelőzésében a legmeghatározóbb tényezővé tette. A WHO 2002-es jelentése kiemeli, hogy a morbiditási terhek és a mortalitás alakulásában viszonylag kisszámú, az egyén

döntésétől függőnek tekintett, életmódhoz kötődő kockázati tényező, aránytalanul nagy mértékben tehető felelőssé. Becsléseik szerint a fejlett világban a betegségek kialakulásának több mint 30%-a az olyan egészségmagatartási⁸⁸ tényezők kedvezőtlen alakulásának következménye, mint a dohányzás, alkoholfogyasztás, magas vérnyomás, magas koleszterinszint és az elhízás. Az egészségmagatartás fokozódó jelentőségét egyrészt a napjainkban túlsúlyba került multikauzális betegségekben és halálozásban kockázati tényezőként betöltött szerepe, másrészt az egyéntől függő választás lehetősége, a befolyásolhatósága adja. Ez utóbbi érvehz mindenképpen hozzá kell tenni, hogy az egészségmagatartás körébe tartozó tevékenységek bármennyire is az ember döntésétől függőnek tekinthetők, ezek csak adott demográfiai, társadalmi, gazdasági kontextusban értelmezhetők, amelyek alapvetően befolyásolják - az esély és a kockázatészlelés elemein keresztül - az adott egészségmagatartási tényező alakulását (TAHIN T. – LAMPEK K. – JEGES S. 2000, BOROS J. 2005, FÜZESI ZS. 2005, LAMPEK K. 2007). Vizsgálatomban az egészségmagatartási tényezők közül az életmódhoz kötődő faktorokat emeltem ki, - a dohányzást, az alkoholfogyasztást, a testedzést, a preventív célú orvoslátogatást és az elhízást - amelyek direkt, vagy indirekt módon befolyásolják a betegségek kialakulását, a jó egészség elérését és megőrzését.

A dohányzás az egyik legjelentősebb egészséget negatívan befolyásoló kockázati tényező, amely a szokásszerűen végzett tevékenységek közül a legtöbb egészségi probléma forrását jelenti (ROGERS, R. G. - POWELL-GRINER 1991, JÓZAN P. 2002). Az Egészségügyi Világszervezet becslése szerint a világon bekövetkező összes haláleset 8,8%-a tulajdonítható a dohányzásnak, amely bizonyos halálokok esetében a 90%-ot is eléri (például férfiaknál a tüdőrák esetében). Az Egészségügyi Világszervezet prognózisa szerint 2020-ra a dohányzásnak köszönhető halálesetek aránya megkétszereződik, amennyiben nem változnak a dohányzási szokások (WHO 2002, BOROS J. 2005). A tüdőrák kialakulása mellett a dohányzás, növeli az egyéb daganatok (gége-, nyelőcső-, gyomor-, hasnyálmirigy-, méhnyak-, vese-, hólyagrák), az ischemiás szívbetegség, az agyvérzés, az érelmeszesedés, az aneurizmák, az idült tüdőbetegségek, a májbetegség kockázatát -, amelyek a halálozások kétharmadát okozzák (BOROS J. 2005, LAMPEK K. 2007, BUDA J. 2008).

Az egészségmagatartás keretei közé illeszkedő rendszeres fizikai aktivitás szerepe kiemelt jelentőséggel bír az egész világon leggyakoribb halálokként előforduló, szív és érrendszeri betegségek megelőzésében, ezek egyes kockázati tényezőinek, például elhízás,

⁸⁸ „Az egészségmagatartás mindazon magatartási mintákat, cselekvéseket és szokásokat magában foglalja, amelyek hozzájárulnak az egészség fenntartásához, az egészség helyreállításához vagy javításához” (GOCHMAN 1997, BOROS J. 2005).

magas vérnyomás csökkentésében. A rendszeres testedzés kedvezően hat az életminőségre, e mellett csökkenti a szív és érrendszeri halálozást, a cukorbetegség kialakulásának kockázatát, a gerincfájdalmat, a csontritkulást, az érlemeszesedést, egyes daganatos, valamint mozgásszervi megbetegedések előfordulását (BERLIN, J. A. ÉS COLDITZ, G. A. 1990, CASPERSEN, C. J. BLOEMBERG, B. P. M. SARIS, W. H. M., MERRITT, R. K. ÉS KROMHOUT, D. 1992, SANDVIK L. ÉS MTSAI. 1993). Nem elhanyagolható a szerepe a lelki egészség megőrzésében, a kialakult betegségek kezelésében sem, véd a depresszió, szorongás, az alvászavarok ellen (BLUMENTHAL, J. ÉS MTSAI. 2000). Az is kutatásokkal alátámasztott tény, hogy az inaktivitáshoz viszonyítva, bármely fizikai aktivitás csökkenti a mortalitást (FORD, E. S. ÉS MTSAI. 1991; TAHIN T – JEGES S. – LAMPEK K. 2000). A testmozgás hiánya az Egészségügyi Világszervezet becslései szerint 1,9 millió halálesetet okoz évente világszerte, a fejlett országokban a fizikai inaktivitást tartják a halálozás 6-6,7%-ért felelősnek. Az egészséggel kapcsolatos hatásain túl a rendszeres testedzés és sport egyéb hatásai miatt is képes hozzájárulni a társadalmi és gazdasági célok eléréséhez. A sport és a testedzés a társadalom szintjén pozitívan befolyásolja a munkavállalók teljesítményét, teherbíróképességét valamint a közösségi kapcsolatok erősítését, a társadalmi kohéziót (HEINEMANN, K. 1974, HELANKO, R. 1976, NEMZETI SPORTSTRATÉGIA 2005).

Az alkoholfogyasztás mértékétől és gyakoriságától függően lehet kedvezőtlen, vagy éppen jó hatással az egészségi állapotra. Egészség- és társadalomtudományi kutatások egyértelműen igazolták, hogy az alkoholfogyasztás és az egészségi állapot alakulása között U alakú kapcsolat van, mely szerint a túlzott alkoholfogyasztás és a teljes absztinencia esetében is kedvezőtlenebb mortalitási és morbiditási (például az ischaemiás szívbetegségek, az agyvérzés, vagy a magas vérnyomás esetében) mutatók jellemzőek, mint a mértékletes fogyasztás esetében (MIDANIK, L. ÉS MTSAI. 1990, TAHIN T. – JEGES S. – LAMPEK K. 2000). A túlzott alkoholfogyasztás növeli a májcirrhosis, bizonyos daganatok (szájüregi-, nyelöcső- és emlő) és a születési rendellenességek kialakulásának, illetve a balesetekben való részvétel kockázatát (JÓZAN P. 2003, KSH 2003, BOROS J. 2005, LAMPEK K. 2007). Az alkoholfogyasztás személyiségromboló hatása is jól ismert és dokumentált, az ezzel járó pszichés feszültség nagy terhet jelent a környezet és a társadalom számára. Az alkoholfogyasztási szokásokat különösen nehéz megváltoztatni olyan társadalmakban, ahol az alkohollal szemben a kultúra elfogadó (mint hazánkban), vagy nem teljesen elutasító, illetve ahol ez történelmi hagyományokkal rendelkező probléma és feszültségmegoldó eszköz (például Írország) (ANDORKA R. 2003).

A túlsúly és az elhízás világszerte egyre növekvő problémát jelent. A fejlett világ lakosságának testtömege folyamatosan növekszik (SEIDELL, J. C. 1995), ami különösen jellemző a Közép-Kelet Európai országokra, így hazánkra is (BOBAK, M. ÉS MTSAI 1997, ECOHOST 1998). A jelenség nagyságrendjét tekintve az Egészségügyi Világszervezet becslései szerint több mint 1 milliárd túlsúlyos és 300 millió elhízott ember él a Földön (WHO 2002). Napjainkra kutatási eredmények sora igazolta, hogy az elhízott és túlsúlyos emberek egészségromlása jelentősebb (COLDITZ, G. 1999, FÜZESI ZS. 2004) mint a normál testsúlyú emberek esetében. A túlsúly növeli mind a szisztolés, mind a diasztolés vérnyomás-értékeket, a szívkoszorúér-betegségek, a stroke, a cukorbetegség és egyes daganatos megbetegedések kockázatát (FÜZESI ZS. 2004). A fizikális egészségromlás mellett igen gyakran pszichés problémák és abból származó betegségek kapcsolódnak az átlagosnál magasabb testtömeghez. Az elhízás elsődleges okaként megjelenő helytelen táplálkozási szokások erősen befolyásoltak a társadalmi-, kulturális- és gazdasági viszonyoktól. Ismert, hogy az eltérő társadalmi státuszú, kultúrájú csoportokban eltérő mértékben jelenik meg a kóros soványság, a túlsúly, vagy az elhízás kockázata (BÍRÓ GY. 1994, TÁRKI 1998, HUNGAROSTUDY 2002, BOROS J. 2005).

A felnőtt lakosságra jellemző egészségmagatartási tényezők alakulását számos hazai felmérés vizsgálta, amelyek közül a leggyakrabban idézett és legszélesebb körben ismertek az alábbiak:

- A Központi Statisztikai Hivatal 1984-ben, 1994-ben és 1999/2000-ben végzett felmérései.
- A TÁRKI 1996-os egészségfelmérése
- Az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI) 1985-88-ban felvett Első Magyarországi Reprezentatív Táplálkozási Vizsgálata
- A SOTE Magatartástudományi Intézete 2002 és 2005-ben elvégzett Hungarostudy egészségfelmérései
- A Szívbarát Program keretében 1997-től zajló folyamatos vizsgálatok
- A Fact intézet 1999-ben felvett dohányzási és alkoholfogyasztási szokásokat vizsgáló kutatása.
- Az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) 2000-es és 2003-as kutatásai.
- Az Egészségügyi Világszervezet 2003-ban felvett World Health Survey (Világ Egészségfelmérés) kutatása.

A továbbiakban részletesen be kívánom mutatni az életmódhoz kötődő egészségmagatartási tényezők előfordulását a Dél-dunántúli régió felnőtt lakossága körében, azok alakulását a wellness-hez kötődő tényezők mentén.

8.3.2. Dohányzás

A dohányzás az egyik legjelentősebb életmódbeli kockázati tényező. A hazai egészségi állapot kedvezőtlen alakulásának egyik meghatározó okaként említik a magas dohányzási arányokat.

Az OLEF eredményei szerint a nők 27,9%-a, a férfiak 40,5%-a dohányzott hazánkban. A dohányosok nagy része napi rendszerességgel gyújtott rá: a nők csaknem negyede (24,6%), a férfiaknak több mint harmada (36,9%). Ezek a gyakoriságok ha nem is szignifikánsan, de nőttek a három évvel korábbi viszonyokhoz képest. Mindenképpen fontos tendencia, hogy míg a férfiak dohányzási gyakorisága stagnál, vagy kis mértékben javul, addig a nők egyre nagyobb arányban gyújtanak rá (FÜZESI ZS. 2004, BOROS J. 2005, LAMPEK K. 2007).

A korábbi régióra vonatkozó adatfelvételek szerint a Dél-Dunántúlon a férfiak 40,3%-a, a nők 24,6%-a dohányzott rendszeresen (FÜZESI ZS. 2004), míg a nemdohányzók aránya 65,5% volt. A dohányzás gyakorisága hasonló volt az országos viszonyokhoz, ettől negatívan csak a rendszeresen dohányzók némileg magasabb értéke tért el.

8.3.2.1. A dohányzás alakulása a régió lakossága körében - Populációs becslés

A kutatási eredményeim szerint a Dél-dunántúli régió felnőtt lakosságának 36,8%-a dohányzik (amely csoport 78,2%-a, azaz a lakosság 28,8%-a napi rendszerességgel), 15,4%-a korábban dohányzott, de leszokott, 47,3%-a pedig soha nem dohányzott. A kutatás alapján a férfiak 33,2%-a, a nők 24,8%-a dohányzik rendszeresen, amely a férfiak esetében csökkenést, a nők esetében változatlan állapotokat mutat, a 2003-ban felvett OLEF régióra vonatkozó adataihoz képest. Az adatfelvétel időpontjában nem dohányzók aránya némileg alacsonyabb értéket mutatott (62,7%), mint 2003-ban (FÜZESI ZS. 2004).

A dohányzás esetében az országos viszonyoknál látható mintázat a régió lakosságánál is azonosítható. A férfiaknál, az alacsonyabb iskolai végzettségűeknél (8 általános, szakmunkás), a rosszabb anyagi helyzetben és a falvakban élőknel a régió átlagánál magasabb arányban találunk rendszeresen dohányzókat (40. táblázat).

40. táblázat. A rendszeresen dohányzók arányának alakulása demográfiai, gazdasági és társadalmi tényezők alapján (%-ban)

	Nem				
	Nők		Férfiak		
Rendszeresen dohányzók aránya	24,8%		33,2%		
	18-29 éves	30-39 éves	Életkor 40-49 éves	50-59 éves	60 éves vagy idősebb
Rendszeresen dohányzók aránya	30,7%	27,7%	36,1%	31,1%	16,1%
	Iskolai végzettség				
	8 általános	Szakmunkás	Érettségi	Diploma	
Rendszeresen dohányzók aránya	28,7%	39,9%	24,6%	17,6%	
	Vagyoni helyzet				
	Alsó	Alsó közép	Felső közép	Felső	
Rendszeresen dohányzók aránya	31,9%	34,1%	28,6%	21,4%	
	Jövedelmi helyzet				
	Alsó	Alsó közép	Felső közép	Felső	
Rendszeresen dohányzók aránya	34,0%	33,7%	28,2%	25,7%	
	Településtípus				
	Megyei jogú város	10.000+ település	2.000-10.000 település	-2.000 település	
Rendszeresen dohányzók aránya	25,9%	27,6%	26,8%	32,2%	

Forrás: saját számítás

Megjegyzés: A bemutatott összefüggések $p=0,05$ szint mellett szignifikánsak

A wellness szolgáltatásokat igénybevevők között kedvezőbben alakul a rendszeresen dohányzók (21,1%), illetve a dohányzást abbahagyók (19%) aránya, mind a másik két vizsgált csoporthoz képest, mind a régió átlagával összehasonlítva (41. táblázat).

41. táblázat. Dohányzási szokások alakulása a wellness fogyasztás alapján (%-ban)

	Igen rendszeresen	Ritkán, alkalmanként	Régebben dohányzott, de leszokott	Soha nem dohányzott
Szolgáltatásokat igénybevevők	21,1%	11,2%	19,0%	48,7%
Igénybevételt tervezők	26,0%	7,7%	14,8%	51,5%
Wellness iránt nem érdeklődők	35,0%	6,2%	13,4%	45,0%
Összesen	28,8%	8,0%	16,0%	47,2%

$p=0,011$

Forrás: saját számítás

Ezek az adatok felhívják a figyelmet arra, hogy a dohányzásról való leszokás/leszoktatás jól illeszkedhet a wellness szolgáltatásokhoz. Ennek társadalmi jelentősége

megkérdőjelezhetetlen az egészségkárosodások előfordulásában bekövetkező csökkenés lehetősége miatt.

A wellness-hez kapcsolódó attitűdök alapján kialakult csoportok dohányzási szokásait vizsgálva egyértelműen elmondható, hogy az egészség és környezettudatos klaszterhez tartozók gyűjtanak rá legalacsonyabb arányban, illetve több mint háromnegyedük nem dohányzott a kérdés időpontjában, ami lényegesen magasabb, mint a többi csoport hasonló értéke, vagy a régiós, de akár az országos átlag is. A wellness fogyasztásban még jelentős arányban résztvevő sportorientált emberek dohányzási szokásai a régiós átlagtól nem térnek el. A régiós viszonyoknál kedvezőbb arányok a külső megjelenés orientált klaszterhez tartozókat jellemezte még a hat csoport közül (42. táblázat).

42. táblázat. Dohányzási szokások alakulása a wellness-hez kapcsolódó attitűdök szerint

	Igen rendszeresen	Ritkán, alkalmanként	Régebben dohányzott, de leszokott	Soha nem dohányzott
Egészség- és környezettudatos	17,0%	6,0%	15,0%	62,0%
Sportorientált	28,0%	14,0%	20,0%	38,0%
Orvosi professzióban bízó	30,4%	2,0%	16,7%	51,0%
Elfoglalt, hajszolt ember	37,6%	9,4%	15,4%	37,6%
Külső megjelenés orientált	23,8%	10,1%	14,7%	51,4%
Fatalista, rezignált	32,4%	9,8%	17,6%	40,2%
Összesen	28,8%	8,0%	16,0%	47,2%

p=0,010

Forrás: saját számítás

8.3.2.2. A dohányzás alakulása a régió lakossága körében - Összefüggés vizsgálat

Az összefüggés vizsgálatban kimeneti változóként a soha, kontra dohányzik változó szerepelt. A vizsgálat első lépésének eredményei alapján elmondható, hogy a dohányzás szignifikáns különbségeket mutat az életkor, a nem, az egészséggel kapcsolatos attitűdök a wellness szolgáltatások igénybevétele, az iskolai végzettség, a társadalmi státusz, a vagyoni helyzet és a lakóhely esetében is. Ezek közül az életkornak, a nemnek és a két wellness-hez kapcsolódó változónak van önálló hatása a dohányzás alakulására.

A férfiak között több mint 50%-kal nagyobb eséllyel található dohányzó, mint a nők esetében. A referenciaként vizsgált hatvan éves és idősebb kohorsz tagjai közül statisztikailag igazolhatóan kevesebben dohányoznak, mint a többi korcsoport esetében. A legrosszabb esélyhányadossal rendelkező középkorúak között több mint négyszer annyi dohányzó található, mint a referencia korosztálynál.

43. táblázat. A dohányzás és a társadalmi-gazdasági-kulturális tényezők közötti kapcsolat

Vizsgált tényezők	Vizsgált tényezők kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány	
			Alsó határ	Felső határ
Nem				
Referencia: nők	férfiak	1,545	1,031	2,315
Wellness-hez kapcsolódó attitűdök				
Referencia: egészség- és környezettudatos	Sportorientált	1,466	,695	3,094
	Orvosi professzióban bízó	1,972	,922	4,219
	Elfoglalt, hajsztolt	2,141	1,077	4,258
	Külső megjelenés orientált	1,071	,491	2,338
	Fatalista, rezignált	1,486	,710	3,113
Életkor				
Referencia: 60 éves, vagy idősebb	18 – 29 éves	2,364	1,009	5,540
	30 – 39 éves	2,131	,952	4,768
	40 – 49 éves	4,144	1,985	8,653
	50 – 59 éves	2,364	1,348	5,912
Wellness szolgáltatások igénybevétele				
Referencia: wellness iránt nem érdeklődők	Wellness szolgáltatásokat igénybevevők	,553	,341	,898
	Wellness szolgáltatások igénybevételét tervezők	,667	,398	1,118

Forrás: saját számítás

A wellness szolgáltatásokat igénybevevők között fele akkora eséllyel találunk dohányost, mint a wellness iránt nem érdeklődők csoportjában. A wellness-hez kapcsolódó attitűdök alapján, az elfoglalt, hajsztolt és az orvosi professzióban bízó emberek között kétszer nagyobb eséllyel található dohányzó, mint, a legkedvezőbb helyzetben lévő referencia csoport az egészség és környezettudatos emberek esetében.

8.3.3. Alkoholfogyasztás

A túlzott alkoholfogyasztás az egyik legelterjedtebb egészséget károsan befolyásoló egészségmagatartási tényező hazánkban. A májzsugorban meghaltak számából (3540 eset 2007-ben) kiindulva a Jellinek-képlet segítségével végzett becslések alapján 2007-ben körülbelül 510 ezer alkoholista volt Magyarországon, ami csökkenő tendenciát mutat a

korábbi évekhez képest. Ugyanebben az évben az egy főre jutó alkoholfogyasztás tiszta szeszen kifejezve 12 liter, amely mennyiség az Unió országok sorában a harmadik legmagasabb szám Luxemburg és Csehország mögött (KSH 2008). E mellett ismertek olyan (más módszer alapján kialakított) becslések, amelyek szerint hozzávetőlegesen 1 millió főre tehető az alkoholisták száma hazánkban (ELEKES ZS. – PAKSI B. 1996, JÓZAN P. 2003, FÜZESI ZS. 2004, LAMPEK K. 2007).

Az OLEF 2003 vizsgálat szerint a hazai felnőtt lakosság 54,2%-a fogyasztott valamilyen rendszerességgel alkoholt. Az eredmények alapján alkalmi fogyasztónak 26%, mértékletes ivónak 18,6%, nagyivónak pedig a népesség 9,6%-a számított (BOROS J. 2005). A KSH Időmérleg-vizsgálata szerint a megkérdezettek 46%-a szokott inni alkoholt, amely csoport 20-25%-a naponta, vagy hetente többször fogyasztott szeszes italt.

Az OLEF vizsgálat regionális különbségeket bemutató elemzései alapján elmondható, hogy a Dél-dunántúli régió felnőtt lakosságának alkoholfogyasztási gyakorisága az egyik legmagasabb az országban. A nagyivók aránya a legmagasabb volt mind a férfiak (23,5%), mind a lakosság egészét (12,6%) tekintve. E mellett kedvezőtlennek tekinthető, hogy az alkoholt nem fogyasztók aránya (41%) is elmaradt az országos átlagtól (46%) (FÜZESI ZS. 2004).

8.3.3.1. Az alkoholfogyasztás alakulása a régió lakossága körében - Populációs becslés

A vizsgálatom alapján 2007-ben a felnőtt populáció 44,7%-a nem fogyasztott alkoholt. Ez az arány a nők esetében 58,6%, a férfiaknál pedig ennél jelentősen alacsonyabb, 27,9% volt. Az alkoholt nem fogyasztók aránya kedvező irányú változást mutat, a 2003-as OLEF kutatás által feltárt régióra vonatkozó viszonyokhoz képest (41%), bár ez az arány még mindig elmarad az országos 46%-os mutatótól. A kérdezés időpontjában a régió férfi lakosságának 15,9%-a, a nők 1,4%-a fogyasztott naponta, vagy csaknem naponta alkoholt (összesen 8,2%), amely alacsonyabb fogyasztási gyakoriságot mutat, mint Tahin és munkatársai 2003-ban végzett kutatásánál látható - eredményeik szerint a vizsgált lakosság 22,6%-a fogyasztott csaknem napi rendszerességgel alkoholt - és ez a javulás igaz akkor is, ha az általam vizsgált mintában csak a 35 év felettiek (igazodva az említett kutatás célcsoportjához) alkoholfogyasztási gyakoriságát vizsgálom (11,5%). Az elfogyasztott alkohol mennyiségét is figyelembe véve nagyivónak⁸⁹ minősült a férfiak 19,6%-a (CI: 15,6 –

⁸⁹ Az OLEF felmérésben használt módszertani útmutatás alapján kaptam meg az elemzésben használt úgynevezett alkoholegységeket (egy liter sör 2,8, két deci bor 1,35, egy deci rövidital 2,28 alkoholegység), amelyek alapján a férfiaknál a heti 14 egység felett, a nőknél 7 egység felett fogyasztók minősültek nagyivónak.

23,66), a nők 5,9%-a (CI: 3,65 -8,17), összesen a lakosság 12,4%-a (CI: 10,09 – 14,66), amely a 2003-as OLEF vizsgálat régióra vonatkozó eredményeitől szignifikánsan nem tér el. A nagyivók aránya a férfiaknál 23,5%, a nőknél 3,6%, a régióban összesen 12,6% volt 2003-ban az országban.

Az alkoholfogyasztásban látható eltérések a demográfiai és társadalmi tényezők mentén hasonlóan alakulnak az ismert hazai viszonyokhoz. A férfiak (14,2%), a 8 általánost végzettek (14,2%), az alsó vagyoni (15,9%) és jövedelmi (17,3%) kvartilisbe tartozók, a falusi lakosok (16,1%) a 40-59 éves korosztályok (40-49 éveseknél 17,2%, az 50-59 éveseknél 14,1%) csoportjainál az átlagosnál magasabb a nagyivók aránya. Az fogyasztás mennyiségét tekintve az alkoholt fogyasztó férfiak átlagosan 1,7 liter sört, 1 liter bort és hét és fél deci égetett szeszes italt isznak hetente, míg a hölgyek ennél lényegesen kevesebbet egy harmad liter sört, illetve bort és két deci égetett szeszes italt fogyasztanak átlagosan hetente.

A wellness fogyasztók esetében egyértelműen kedvezőbb alkoholfogyasztási szokásokat a gyakoriság tekintetében nem találtam a többi kategóriához viszonyítva. A wellness fogyasztók között legalacsonyabb az alkoholt nem fogyasztók aránya (35,1%, míg az igénybevétel tervezők között 45,6%, a wellness iránt nem érdeklődők esetében 49,1% ez az arány), az úgynevezett nagyivók arányát tekintve viszont némileg kedvezőbb a helyzet, de ebben nincs szignifikáns különbség egyik csoport javára sem (11,6%, 12,4%, 12,9% a vonatkozó értékek).

44. táblázat. Az átlagos alkoholfogyasztás alakulása a wellness fogyasztás alapján

	Szolgáltatásokat igénybevevők	Igénybevétel tervezők	Wellness iránt nem érdeklődők	Összesen
Átlagfogyasztás (alkoholegységben)	7,8	11,8	11,0	10,0
Elemszám	154	90	189	433
Szórás	14,7	20,5	17,0	17,1

p=0,000

Forrás: saját számítás

Statisztikailag igazolható összefüggés csak az elfogyasztott alkohol átlagos mennyiségében van, amely alapján elmondható, hogy jól lehet a wellness fogyasztók között is hasonló arányban találhatunk nagyivót, de átlagosan kevesebbet isznak, mint a másik két vizsgált csoport tagjai (44 táblázat).

A wellness-hez kapcsolódó attitűdök alapján kialakult csoportok között mind az alkoholfogyasztás gyakoriságában, mind az elfogyasztott mennyiségben jelentős szignifikáns különbségek tapasztalhatók. Az átlagosnál kedvezőbb alkoholfogyasztási szokások jellemzők a természet és környezettudatosok, illetve a sportorientáltak csoportjaira, egyértelműen

kedvezőtlenebbül alakulnak az orvosi professzióban bízó és a fatalista-rezignált emberek csoportjainak eredményei.

45. táblázat. Alkoholfogyasztási szokások alakulása a wellness-hez kapcsolódó attitűdök szerint

	Átlagfogyasztás (alkoholegységben)	Nagyivók aránya (%-ban)	Minden napi, vagy majdnem minden napi fogyasztók aránya az alkoholfogyasztók között (%-ban)
Egészség- és környezettudatos	4,7	7,0%	10,5%
Sportorientált	7,2	9,0%	5,3%
Orvosi professzióban bízó	13,8	17,6%	35,4%
Elfoglalt, hajsolt ember	7,8	15,4%	11,1%
Külső megjelenés orientált	12,4	11,0%	15,8%
Fatalista, rezignált	13,7	16,7%	21,4%
Összesen	10,0	12,4%	15,8%

Forrás: saját számítás

8.3.3.2. Az alkoholfogyasztás alakulása a régió lakossága körében - Összefüggés vizsgálatok

A modellbe bevont alapváltozó a nagyivó, versus mértékletesen, illetve soha nem ivó volt, magyarázó változóként pedig a korábbi elemzésben már ismertetett tényezők szolgáltak. A modell első lépcsőjének eredménye alapján elmondható, hogy szignifikáns különbségek találhatók jövedelem, lakóhely típusa, nem, életkor és wellness-hez kapcsolódó attitűdök alapján. Az elemzés második lépcsőjének eredménye alapján látható, hogy az alkoholfogyasztás alakulásával kapcsolatban önálló hatása a nem, a település típusa, az életkor és a wellness-szel kapcsolatos attitűdök magyarázó változóknak volt.

Jelentős különbség látható a férfiak és nők, illetve a wellness-hez kötődő attitűdök alapján kialakult klasztercsoportok alkoholfogyasztása között. A férfiaknál több mint 8-szor nagyobb eséllyel fordul elő az alkohol rendszeres fogyasztása a nőkhöz képest. Az alkoholfogyasztásra erős hatást fejtenek ki az egészséggel és wellness-szel kapcsolatos attitűdök is. A referenciaként használt egészség- és környezettudatosok csoportjánál legkisebb az esélyhányados. Ehhez a csoporthoz képest, minden egyéb attitűddel jellemezhető csoportnál magasabb az esélyhányados értéke. Több mint, illetve csaknem nyolcszoros eséllyel találhatunk nagyivót az orvosi professzióban bízó, valamint az elfoglalt hajsolt emberek között, de a többi csoport esetében is jelentősen magasabb eséllyel találunk nagyivót a referencia csoporthoz képest. Az életkor és az alkoholfogyasztás kapcsolatát vizsgálva megállapítható, hogy a középkorúak és a fiatal idősök (30-49 és az 50-59 évesek) között a

legnagyobb a rendszeres alkoholfogyasztás esélye, míg a 60 év felettiéknél ez csak némileg csökken és a referenciaként használt fiataloknál (18-29) a legalacsonyabb a nagyivók gyakoriságának az esélye.

46. táblázat. A nagyivás és a társadalmi-gazdasági-kulturális tényezők közötti kapcsolat

Vizsgált tényezők	Vizsgált tényezők kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány	
			Alsó határ	Felső határ
Nem				
Referencia: nők	férfiak	8,012	3,198	14,436
Településtípus				
Referencia: 2 000 alatti lakosságszám	megyei jogú város	,395	,157	,991
	10 000 feletti lakosságszám	,418	,170	1,028
	2 - 10 000 fő	2,593	,617	10,901
Életkor				
Referencia: 18– 29 éves	30 – 39 éves	1,927	,550	6,753
	40 – 49 éves	5,603	1,666	18,847
	50 – 59 éves	3,657	,953	14,031
	60 éves, vagy idősebb18	2,304	,605	8,781
Wellness-hez kapcsolódó attitűdök				
Referencia: Egészség- és környezettudatos	Sportorientált	2,116	,779	7,099
	Orvosi professzióban bízó	8,875	2,647	16,747
	Elfoglalt, hajszott ember	7,995	2,696	16,694
	Külső megjelenés orientált	3,460	1,282	8,680
	Fatalista, rezignált	5,976	2,574	13,069

Forrás: saját számítás

A kis lélekszámú településeken való élet növeli a rendszeres alkoholfogyasztás esélyét. A megyei jogú és a 10 ezer feletti lakosságszámú városokban lényegesen kisebb eséllyel (62% és 44%) található nagyivó mint a referenciaként szolgáló 2 ezernél kevesebb lakosú településeken. Legkedvezőtlenebb a helyzet a 2-10 ezer lélekszámú településeken.

8.3.4. Testedzés, sport

A testmozgás, illetve a sportolás a jobb egészség elérésének, az egészség fejlesztésének egyik legfontosabb tényezője. A testmozgás és sportolási szokások önbevallás alapján történő mérése ma még egymástól nagyon eltérő módszertannal történik a hazai kutatásokban, amelynek következtében nehéz a kapott eredményeket egymáshoz viszonyítani. Az egészségpszichológia szakirodalomban és kutatásokban a szélesebb értelemben vett testmozgást vizsgálják nem csak a szabadidőre koncentrálnak, hanem a munkatevékenységekre és az életmód egyéb elemeire is kitérve, míg a sporttudományi vizsgálatok tárgya a

szabadidőre koncentrálnak sport, vagy testedzési tevékenységekre. Vizsgálatomban ez utóbbi mérési módszert használtam, mivel bár ismert, hogy bármilyen fizikai aktivitás csökkenti a morbiditást és mortalitást az inaktivitáshoz képest (a munkatevékenység során lezajló mozgás is), de ez nem minden esetben tartalmazza a tudatos választás elemét, amely a wellness koncepciók minden szerzőnél megjelenő egyik központi részét képezi. A szabadidőhöz kötődő célorientált döntés eredményeként megvalósuló sporttevékenységhez kötődnek még a fizikai állapotot pozitívan befolyásoló hatásokon túl, olyan, a jó egészséget közvetetten befolyásoló tényezők, mint a sport közösségformáló ereje, a lelki egészséget pozitívan befolyásoló, illetve az esélyegyenlőtlenséget csökkentő szerepei (HEINEMANN, K. 1974, HELANKO, R. 1976, NEMZETI SPORTSTRATÉGIA 2005).

A hazai lakosság sportolási szokásaira vonatkozó adatok elsősorban a KSH időmérleg vizsgálatából, valamint a Nemzeti Sportstratégiából származnak, mivel az eddigi témáknál viszonyításként használt egészségpszichológiai (HUNGAROSTUDY 2005, OLEF 2003) felmérések eltérő módszertant használtak a terület feltárására.

A KSH Időmérleg vizsgálata szerint 2000-ben a felnőtt férfiak 14,7%-a, a nők 10,2%-a sportolt szabadidejében rendszeresen. Ugyan ebben az évben a KSH Életmód vizsgálatában a felnőtt lakosság 25%-a állította, hogy sportol valamilyen rendszerességgel. A Nemzeti Sportstratégiában 2005-ben publikált eredmények⁹⁰ szerint a lakosság 16%-a tölti szabadidejét sporttal, akik közül csak alig több mint fele (9%) végzi ezt a tevékenységet legalább heti két alkalommal. A KSH kutatása szerint a legkedveltebb sporttevékenységek közé tartozik gyakorisági sorrendben a torna, kerékpározás, úszás, labdarúgás és a futás, kocogás. Az elégséges testmozgást vizsgálva az OLEF 2003 eredményei alapján a felnőtt magyar lakosság csaknem 8%-a egyáltalán nem végez testmozgást, további 8% pedig nem elegendőt (heti két és félóra).

A lakosság nagyon alacsony sportolási gyakoriságában jelentős különbségek tapasztalhatók demográfiai, társadalmi és gazdasági viszonyok mentén. A férfiak minden korosztályban gyakrabban sportolnak mint a nők, a fiatalabbak, mint az idősek (bár a 60 év feletti korosztályban a sportolók aránya magasabb, mint a középkorúaknál) és a magasabb iskolai végzettségűek, mint az iskolázatlanabbak. Ezek mellett kutatási eredmények igazolják, hogy a kedvezőbb jövedelmi helyzetűek és a városi lakosság körében többen és gyakrabban sportolnak, mint a rossz anyagi viszonyok között és a falvakban élők (LAKI L. – NYERGES M. 2001, LACZKÓ T. 2006).

⁹⁰A Szonda Ipsos „Sportolási szokások Magyarországon 2003-ban” című kutatás eredményei alapján.

8.3.4.1. A testedzési és sportolási szokások alakulása a régió lakossága körében - Populációs becslések

A régió egészére vonatkozóan sportolási szokásokat átfogóan feltáró kutatás eddig nem történt, a vonatkozó információk egészségpszichológiai kutatásokból származnak (például Tahin és munkatársai kutatásai 1989, 1998, 2003).

Az általam vizsgált mintában a felnőttek 15,4%-a hetente többször, vagy naponta és további 19,2% hetente egy-két órát sportol, míg több mint fele (51,4%-a) egyáltalán semmit. A választott sportolási formák hasonlóan alakulnak, mint az országos viszonyok esetében, a férfiak leggyakrabban futballoznak (29,5%), fitness és kondicionálóterembe járnak (16,2%), kerékpároznak (11,6%) és futnak (8,7%). A nők elsősorban a torna különböző fajtáit kedvelik (31%), ami mellett többen kerékpároznak (18,7%), természetjáráson vesznek részt (13%), futnak (9,1%) és úsznak (6,4%). A nem sportolók esetében a legerősebb visszatartó erő az időhiány, elfoglaltság (55,4% említette), a fáradtság (22,1%) és az érdeklődés hiánya (20,7%), amelyek mellett az anyagi okok csak nagyon kis súllyal (2,3%) vannak jelen.

47. táblázat. A rendszeresen sportolók arányának alakulása demográfiai, gazdasági és társadalmi tényezők alapján (%-ban)

	Életkor				
	18-29 éves	30-39 éves	40-49 éves	50-59 éves	60 éves vagy idősebb
Rendszeresen sportolók aránya	17,1%	13,1%	15,6%	14,1%	16,1%
Heti 1-3 órát sportolók	27,6%	21,9%	17,8%	15,6%	10,7%
Iskolai végzettség					
	8 általános	Szakmunkás	Érettségi	Diploma	
Rendszeresen sportolók aránya	13,8%	9,8%	19,7%	19,6%	
Heti 1-3 órát sportolók	13,4%	20,2%	21,3%	27,5%	
Vagyoni helyzet					
	Alsó	Alsó közép	Felső közép	Felső	
Rendszeresen sportolók aránya	10,6%	11,2%	17,1%	21,9%	
Heti 1-3 órát sportolók	11,1%	18,4%	21,1%	26,0%	
Jövedelmi helyzet					
	Alsó	Alsó közép	Felső közép	Felső	
Rendszeresen sportolók aránya	10,7%	12,0%	16,0%	16,8%	
Heti 1-3 órát sportolók	12,0%	16,3%	20,4%	26,7%	

Forrás: saját számítás

Megjegyzés: a rendszeresen sportolók közé a hetente legalább négy órát és a napi rendszerességgel sportolók kerültek

A vizsgált mintában is egyértelműen tapasztalhatók a hazai viszonyokra jellemző különbségek az iskolai végzettség, a jövedelmi és vagyoni helyzet és az életkor szerint. Mindenképpen kiemelésre érdemes, hogy bár a férfiak és a városokban élők gyakrabban sportoltak, mint a nők és a kisebb településeken élők, de ezek a különbségek nem voltak szignifikánsak.

Egyértelmű és jelentős különbségek tapasztalhatók viszont a wellness igénybevétel és a wellness-hez kapcsolódó attitűdök alapján. A 48. táblázat adatai alapján látható, hogy a wellness fogyasztók között mind a régiós átlagnál, mind a wellness szolgáltatásokat igénybe nem vevők két csoportjánál magasabb a legalább hetente és lényegesen alacsonyabb a soha nem sportolók aránya. A további összefüggés vizsgálatban látható, hogy ez a különbség a többi tényezőt kontrolálva is hasonló marad.

48. táblázat. A sportolási szokások alakulása a wellness szolgáltatások igénybevétele alapján (%-ban)

	Rendszeresen sportol	Heti 1-3 órát	Havonta néhányszor	Ritkábban mint havonta	Soha
Szolgáltatásokat igénybevevők	19,8%	33,9%	7,9%	2,5%	36,0%
Igénybevételt tervezők	16,0%	19,5%	8,3%	6,5%	49,7%
Wellness iránt nem érdeklődők	12,3%	10,0%	5,4%	10,5%	61,7%
Összesen	15,4%	19,2%	7,3%	6,7%	52,4%

Forrás: saját számítás

A wellness-hez kapcsolódó beállítódások alapján kialakult csoportok között is szignifikáns különbség látható a sportolási gyakoriság tekintetében (49. táblázat).

49. táblázat. A sportolási szokások alakulása a wellness-hez kapcsolódó attitűdök szerint (%-ban)

	Rendszeresen sportol	Heti 1-3 órát	Havonta néhányszor	Ritkábban mint havonta	Soha
Egészség- és környezettudatos	28,0%	26,0%	7,0%	4,0%	35,0%
Sportorientált	31,0%	37,0%	8,0%	6,0%	18,0%
Orvosi professzióban bízó	9,8%	8,8%	3,9%	9,8%	67,6%
Elfoglalt, hajsolt ember	9,4%	14,5%	12,8%	9,4%	53,8%
Külső megjelenés orientált	10,1%	22,0%	6,4%	5,5%	56,0%
Fatalista, rezignált	7,8%	16,7%	4,9%	3,9%	66,7%
Összesen	15,4%	19,2%	7,3%	6,7%	52,4%

Forrás: saját számítás

A beállítódásokból következően kiemelkedően legmagasabb arányban található legalább heti rendszerességgel sportoló a sportorientáltak csoportjában, amely mellett az egészség- és környezettudatos emberek sportolási szokásai is kedvezőbben alakultak, mint a többi csoport és a régió átlagos vonatkozó értékei.

8.3.4.2. A testedzési és sportolási szokások alakulása a régió lakossága körében - Összefüggés vizsgálatok

A nem, vagy ritkán sportol, kontra heti rendszerességgel (heti min.1 óra) sportol kategóriákkal mért alapváltozóval az elemzésbe bevont magyarázó változók közül szignifikáns kapcsolatban a családi állapot, az életkor a wellness-szel kapcsolatos attitűdök, illetve a wellness szolgáltatások igénybevétele volt.

50. táblázat. A heti rendszerességgű testedzés és a társadalmi-gazdasági-kulturális tényezők közötti kapcsolat

Vizsgált tényezők	Vizsgált tényezők kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány	
			Alsó határ	Felső határ
Wellness-hez kapcsolódó attitűdök				
Referencia: egészség- és környezettudatos	Sportorientált	2,633	1,178	5,884
	Orvosi professzióban bízó	,186	,077	,451
	Elfoglalt, hajszolt ember	,409	,188	,893
	Külső megjelenés orientált	,701	,311	1,579
	Fatalista, rezignált	,392	,169	,909
Családi állapot				
Referencia: elvált, özvegy	egyedül él	2,186	1,102	4,336
	családban, vagy élettársal él	,933	,541	1,610
Wellness szolgáltatások igénybevétele				
Referencia: wellness iránt nem érdeklődők	Wellness szolgáltatásokat igénybevevők	3,123	1,792	5,440
	Wellness szolgáltatások igénybevétele tervezők	1,228	,652	2,314

Forrás: saját számítás

A családi állapot és a sportolási szokások kapcsolatának vizsgálatából látható, hogy az egyedül élők (hajadonok, nőtlenek) több mint kétszer nagyobb eséllyel sportolnak heti rendszerességgel, mint a családban élők, illetve a referenciaként használt elváltak és özvegyek. A wellness szolgáltatások fogyasztói között szignifikánsan (több mint háromszor) nagyobb eséllyel találunk rendszeresen sportoló embereket, mint a másik két csoport tagjai között. Az egészség- és környezettudatos beállítódásúakhoz képest a sportorientáltak csoportjában több mint két és félszer gyakrabban található rendszeresen sportoló, amely két csoport messze kiemelkedik a többi közül. A legalacsonyabb eséllyel az orvosi professzióban bízó és a fatalista-rezignált beállítódásúak között található rendszeresen sportoló ember.

8.3.5. Túlsúly, elhízás

A túlsúlyosság a dohányzás és az alkoholizmus után a harmadik legfontosabb elkerülhető, (elsősorban életmódból eredő) egészséget negatívan befolyásoló kockázati tényező (BAKACS M. - KAPOSVÁRI SZ. 2005). Az OLEF 2003. évi vizsgálata szerint a hazai felnőtt népesség 3,3%-a sovány, 43,8%-a normál súlyú, 33,1%-a túlsúlyos és 19,7%-a elhízott⁹¹ volt. Jelentős különbségek tapasztalhatók a demográfiai viszonyok szerint. A nők körében magasabb volt a sovány (5,1%) és alacsonyabb a túlsúlyos, vagy kövérek aránya (47,8%) a férfiakhoz képest (akiknél a vonatkozó értékek 1,3% és 58,3%), míg az életkor előrehaladtával egyértelműen növekedett az átlagos testtömeg.

Összefüggést találtak az elhízás és az iskolai végzettség, a vagyoni helyzet és a foglalkoztatottság között is. Az alacsony végzettségűek, a rosszabb vagyoni helyzetben élők, illetve a rokkant és öregségi nyugdíjasok esetében magasabb értékek voltak jellemzők, mint a felsőfokú végzettségűeknél, a legjobb anyagi helyzetben élőkénél, illetve a foglalkoztatottak körében. A hazai kutatások is felhívják a figyelmet arra, hogy az egészségi állapot szubjektív megítélése, az életminőség megítélése kedvezőtlenebb, az egészségi panaszok száma magasabb az elhízott és a túlsúlyos embereknél (FÜZESI ZS. 2005, LAMPEK K. 2007). Azt hozzá kell tenni, hogy a soványság esetében a nemek között jelentős eltérés tapasztalható az egészség szubjektív megítélésében, a férfiaknál a soványak közt gyakoribbak az egészségi problémák, míg a nőknél a szubjektív önértékelés kedvezőbb, mint a normális testsúlyúak esetében.

⁹¹A testtömeg index alapján számolt értékeket (hasonlóan az OLEF 2003 módszertanához) a következőként kategorizáltam:

túlzott soványság: < 18,49

normál testsúly: 18,5 – 24,99

túlsúlyos: 25 – 29,99

elhízott: ≥ 30

Az OLEF 2003 adatai szerint a Dél-dunántúli régióban az országos átlagnál magasabb volt a túlsúlyos és elhízottak aránya mind a nők (49,5%), mind a férfiak (59,1%) esetében, amely értékek a Dél-alföldi régió után a második legmagasabbak voltak hazánkban. Az elhízás legfőbb okának tekintett táplálkozási szokásokról a lakosság étkezési szokásait is bemutató Népegészségügyi Jelentés⁹² ad átfogó képet, mely szerint a régió felnőtt lakossága körében főzőskor gyakrabban használtak olajat és zsírt vegyesen (a háztartások 32%-ban), mint az országban (29%). Hasonlóan a hazai háztartásokhoz, a régióban is alacsony arányban használtak vaját, margarint a főzéshez. A régió lakossága kisebb arányban fogyasztott napi rendszerességgel zöldséget és gyümölcsöt (58%), mint az országos átlag (62%), de a ritkán, illetve soha nem evők aránya (5%) kedvezőbben alakult, mint a hazai átlagos viszonyok (7%).

8.3.5.1. A túlsúly és elhízás alakulása a régió felnőtt lakossága körében - Populációs becslések

A felmérésem szerint 2007-ben a régió felnőtt lakosságának 7,6%-a minősült soványnak, 40,2%-a normál súlyúnak, 52,1%-a pedig túlsúlyosnak, vagy elhízottnak. Ez elsősorban a férfiaknál a túlsúlyos, vagy elhízott kategóriában (54,6%) mutat javulást a 2003 évi viszonyokhoz képest, míg a nőknél gyakorlatilag változatlan maradt a normálisnál magasabb testtömeggel rendelkezők aránya. Az országos viszonyokhoz hasonlóan szignifikánsan magasabb az elhízottak és túlsúlyosok, illetve alacsonyabb a soványak aránya az idősek és az alacsonyabb iskolai végzettségűek között.

51. táblázat. A testtömeg alakulása demográfiai és társadalmi tényezők alapján (%-ban)

	Nem				
	Nők		Férfiak		
Sovány	3,2%		11,6%		
Normál testsúly	42,2%		38,5%		
Túlsúlyos, elhízott	54,6%		49,9%		
	Életkor				
	18-29 éves	30-39 éves	40-49 éves	50-59 éves	60 éves vagy idősebb
Sovány	16,7%	5,1%	6,7%	4,4%	2,0%
Normál testsúly	56,1%	47,4%	34,4%	31,1%	27,7%
Túlsúlyos, elhízott	27,3%	47,4%	58,9%	64,4%	70,3%
	Iskolai végzettség				
	8 általános	Szakmunkás	Érettségi	Diploma	
Sovány	5,4%	6,2%	11,1%	7,8%	
Normál testsúly	34,0%	38,9%	45,1%	47,1%	
Túlsúlyos, elhízott	60,6%	54,9%	43,9%	45,1%	

Forrás: saját számítás

⁹² Dél-Dunántúli Regionális Népegészségügyi Jelentés 2005 (BAKACS M.-KAPOSVÁRI SZ. 2005)

A wellness szolgáltatások igénybevétele alapján látható különbségekről elmondható, hogy a wellness fogyasztók, mind a normál, mind az ettől eltérő testtömeg esetén, illetve a BMI átlaga alapján is kedvezőbb értékekkel jellemezhetők, mint a másik két vizsgált csoport, de ezek az eltérések egyik esetben sem szignifikánsak (a testtömeg megoszlása esetében a χ^2 próba értéke $p=0,231$, az átlag esetében pedig $p=0,121$). Nem volt szignifikáns különbség a testkép szubjektív megítélésében⁹³ sem, ahol a populáció 40,6%-a minősítette testsúlyát többnek, 51,6%-a megfelelőnek és 7,8%-a kevesebbnek mint kellene. Statisztikailag igazolható eltérések csak az étkezési szokások szubjektív megítélésénél⁹⁴ láthatók, ahol a wellness fogyasztók (22%) a többi csoporthoz képest (az igénybevételt tervezőknél 17,2%, a nem érdeklődőknél 11,8%) szignifikánsan magasabb arányban érezték úgy, hogy többet esznek mint kellene.

Ellentétben a szolgáltatások igénybevitelével a wellness-hez kapcsolódó attitűd-csoportok között, szignifikáns különbségek tapasztalhatók, mind a testtömeg megoszlása ($p=0,000$), mind annak átlaga alapján ($p=0,000$). A legkedvezőbb testsúllyal a sportorientált csoport jellemezhető, közöttük a legmagasabb a normál testsúlyúak és a legalacsonyabb a túlsúlyosak és elhízottak aránya. A legkedvezőtlenebb testtömeg értékekkel az orvosi professzióban bízók csoportja jellemezhető, amely vélhetően az idősebb korösszetételnek is köszönhető. Az eddig minden vizsgált egészségmagatartási tényező alapján az egyik legegészségesebben élők, az egészség- és környezettudatosak csoportjának testtömeg mutatói az átlagos viszonyoknak felelnek meg.

52. táblázat. A testtömeg alakulása a wellness-hez kapcsolódó attitűdök szerint (%-ban és átlag)

	Sovány	Normál testsúly	Túlsúlyos, elhízott	BMI átlaga
Egészség- és környezettudatos	6,0%	44,0%	50,0%	25,4
Sportorientált	4,0%	57,6%	38,4%	24,8
Orvosi professzióban bízó	1,0%	35,3%	63,7%	28,4
Elfoglalt, hajszolt ember	13,7%	40,2%	46,2%	25,2
Külső megjelenés orientált	13,8%	37,6%	48,6%	25,6
Fatalista, rezignált	10,8%	38,2%	51,0%	25,4
Összesen	8,4%	41,3%	50,2%	25,8

Forrás: saját számítás

Az egészség- és környezettudatosak csoportja esetében tapasztalható egyedül, hogy magasabb a testsúlyukat szükségesnél többnek ítéltők aránya, mint az a testtömeg index objektív eredményei alapján várható lenne.

⁹³ A testkép szubjektív megítélését az „Ez a testsúly több, megfelelő, vagy kevesebb mint kellene?” kérdéssel mértem.

⁹⁴ Az étkezési szokások szubjektív megítélését a „Hogyan jellemeznéd étkezési szokásait? Többet eszik mint kellene, elegendőt, vagy kevesebbet?” kérdésekkel mértem.

53. táblázat. A testsúly szubjektív megítélésének alakulása a wellness-hez kapcsolódó attitűdök szerint (%-ban)

	Ez a testsúly több, megfelelő, vagy kevesebb mint kellene?		
	Több	Megfelelő	Kevesebb
Egészség- és környezettudatos	57,0%	42,0%	1,0%
Sportorientált	28,0%	62,0%	10,0%
Orvosi professzióban bízó	44,1%	51,0%	4,9%
Elfoglalt, hajsolt ember	41,0%	52,1%	6,8%
Külső megjelenés orientált	42,2%	49,5%	8,3%
Fatalista, rezignált	36,3%	48,0%	15,7%
Összesen	41,3%	50,2%	8,4%

p= 0,001

Forrás: saját számítás

8.3.5.2. A túlsúly és elhízás alakulása a régió lakossága körében - Összefüggés vizsgálatok

Az elhízást és kövérséget a normál/sovány, kontra túlsúlyos/kövér változókkal mértem. Az eredmények szerint, a normálisnál nagyobb testsúly kialakulását befolyásoló tényezők – a magyarázó változók egymást befolyásoló hatását kiszűrve – a nem, a családi állapot, az életkor és az iskolai végzettség.

54. táblázat. Az elhízás, illetve kövérség és a társadalmi-gazdasági-kulturális tényezők közötti kapcsolat

Vizsgált tényezők	Vizsgált tényezők kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány	
			Alsó határ	Felső határ
Családi állapot				
Referencia: elvált, özvegy	egyedül él	,619	,333	1,153
	családban, vagy élettársal él	1,812	1,122	2,926
Nem				
Referencia: férfiak	nők	,676	,463	,987
Iskolai végzettség				
Referencia: maximum 8 általános	szakmunkásképző	,864	,491	1,520
	érettségi	,450	,248	,815
	egyetemi, főiskolai diploma	,331	,153	,717
Életkor				
Referencia: 18–29 éves	30 – 39 éves	1,518	,830	2,778
	40 – 49 éves	2,276	1,254	4,131
	50 – 59 éves	2,794	1,429	5,461
	60 éves, vagy idősebb ¹⁸	3,861	1,879	7,932

Forrás: saját számítás

A családi állapot és a kövérség kapcsolatának vizsgálata alapján elmondható, hogy a családban élők között, 80%-kal nagyobb eséllyel találunk túlsúlyos, vagy kövér embert, mint a referenciaként használt elvált és özvegyek csoportjánál. A normális testtömeg leggyakrabban az egyedül élők csoportjára jellemző.

Az életkor emelkedése és az iskolai végzettség csökkenése növeli az elhízás esélyét. A referenciának tekintett 18-29 éves korosztályhoz képest az egyre idősebb korosztályokban egyre magasabb esélyhányadosokat találunk. A 30-39 éveseknél 50%-al, a 60 év felettiéknél már majdnem négyszer nagyobb eséllyel találunk túlsúlyos, vagy kövér embert a referencia korcsoporthoz képest.

A diplomával rendelkezők között csak harmad akkora eséllyel találunk súlyfelesleggel rendelkező embert, mint a legfeljebb nyolc általánost végzettek körében. Hasonlóan az országos viszonyokhoz, az eredmények igazolták, hogy a férfiak között (47%-kal) több az elhízott személy, hiszen a nők között csak 66% volt a túlsúly, vagy kövérség esélyhányadosa.

Az alapváltozóként vizsgált wellness-hez kapcsolódó tényezők egyike sem befolyásolta szignifikánsan a testtömeg alakulását, így a populációs becslésnél található különbségek más tényezők hatásának köszönhető.

8.3.6. Egészségtudatosság

Az egészségtudatosság témakörét két aspektus mentén kívántam vizsgálni. Az egyik megközelítés az egészség megőrzését biztosító tudatos tevékenységek vizsgálata⁹⁵, a másik vizsgált aspektus az egészségi állapot preventív célú ellenőriztetése⁹⁶ volt. Az egészségi állapot megőrzését célzó tevékenységek a konkrét cselekvések mellett magukba foglalják az egészségi állapot befolyásolhatóságának tudatát is, amelyről az OLEF lakossági felmérések segítségével alkothatunk aktuális képet a hazai helyzetről. A 2003-as felmérés szerint a felnőtt férfi lakosság 73,9%-a a nők 69,8%-a vélte úgy, hogy sokat vagy nagyon sokat tehet egészségéért. A másik vizsgált tényezőről a preventív célú orvoslátogatásról kutatási eredmények sorából ismerhető, hogy a különböző betegségek kialakulásának megelőzésében, a már kialakult betegségek eredményes kezelésében (például daganatos betegségek esetén) és nem utolsósorban a jobb egészségi állapot elérésében játszanak jelentős szerepet. Az OLEF vizsgálatok eltérő módszertannal⁹⁷, de szintén vizsgálták ezt a kérdéskört, amely szerint 2003-ban a lakosság négy-ötöde (80%-a) ellenőriztette egy év alatt vérnyomását, amelytől

⁹⁵ Amelyet a „Tesz-e valamit azért, hogy egészséges maradjon, vagy javítsa egészségét?” kérdéssel vizsgáltam

⁹⁶ Ennek mérésére az „Ellenőrizteti időnként az egészségi állapotát saját elhatározásból akkor, ha nem beteg?” kérdést használtam.

⁹⁷ Az OLEF 2003 kutatásban az egészségügyi ellátás igénybevételének részeként kérdezték rá a vérnyomás, vércukorszint ellenőriztetésére és a szűrővizsgálatokon való megjelenési szokásokra.

gyakoriságban elmarad a koleszterin szint kontrollálása, amely tevékenység nem jellemző a középkorúak, illetve az időskorúak közel felére (BOROS J. 2005).

8.3.6.1. Az egészségtudatosság alakulása a régió felnőtt lakossága körében - Populációs becslés

A saját kutatási eredmények alapján elmondható, hogy régió felnőtt lakosságának 58%-a ellenőrizteti egészségi állapotát saját elhatározásból, ha nem beteg, illetve 56,1%-a tesz valamit azért, hogy egészséges maradjon. Mindkét tevékenységi kör esetében egyértelműen látszik, hogy ezek nem csak egyéni döntéstől függenek, hanem befolyásoltak demográfiai, gazdasági és társadalmi tényezők mentén. Az egészségi állapotukért tudatosan tévők aránya kedvezőbben alakul az iskolai végzettség emelkedésével (az érettségivel rendelkezőknél 61,5% a diplomásoknál 68,6% ez az arány), a vagyoni helyzet javulásával (az alsó kvartilisnél 41,1%, a felső kvartilis esetében 67%) és a nők esetében (60,8%).

A nők közül (64,8%) és az idősebb korosztályokból (50-59 éveseknél 63%, a 60 évesnél idősebeknél 81,2%) többen fordulnak preventív céllal orvoshoz, illetve ellenőriztetik egészségi állapotukat, mint a többi csoportból.

Mind a wellness szolgáltatások igénybevétele alapján, mind a wellness-hez kapcsolódó attitűdcsoporthoz között szignifikáns különbségek láthatók az egészségtudatosság mindkét vizsgált tényezője alapján. A wellness fogyasztók csaknem háromnegyede tesz tudatosan valamit egészségéért, míg a másik két csoportban szignifikánsan alacsonyabb ez az arány. Az egészségi állapotukat preventíven ellenőriztető emberek az igénybevételt tervezők csoportjában hasonlóan magas arányban találhatók mint a wellness fogyasztók csoportjában, amely arány szignifikánsan magasabb, mint a wellness-től elzárkózó csoport esetében.

55. táblázat. Az egészségtudatosság alakulása a wellness fogyasztás szerint (%-ban)

	Tesz valamit azért, hogy egészséges maradjon vagy javítsa egészségét. (p=0,000)	Ellenőrizteti időnként az egészségi állapotát saját elhatározásból akkor, ha nem beteg. (p=0,011)
Szolgáltatásokat igénybevevők	72,3%	62,8%
Igénybevételt tervezők	62,7%	62,7%
Wellness iránt nem érdeklődők	43,2%	53,0%
Összesen	56,1%	58,0%

Forrás: saját számítás

Megjegyzés: a táblázatban az igen válaszok százalékos aránya van feltüntetve

Hasonlóan a többi egészségmagatartási tényezőhöz, az egészségtudatosság mindkét tényezője esetében az egészség és környezettudatos csoport az átlagot messze meghaladó értékekkel jellemezhető. A sportorientált csoportban az egészségükért tudatosan tévők aránya alig marad

el az egészség és környezettudatosok mögött, míg a preventív orvoslátogatásban a régió átlagától elmaradó érték jellemző. Az egészségpszichológiai irodalomban ismert összefüggés (mely szerint az egészség romlásával párhuzamosan növekszik a nyitottság az egészséget megőrző tevékenységek iránt – LAMPEK K. 2007) látható az egyik legkedvezőtlenebb egészségi állapotúnak ítélt csoport, az orvosi professzióban bízók magas arányú egészségtudatossága esetében.

56. táblázat. Az egészségtudatosság alakulása a wellness-hez kapcsolódó attitűdök szerint

	Tesz valamit azért, hogy egészséges maradjon vagy javítsa egészségét. (p=0,000)	Ellenőriztetni időnként az egészségi állapotát saját elhatározásból akkor, ha nem beteg. (p=0,000)
Egészség- és környezettudatos	78,0%	78,0%
Sportorientált	76,0%	52,0%
Orvosi professzióban bízó	61,8%	73,5%
Elfoglalt, hajszolt ember	54,4%	47,9%
Külső megjelenés orientált	48,6%	49,5%
Fatalista, rezignált	39,2%	58,8%
Összesen	56,1%	58,0%

Forrás: saját számítás

Megjegyzés: a táblázatban az igen válaszok százalékos aránya van feltüntetve

8.3.6.2. Az egészségtudatosság alakulása a régió felnőtt lakossága körében - Összefüggés vizsgálatok

8.3.6.2.1. Egészségi állapot megőrzéséért, illetve javításáért végzett tevékenységek

A logisztikus regressziós elemzéssel kapott eredmények alapján elmondható, hogy a – tesz az egészségéért versus nem tesz kimeneti változóval mért – egészségtudatosságra az összes bevont magyarázó változó kontrollálása mellett statisztikailag igazolható mértékben a nem, a vagyoni helyzet, az életkor, iskolai végzettség, a wellness-hez kapcsolódó attitűdök és a wellness szolgáltatások igénybevétele volt hatással.

A táblázatban látható eredmények is alátámasztják azt az ismert tendenciát, hogy a férfiak között kisebb eséllyel található az egészségéért tudatosan tevő ember, mint a nők esetében.

A diplomások között legalább kétszer akkora eséllyel található egészségéért tevő ember, mint az alacsonyabb iskolai végzettségű csoportokban. Legkevésbé a szakmunkás végzettségűek figyelnek egészségük megőrzésére.

Szignifikánsan nagyobb arányban találunk egészségtudatos embert a középső és felső vagyoni kvartilisekbe tartozók között, a hatvan évnél idősebbek kohorszában és a wellness

fogyasztók csoportjában, mint a vizsgálatba bevont változók egyéb vagyoni és életkori csoportjaiban. Kedvezőtlen eredmény, hogy a rossz egészségi mutatókkal jellemezhető középkorú korcsoportok esetében a legalacsonyabb az egészségére figyelő emberek aránya.

57. táblázat. Az egészségi állapot megőrzéséért végzett tevékenységek és a társadalmi-gazdasági-kulturális tényezők közötti kapcsolat

Vizsgált tényezők	Vizsgált tényezők kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány	
Nem			Alsó határ	Felső határ
Referencia: nők	férfiak	,512	,344	,764
Vagyoni helyzet				
Referencia: alsó vagyoni kvartilis	alsó közép vagyoni kvartilis	1,943	1,084	3,481
	felső közép vagyoni kvartilis	2,564	1,366	4,813
	felső vagyoni kvartilis	2,684	1,378	5,228
Életkor				
Referencia: 60 éves, vagy idősebb	18 – 29 éves	,318	,146	,695
	30 – 39 éves	,203	,098	,422
	40 – 49 éves	,313	,158	,618
	50 – 59 éves	,274	,139	,542
Iskolai végzettség				
Referencia: 8 általános	szakmunkásképző	,678	,376	1,221
	érettségi	,866	,472	1,591
	egyetemi, főiskolai diploma maximum	1,775	,769	4,098
Wellness-hez kapcsolódó attitűdök				
Referencia: egészség- és környezettudatos	Sportorientált	1,578	,748	3,329
	Orvosi professzióban bízó	,763	,368	1,581
	Elfoglalt, hajszolt ember	,453	,236	,872
	Külső megjelenés orientált	,470	,234	,946
	Fatalista, rezignált	,357	,177	,718
Wellness szolgáltatások igénybevétele				
Referencia: wellness iránt nem érdeklődők	Wellness szolgáltatásokat igénybevevők	2,528	1,592	4,014
	Wellness szolgáltatások igénybevétele tervezők	1,953	1,193	3,197

Forrás: saját számítás

A wellness fogyasztók között több mint két és félszer nagyobb eséllyel található az egészségéért tudatosan tévő ember, mint a referenciaként használt csoportban, amely magasabb az igénybevétele tervezők csoportjánál is.

A sportorientált és az egészség- és környezettudatos szemléletű emberek csoportja messze kiemelkedik az egészségtudatosság tekintetében. Az egészségéért legkevésbé tenni vágyó és tudó csoport a rezignált, fatális felfogású embereké.

8.3.6.2.2. Egészségi állapot preventív ellenőriztetése

Az egészségi állapot ellenőriztetését az elmúlt évben igen, kontra az elmúlt évben nem járt orvosnál preventív céllal változóval mértem, amely alakulására a már ismertetett 11 magyarázó változó hatását vizsgáltam. A logisztikus regressziós modell eredményeiből látható, hogy hét tényező önálló hatása szignifikáns a preventív orvoslátogatás esetében.

Hasonlóan az egészségtudatosság másik megközelítéséhez a hölgyek között több mint kétszer akkora eséllyel várható orvosokat preventív jelleggel felkereső ember, mint a férfiak esetében.

Az életkor előrehaladtával növekszik az egészségi állapot ellenőriztetésének esélye, ami alól kivételt képez a harmincas éveikben lévők korcsoportja, akik között a legalacsonyabb eséllyel található egészségét preventív céllal kontrolláltató ember. A hatvan évnél idősebbek között több mint hétszer akkora eséllyel ellenőriztetik egészségüket, mint a negyven évnél fiatalabbak között.

A vagyoni helyzet és az iskolai végzettség javulásával is növekszik az egészség ellenőriztetésének esélye. Mindkét tényező esetében a legkedvezőbb viszonyokkal jellemezhetőek között legalább kétszer nagyobb eséllyel található egészségtudatos ember, mint a referenciaként használt csoportok esetében.

A megyei jogú városokban két és félszer nagyobb eséllyel van jelen az egészségi állapot ellenőriztetése, mint a 2000-nél kisebb lakosságszámú településeknél, amelyeknél alacsonyabb esélyhányadossal rendelkeznek a 2000-10 000 lakosságszámú települések.

A családban élők szignifikánsan magasabb esélyhányadossal rendelkeznek mind az elváltak, mind az egyedül élőkhez képest.

A vizsgált kimeneti változóra független önálló befolyásoló hatással vannak a wellness-hez kapcsolódó attitűdcsoportok is, ahol a referenciaként használt egészség- és környezettudatos csoport szignifikánsan gyakrabban ellenőriztetik egészségi állapotukat, mint a második és harmadik legmagasabb esélyhányadossal rendelkező sportorientált, illetve orvosi professzióban bízók csoportja.

A wellness szolgáltatások igénybevételében látott szignifikáns különbségek a fent említett magyarázó tényezők eloszlásának köszönhető, önálló befolyásoló hatása nincs a kimeneti változóval kapcsolatban.

58. táblázat. Az egészségi állapot preventív ellenőrzöttese és a társadalmi-gazdasági-kulturális tényezők közötti kapcsolat

Vizsgált tényezők	Vizsgált tényezők kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány	
			Alsó határ	Felső határ
Nem				
Referencia: férfiak	nők	2,188	1,470	3,256
Vagyoni helyzet				
Referencia: alsó vagyoni kvartilis	alsó közép vagyoni kvartilis	1,100	,603	2,006
	felső közép vagyoni kvartilis	1,355	,722	2,541
	felső vagyoni kvartilis	2,294	1,186	4,439
Településtípus				
Referencia: 2 000 alatti lakosságszám	megyei jogú város	2,672	1,590	4,491
	10 000 feletti lakosságszám	1,010	,500	2,040
	2 - 10 000 fő	,754	,461	1,233
Családi állapot				
Referencia: elvált, özvegy	egyedül él	1,105	,577	2,116
	családban, vagy élettársal él	1,716	1,014	2,902
Életkor				
Referencia: 18– 29 éves	30 – 39 éves	,804	,437	1,477
	40 – 49 éves	1,257	,677	2,333
	50 – 59 éves	1,636	,806	3,318
	60 éves, vagy idősebb	7,222	3,113	16,758
Iskolai végzettség				
Referencia: 8 általános	szakmunkásképző	2,008	1,106	3,645
	érettségi	1,550	,845	2,845
	egyetemi, főiskolai diploma maximum	2,450	1,100	5,458
Wellness-hez kapcsolódó attitűdök				
Referencia: egészség- és környezettudatos	Sportorientált	,609	,305	1,216
	Orvosi professzióban bízó	,615	,287	1,320
	Elfoglalt, hajszolt ember	,382	,198	,734
	Külső megjelenés orientált	,464	,229	,940
	Fatalista, rezignált	,463	,227	,943

Forrás: saját számítás

8.3.7. Az egészségmagatartási viszonyok összefoglalása

Az egészségmagatartási tényezők egyenként történő vizsgálata alapján elmondható, hogy a két kiemelt változó esetében a populációs becsléseknél egy kivétellel minden alkalommal szignifikáns különbségek tapasztalhatók. A hat vizsgált egészségmagatartási tényező közül öt esetben a wellness fogyasztók szignifikánsan kedvezőbb értékeket mutattak (kivételek a testtömeg alakulásánál), mint a wellness iránt nem érdeklődők, valamint a sportolási szokásoknál mint a wellness igénybevételét tervezők csoportjai. Ez utóbbi csoportnál minden

egyes alkalommal kedvezőbb értékek jellemezték a wellness fogyasztókat, de ezek nem voltak szignifikánsak.

A wellness szolgáltatások igénybevétele a rendszeres sport, az egészségmegőrzéssel kapcsolatos tudatos tevékenységek, illetve a dohányzási szokások alakulására volt önálló befolyásoló hatással, a másik három egészségmagatartási tényező esetén tapasztalt különbségeket a vizsgálatba bevont többi magyarázó változó (mint iskolai végzettség, jövedelmi, vagy vagyoni helyzet, életkor) megoszlásának hatása okozta.

A wellness életmóddal kapcsolatban megfogalmazott attitűdök alapján kialakított klaszterek között minden egészségmagatartási tényező tekintetében szignifikáns különbségek láthatók. Ezek alapján mindegyik tényező vizsgálatakor az egészség- és környezettudatos, illetve a sportorientáltak csoportjához tartozók jellemezhetők a legkedvezőbb egészségmagatartási szokásokkal. (kivételt csak a preventív célú egészségi állapot ellenőriztetése jelent, ahol az orvosi professzióban bízókra kedvezőbb érték volt jellemző, mint a sportorientáltakra). A legkedvezőtlenebb egészségmagatartási szokásokkal a fatalista-rezignált és az elfoglalt- hajsolt csoport tagjai rendelkeznek.

Az egészségmagatartási tényezők alakulására a többváltozós elemzések eredményei szerint az attitűd klasztercsoportok, a testsúly kivételével minden esetben önálló befolyásoló hatással bírnak, a többi tényező hatásainak kontrollálása mellett.

Az egészségmagatartási tényezők egyenként történő vizsgálata alapján, az egészségtudatos életmód csak egy-egy elemével kapcsolatban kaphattam információt, ezek a személyek, illetve a populáció szintjén jellemző együttes alakulásáról nem. Ezért készítettem az általam vizsgált tényezőkből egy, az egészségmagatartást egyetlen értékkel számszerűsítő aggregált mutatót, amely segítségével vizsgálhattam, hogyan alakulnak az egészségmagatartási tényezők az egyén és összesítve a populáció szintjén. A mutatóban az eddig vizsgált dohányzás, alkoholfogyasztás, elhízás, sportolás, a preventív orvoslátogatáshoz kapcsolódó szokások és egészségmegőrzéshez kapcsolódó tevékenységek szerepeltek⁹⁸. A régió felnőtt lakossága körében nagyon alacsony (2,2%-os) arányban található olyanok, akik mind a hat vizsgált tényező esetében az egészséget pozitívan befolyásoló tevékenységgel jellemezhetők, amelynél szélesebb kör (20,2%) az öt egészségmegőrző tevékenységet folytatók csoportja. Hasonlóan az előzőekhez nem kedvező viszonyokat tükröz a nagyon kedvezőtlen egészségmagatartással (legfeljebb egy egészségmegőrző tevékenységgel)

⁹⁸ Amelyben mindegyik tényező esetében az egészségi állapot megőrzése és fejlesztése szempontjából legkedvezőbb kategóriát emeltem ki (így a nemdohányzók, a soha, vagy mértéktelenen ivók, a heti rendszerességgel sportolók, vagy testmozgást végzők, a normális testtömegűek, az egészségért tudatosan tévők, illetve az egészségüket preventív célból ellenőriztetők kategóriáit.

jellemezhető magas aránya, mivel csaknem minden tizedik felnőtt emberre (9,7%) ez jellemző a régióban.

Az egészségmagatartási tényezők összesítésével képet alkothattam arról, milyen gyakorisággal fordulnak elő ezek a tevékenységek az egyének esetében, de ez az összesítés nem informál arról, hogy a vizsgált tényezők milyen mértékben befolyásolják a jó egészség elérését, megőrzését. Az úgynevezett „aggregált egészségmagatartási indexben” a bevont hat egészségmagatartási tényezőt, az egészségi állapot alakulását befolyásoló hatásait számszerűsítő standardizált regressziós együtthatóval súlyozva vettem figyelembe. Így a kapott mutató értéke 0 és 0,732 intervallumban helyezkedik el, ahol a magasabb értékek jelentik a jó egészség tekintetében kedvezőbb egészségmagatartási viszonyokat.

8.3.7.1. Egységmagatartási viszonyok a régió felnőtt lakossága körében - Populációs becslés

A régió felnőtt lakossága körében az aggregált egészségmagatartási index értéke átlagosan 0,371 (amely átlagosan 3,37 egészségmegőrző tevékenységet jelent), ennek alakulásában demográfiai, társadalmi és gazdasági viszonyok alapján statisztikailag igazolható különbségek láthatók.

Szignifikánsan kedvezőbb egészségmagatartással jellemezhetőek a nők, a magasabb iskolai végzettségűek és a kedvezőbb vagyoni helyzetűek (59. táblázat).

59. táblázat. Az egészségmagatartási index alakulása demográfiai, társadalmi és gazdasági jellemzők alapján (átlag)

	Nem (p= 0,001)				
	Nők		Férfiak		
Aggregált egészségmagatartási index	0,390		0,349		
	Életkor (p= 0,003)				
	18-29 éves	30-39 éves	40-49 éves	50-59 éves	60 éves vagy idősebb
Aggregált egészségmagatartási index	0,403	0,365	0,345	0,344	0,386
	Iskolai végzettség (p= 0,000)				
	8 általános	Szaktanácsos	Érettségi	Diploma	
Aggregált egészségmagatartási index	0,353	0,335	0,394	0,422	
	Vagyoni helyzet (p= 0,000)				
	Alsó	Alsó közép	Felső közép	Felső	
Aggregált egészségmagatartási index	0,331	0,353	0,375	0,417	

Forrás: saját számítás

Megjegyzés: A táblázatban az aggregált egészségmagatartási mutató átlagértékei kerültek feltüntetésre.

Az életkor esetén a legmagasabb értékekkel a legfiatalabb és a legidősebb korcsoport rendelkezik, míg a legkedvezőtlenebb viszonyok az egészségi kockázatoknak és egészségromlásnak leginkább kitett 40-59 éves korosztályokra jellemző. A településtípus, a jövedelmi helyzet és a családi állapot kategóriái között nem voltak szignifikánsak a tapasztalható különbségek.

A vizsgálat alapkérdéseként megfogalmazott wellness igénybevétel esetében is statisztikailag igazolható különbségek tapasztalhatók az egészségmagatartás alakulásával kapcsolatban. Mint ahogy az a függelék 5. táblázatában látható a wellness fogyasztók átlagos egészségmagatartási mutatója szignifikánsan magasabb, mint a másik két kategória átlagértékei.

60. táblázat. Az egészségmagatartási index alakulása a wellness igénybevétel alapján (átlag)

	Szolgáltatásokat igénybevevők	Igénybevételt tervezők	Wellness iránt nem érdeklődők	Összesen
Aggregált egészségmagatartási index	0,432	0,356	0,328	0,371
Elemzés	242	168	390	800
Szórás	0,156	0,171	0,163	0,169

Forrás: saját számítás

Megjegyzés: A táblázatban az aggregált egészségmagatartási mutató átlagértékei kerültek feltüntetésre.

A wellness-hez kapcsolódó attitűdök alapján kialakított klasztercsoportok egészségmagatartása között is jelentős különbségek tapasztalhatók a bemutatott átlagértékek megoszlása alapján (függelék 6. táblázat). A legkedvezőbb egészségmagatartással a wellness szolgáltatásokat legnagyobb arányban és gyakoriságban fogyasztó sportorientált, illetve egészség- és környezettudatos beállítódásúak csoportjai jellemezhetők, míg a többi attitűdcsoport a klasztercsoportok átlagától is elmaradó értékekkel rendelkezik. A függelék 6. táblázatában látható, hogy a sportorientáltak ugyan magasabb indexbeli értékkel rendelkeznek az egészség- és környezettudatosokhoz képest, de ez a különbség statisztikailag nem releváns, míg mindkét csoport szignifikánsan kedvezőbb értékkel rendelkezik minden egyéb csoporthoz képest.

61. táblázat. Az aggregált egészségmagatartási index alakulása a wellness igénybevétel alapján

	Átlag	Elemzés	Szórás
Egészség- és környezettudatos	0,459	100	0,146
Sportorientált	0,466	100	0,156
Orvosi professzióban bízó	0,356	102	0,150
Elfoglalt, hajszolt ember	0,322	117	0,168
Külső megjelenés orientált	0,351	109	0,175
Fatalista, rezignált	0,334	102	0,165
Összesen	0,379	629	0,170

Forrás: saját számítás

8.3.7.2. Egészségmagatartási viszonyok a régió felnőtt lakossága körében - Összefüggés vizsgálat

Többváltozós lineáris regressziós elemzés segítségével arra kerestem választ, hogy az általam vizsgált tényezők közül melyek és milyen mértékben befolyásolják az aggregált egészségmagatartási index-szel mért egészségmagatartás alakulását. Mivel a kimeneti változó folytonos mérési szintű volt, ezért az eddig alkalmazott többváltozós logisztikus modell helyett, többváltozós lineáris regressziós modell segítségével vizsgáltam a megfogalmazott problémát.

62. táblázat. Az egészségmagatartási index összefüggései a demográfiai, gazdasági és társadalmi tényezőkkel

Modell	Nem standardizált koefficiens		Standardizált koefficiens	t	Szignifikancia
	B	Standard hiba	Beta		
Konstans	,399	,071		5,606	,000
Wellness igénybevétel	-,032	,009	-,168	-3,461	,001
Nem	,044	,015	,131	2,969	,003
Településtípus	,001	,006	,011	0,246	,805
Társadalmi státusz	,006	,007	,056	0,915	,361
Jövedelmi helyzet.	-,003	,009	-,019	-0,353	,724
Vagyoni helyzet	,012	,009	,080	1,339	,181
Iskolai végzettség	,019	,010	,115	1,915	,046
Wellness-hez kapcsolódó attitűdcsoportok	-,023	,004	-,237	-5,271	,000
Életkor korcsoportonként	,007	,006	,061	1,130	,259
Családi állapot	-,027	,013	-,111	-2,129	,034

A független változó: aggregált egészségmagatartási mutató

Forrás: saját számítás

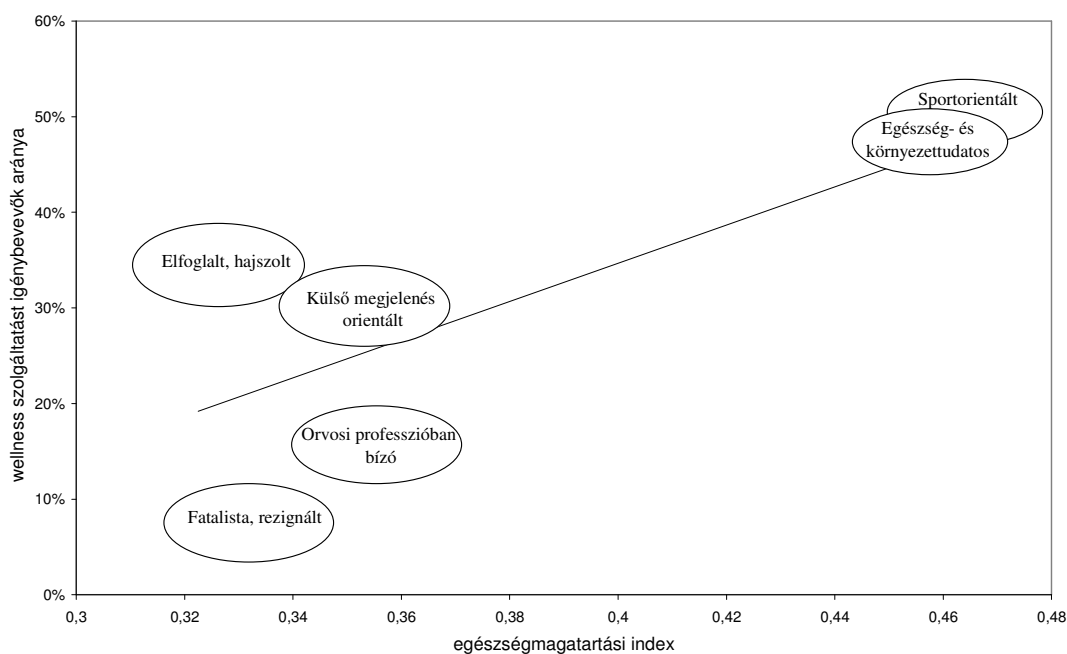
Az elemzés eredménye alapján az egészségmagatartás alakulására szignifikáns hatással a nem, az iskolai végzettség, a családi állapot, a wellness igénybevétel és a wellness-hez kapcsolódó attitűdök voltak. A kimeneti tényező változására legerősebb magyarázóerővel⁹⁹ a wellness-hez kapcsolódó attitűdök rendelkeztek, sorrendben ezt követte a wellness szolgáltatások igénybevétele, majd a nem, iskolai végzettség és a családi állapot.

A 62. táblázatban bemutatott elemzés eredményei felhívják a figyelmet arra, hogy a wellness életmód iránti nyitottság és a wellness fogyasztás jobban magyarázza az egészségmagatartási tényezők alakulásában látható különbségeket, mint a vizsgálatba bevont demográfiai, gazdasági és társadalmi tényezők. Ezzel kapcsolatban feltételezhető, hogy egyrészt a wellness-hez kapcsolódó változók mentén tapasztalható egészségmagatartási különbségek, másrészt a wellness fogyasztás hatásainak következtében az egészségi

⁹⁹ A „magyarázat” szót statisztikai értelemben használom (SZÉKELYI M.-BARNÁ I. 2002)

állapotban meglévő különbségek tovább növekednek, így a kialakult egyenlőtlenségek fokozódására lehet számítani.

Összességében elmondható, hogy az egészségmagatartás alakulása szorosan összefügg a wellness fogyasztás alakulásával, amely összefüggéshez alapvetően jól illeszkedik a wellness életmód iránti fogékonyság. A 34. ábrán látható, hogy a wellness fogyasztásban leginkább résztvevő, a wellness fogyasztók több mint felét adó két klasztercsoport, a sportorientáltak, valamint az egészség- és környezettudatosak egészségmagatartása messze a legkedvezőbb alakul, amely csoportoknál mindkét vizsgált tényező tekintetében nagyon kis eltérés (statisztikailag nem igazolható) látható a sportorientáltak javára. Az összefüggést jelző trendvonalról nagymértékben eltér a wellness fogyasztással 36%-ban jellemezhető elfoglalt hajsolt beállítódású emberek csoportja, akik egészségmagatartása az összes vizsgált csoport közül a legkedvezőtlenebbül alakul. Ők azok, akik beállítódásaikban és a hétköznapi gyakorlatban is nagyon kevés figyelmet fordítanak egészségük megőrzésére, amely cél a wellness fogyasztás esetében sem jellemző. A csoport tagjai a wellness szolgáltatásokat elsősorban kikapcsolódás, vagy egyéb más motivációval veszik igénybe. A wellness fogyasztásban még számottevően résztvevő külső megjelenés orientáltak között az egészségmegőrzés nem számít prioritásnak, de ennek ellenére az átlagos viszonyokhoz hasonló egészségmagatartás jellemző a csoportra, amelyet főként a külső megjelenés megőrzése, vagy javítása motivál.



34. ábra. A wellness-hez kapcsolódó attitűdök alapján meghatározott csoportok wellness fogyasztásának és egészségmagatartásának alakulása

Forrás: saját számítás

A wellness számára keresletként kevésbé megjelenő csoportok közül az orvosi professzióban bízóknak egészségmagatartása alakul kedvezőbben (elsősorban az egészségtudatosságuk miatt), akik wellness igénybevételét is az egészségmegőrzés, illetve az állapot javítása motiválja. A fatalista és rezignáltak csoportja mind egészségmagatartásában, mind wellness fogyasztásában messze elmarad az átlagos viszonyoktól.

9. Összefoglalás

A társadalmi, gazdasági és demográfiai viszonyok utóbbi három évtizedben tapasztalható változása megteremtette és folyamatosan fentartotta az igényt és a lehetőséget a wellness területének kialakulására, illetve gyors bővülésére, amelynek köszönhetően napjainkban egyfajta „wellness boom” jellemző mind hazai, mind nemzetközi viszonyok között. Ennek következtében egyre nagyobb súllyal jelenik meg a wellness életmód, valamint válik egyre kedveltebb turisztikai terméké a wellness a hazai lakosság körében. Az értekezésben a wellness összetett értelmezéséből, a turisztikai, illetve az életmódhoz kapcsolódó megközelítéseket, viszonyokat vizsgáltam elsősorban a Dél-dunántúli régióra vonatkozóan.

A wellness-turizmus az egészségturizmus dinamikusan bővülő turisztikai terméke, amely a hazai turizmusnak is az egyik folyamatosan erősödő szegmensét jelenti. Magyarországon is néhány év leforgása alatt megsokszorozódott mind a wellness-turisztikai kínálat, mind a wellness szolgáltatások iránt realizálódó kereslet. A célkitűzéseknél megfogalmazott első hipotézisemben a két bővülő terület térbeli aspektusait és azok egymáshoz való viszonyát vizsgáltam, területi koncentrációt mérő mutatók segítségével. A kapott eredmények alapján „A hazai wellness-turizmus kínálati, illetve keresleti viszonyaiban tapasztalható területi koncentráció nem tér el egymástól” hipotézisemet elutasítottam, mivel a területi koncentráció mértékében és annak térbeli struktúrájában is különbségek láthatók. A wellness-turisztikai kínálatnál koncentráltabban jelenik meg a kereslet, amely területileg inkább a Nyugat és Dél-Dunántúlhoz, illetve a külföldiek esetében Közép-Magyarországhoz kötődik, szemben az egyre kiegyenlítettebb térbeli struktúrával jellemzhető kínálati viszonyokkal. Különösen igaz ez a területi eltérés a külföldi vendégek wellness fogyasztásának térbeli koncentrációjára, amellyel szemben a belföldi forgalom megjelenése, már inkább követi a kínálatot. A kínálat egyik kiemelt elemével, a wellness szállodákkal kapcsolatban fontos megjegyezni, hogy a wellness szállodák elhelyezkedése nem követi a területi fejlettség mutatóit, ennek következtében nagy számban jelennek meg szállodák a gazdaságilag és társadalmilag kedvezőtlenebb helyzetben lévő országrészekben is. A nyugati példákból jól

ismerhető, hogy a kevésbé fejlett régiók területfejlesztési tevékenységének fontos és sikeres területe lehet a wellness-turizmus fejlesztése (KPMG 2002, SZÜCS M. 2005, ABA 2006, RUSZINKÓ Á. 2007). Ahhoz, hogy a külföldi példákhoz hasonlóan a wellness szállodák építése hazánkban is számottevően hozzájáruljon az adott terület, vagy település gazdasági és társadalmi viszonyainak javításához, szükség van a szolgáltatások átgondolt pozícionálásra, az egyedi vonzerő kialakítására és az ágazati, illetve területi alapú összefogások erősítésére (KOCZISZKY GY. 2004, LENGYEL I. - RECHNITZER J. 2004, LENGYEL I. 2005, PUCZKÓ L. 2007). Az idegenforgalmi és területfejlesztési kihívásokra válaszolni tudó, átgondolt kínálatbővítésre hívja fel a figyelmet a kereslet koncentráltabb elhelyezkedése, illetve a turisztikai termék helyzetében látható néhány nem egyértelműen kedvező tendencia (mint a bővülés ütemének lassulása, vagy a kapacitás kihasználtság csökkenése) is. Fontos kérdés, hogy a napjainkban jellemző gazdasági válság hogyan érinti a szektor vállalkozásait, mivel a feltételezett forgalom visszaesést tompíthatja a hazai valuta leértékelődése, valamint az a tény, hogy az egészségi állapot megőrzése az egyik legfontosabb utazási (LENGYEL M. 2004) és fogyasztási motiváció.

A Dél-dunántúli régió wellness-turisztikai kínálatának legszélesebb vonzerővel rendelkező területét a szállodák képviselik, ahol több nemzetközileg és hazailag is versenyképes példa látható az eltérő turisztikai termékek és a regionális adottságok sikeres összekapcsolására (például a siófoki wellness- és konferencia szállodák, vagy a vidéki környezetben lévő kastélyszállodák esetében). A kínálat további szegmenseiben inkább a regionális vagy helyi vonzerejű szolgáltatók jellemzők, amelyeknél ritkán jelennek meg szélesebb érdeklődésre számító egyedi elemek. A Dél-dunántúli régió wellness-turisztikai helyzetének bemutatása és annak a többi régióhoz, területi viszonyszámokkal történő mérése alapján „A Dél-dunántúli régió wellness-turisztikai helyzete kedvezőbben alakul, mint a hazai átlagos viszonyok” hipotézisemet elfogadom. A régió wellness-turizmusát mérő viszonyszámok a Nyugat-dunántúli régió után a második legkedvezőbben alakultak, mind a kínálatot jelentő szolgáltatók száma, mind a keresletet jelentő külföldi és belföldi forgalom esetében, amelyek messze meghaladták a számított hazai átlagos viszonyokat. A kapott eredmények rámutatnak a wellness-turizmus régió turizmusában betöltött jelentőségére is. A régió wellness-turizmusának további bővülését segítheti a wellness összekapcsolása olyan egyedi regionális sajátosságokkal jellemezhető turisztikai termékekkel, mint a borturizmus, vagy a kulturális turizmus. A régió turizmusa számára nagy lehetőségként megjelenő Európai Kulturális Főváros programév jelentős bővülést eredményezhet a wellness-turisztikai kínálatban és keresletben is, mivel a remények szerint az eddigieknél nagyobb számban érkező turisták minőségi szálláshely iránti igénye is növekedni fog, illetve a külföldi példából

már ismert (pl. Olaszország), hogy a wellness-turizmus sikeresen kapcsolható össze a kulturális vonzerőkkel.

A régió felnőtt lakosságának wellness fogyasztási szokásait vizsgálva elmondható, hogy a wellness igénybevétele napjainkban már közel sem csak néhány társadalmi csoport rétegspecifikus tevékenysége, hiszen az igénybevevők köre bővült és összetetté vált, de amelyen belül továbbra is nyomon követhetők a hozzáférés társadalmi egyenlőtlenségei. Ezek miatt „A wellness fogyasztásban megjelennek a hazai viszonyok között ismert társadalmi egyenlőtlenségek.” hipotézisemet elfogadom. A kutatási eredmények alapján megállapítható, hogy a vagyoni és jövedelmi, illetve a lakóhelyi tényezők differenciálnak elsősorban a fogyasztók között, amely tényezőkkel szemben nem volt szignifikáns befolyásoló hatása a nemnek, életkornak és az iskolai végzettségnek. A kérdőíves adatfelvétel eredményeiből látható wellness-hez kapcsolódó lakossági attitűdök felhívják a figyelmet arra, hogy az igénybevevők körének kiszélesedését, illetve a kifejezés gyors terjedését nem követi, követte az eredeti wellness elképzelések és koncepciók üzenetének megjelenése. Ez főként azért jelenthet problémát, mert a wellness akkor tölti, tölthetné be hatékonyan preventív szerepét, ha nem csak az "elviselhetetlen" hétköznapiakból pár napra szóló kikapcsolódást jelentene, hanem a mindennapokban jelenlévő életmódot (amelynek természetesen részét képezné a különböző szolgáltatók felkeresése). Ennek közvetítésében nagyobb szerepet kellene vállalnia a területhez kötődő szereplőknek – például hoteleknek, fürdőknek, egyéb szolgáltatóknak és oktatási intézményeknek -, hogy a wellness ne csak a különböző szolgáltatóknál eltöltött hosszabb rövidebb hétvégéken igénybevehető szolgáltatási kört jelentse.

A wellness koncepciókban megfogalmazott egészségorientált tudatos életvitel jelenlétének vizsgálata a régió felnőtt lakossága körében rámutatott arra, hogy a wellness fogyasztás nem jelenik meg önálló befolyásoló tényezőként az egészségi állapot alakulásában, de az egészségmagatartási szokásokban jelenlévő különbségek egyik legerősebb magyarázó tényezője a wellness-hez kötődő életmód iránti nyitottság mellett. Az egészségi állapot alakulását vizsgáló becslések és összefüggésvizsgálatok alapján „Az egészségi állapot kedvezőbb a wellness fogyasztással jellemezhető csoportok esetében.” hipotézisemet elutasítom, mert jól lehet a wellness életmód iránti nyitottság alapján megfogalmazott változó szignifikánsan befolyásolta a jó egészség elérését, de a wellness fogyasztás nem. Az egészségi állapot alakulásában nem minden kategóriában látott statisztikailag igazolhatóan kedvezőbb helyzet más tényezők befolyásoló hatásának és azok megoszlásának volt köszönhető, a wellness fogyasztók esetében. Az egészségmagatartás körébe tartozó tevékenységek elemzése alapján jelentős különbségek mutatkoztak a wellness életmódhoz kapcsolódó attitűdök alapján

megfogalmazott klasztercsoportok és a wellness fogyasztás alapján meghatározott csoportok között. Szignifikánsan kedvezőbb egészségmagatartás jellemezte a wellness fogyasztókat, illetve a wellness fogyasztással leginkább jellemezhető sportorientált, valamint egészség és környezettudatos beállítódásúak klasztercsoportjait. Az elemzések eredményei rámutatnak arra, hogy a wellness fogyasztók több mint felét jelentő két klaszterhez tartozó emberek egészségtudatosan élik hétköznapjaikat is, amely igények megjelennek a wellness szolgáltatókkal szemben is. Ezek mellett megjelennek a wellness fogyasztásban azok a csoportok is, amelyek tagjai sokkal kevésbé fordítanak figyelmet egészségük megőrzésére, akik a wellness szolgáltatásokat elsősorban passzív tevékenységként értelmezik és kikapcsolódás céllal veszik igénybe. Mivel az egészségmagartási tevékenységekben látható különbségek követik a wellness igénybevételét, annak motivációit és a fogyasztói szokásokat az utolsó „Az egészségmagartási szokásokban jellemző különbségek, tükrözik a wellness iránti kereslet alakulását.” hipotézisemet elfogadom.

10. A kutatás jövőbeni irányai

A wellness területének összetettsége és az értelmezések sokszínűsége fokozottan felhívja a figyelmet a témakörre jellemző terminológiai és szabályozási problémákra és hiányosságokra. Ahhoz, hogy a wellness témaköréhez tartozó tudomány-, gazdasági és egyéb területek, sikeresen, hatékonyan, kommunikációs és értelmezési zavarok minimalizálásával tudjanak működni, elengedhetetlenül fontos a hazai, és nemzetközi szintű terminológiai egységesítés, szabványosítás. Ennek a harmonizációnak célja kell legyen, hogy összegyűjtse a wellness tárgykörére vonatkozó használatban lévő terminusokat azok szinonímáival és alakváltozataival együtt, megadja a terminusok jelentését és meghatározza azok egymás közötti viszonyát.

Az elsősorban a wellness-turisztikai fogyasztásra és a wellness életmódra, mint az egészséges életvitel jelenlétére koncentrálnó kutatás további szükséges vizsgálódási területe kell legyen, a wellness életmódhoz egyre bővülő körben kapcsolódó termékekre és szolgáltatásokra vonatkozó beállítódások és fogyasztási szokások megismerése. Kevés, empirikus kutatással igazolt ismerettel rendelkezünk a lakosság fogyasztási szokásairól, az alternatív és természetgyógyászattal, a bio és speciális élelmiszerekkel, a természetes alapú kozmetikumokkal, vagy éppen az otthoni wellness élményt biztosító termékekkel és szolgáltatásokkal kapcsolatban. Mind ezen termékek egy területi összefogás keretében jól

kapcsolhatók a wellness-turisztikai termékekhez is, amelyek akár egyedi arculatot adhatnak egy-egy terület idegenforgalmi kínálatának.

A kutatás folytatásának egyik lehetséges témája iránt megfogalmazódó elvárást mutatja az a kutatási eredményem, mely szerint a fogyasztók jelentős hányadánál (csaknem felénél) már megjelenik az igény a wellness programok és szolgáltatások hatásainak egzakt módon történő igazolására, ami egészség- és orvostudományi kutatásokon alapuló programok összeállítását, azok széles körben való megismertetését feltételezi. A külföldi wellness, illetve egészségtudományi szakirodalomban már kidolgoztak olyan mérőeszközöket, amelyek hazai viszonyoknak történő megfeleltetése megkezdődött (RÉTSÁGI E. – TÓTH Á. – TIGYI H. – SZOVÁK E. 2007, ZOPCSÁK L. 2007), amelyek segítségével akár populációs szinten, akár az egyének szintjén lehet konkrét programok hatásait vizsgálni, egészségügyi, vagy éppen gazdasági szempontból. A különböző tudományterületek által igazolt hatású programok összekapcsolása a helyi adottságokkal megeremthetné a lehetőségét olyan egyedi márkanév kidolgozásának, amelyben tükröződnek a helyi kulturális és természeti sajátosságok, amitől azonosítható lenne a régió mint ahogy az külföldi példák (Ausztriában az „alpine wellness” vagy Finnországban a „lake wellness”) esetében már sikeresen megtörtént.

11. Köszönetnyilvánítás

Szeretnék köszönetet mondani témavezetőimnek Dr. Tóth Józsefnek és Dr. Aubert Antalnak, valamint tanszékvezetőmnek Dr. Lampek Kingának a disszertációm megírásához nyújtott szakmai támogatásukért és segítségükért.

Köszönettel tartozom szerzőtársaimnak, Rébék Nagy Ágnesnek, Dr. Kozma Lászlónak, Dr. Ács Pongrácnak, Hegedüs Veronikának és Zsigmond Editnek szakmai tanácsaikért és ötleteikért, valamint hallgatóimnak és a wellness projektben dolgozó munkatársaimnak a kutató munkában nyújtott segítségért.

Külön szeretnék köszönetet mondani szakmai pályámban nyújtott támogatásukért, valamint felém tanúsított bizalmukért és barátságukért Dr. Tahin Tamásnak és Györgydeák Anitának, akik sajnos ma már nincsenek közöttünk.

12. Irodalomjegyzék

1. ÁCS P. 2007: *A területi egyenlőtlenségek feltérképezése során leggyakrabban alkalmazott mérőszámok bemutatása, a sporttehetségek területi elhelyezkedésének példáján.* in: Egy életpálya három dimenziója- Tanulmánykötet Pintér József emlékére, Pécsi Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Kar, Pécs, pp. 10- 22.
2. ÁCS P. – LACZKÓ T. 2008: *Területi különbségek a hazai egészségturizmus kínálatában.* Területi Statisztika, 11. (48.) évfolyam 3. szám pp. 344-357.
3. ÁDÁNY R. (szerk.) 2003: *A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.
4. ANDORKA R. 2003: *Bevezetés a szociológiába.* Osiris Kiadó, Budapest.
5. ARDELL, D. 1977: *High Level Wellness: An Alternative to Doctors, Drugs and Disease.* Emmaus, PA: Rodale Press
6. ARDELL, D. 1985: *The History and Future of Wellness.* Health Values, vol. 9, no. 6, pp. 37-56.
7. ARDELL, D. 1999: *14 Days to Wellness: The Easy, Effective, and Fun Way to Optimum Health.* New World Library, Novato California.
8. ARDELL, D. 2004: Conference blurb for “*The Importance of Critical Thinking and Evidence-Based Research in the Field of Wellness.*” a paper delivered before the National Wellness Conference, July 12, 2004. Retrieved August 30, 2004 from http://www.nationalwellness.org/TheConference2K4/index.php?id=248&id_tier=2030
9. ARMSTRONG, D. 1995: *Az orvosi szociológia alapjai.* Semmelweis Kiadó, Budapest.
10. AUBERT A. – SZABÓ G. 2005: *Pozíció és perspektívák Baranya turizmusában: Baranya Megye turizmusfejlesztési programjának aktualizálása.* Temporg Nyomda, Pécs.
11. AUBERT A. (Szerk.) 2006: *Magyarország idegenforgalmi atlasza.* Szakkönyv és atlasz. Carthographia Kiadó, Budapest, pp. 65.
12. AUBERT A.- BERKI M. 2007: *A nemzetközi és a hazai turizmus területi folyamatai, piaci tendenciái a globalizáció korában.* - Földrajzi Közlemények 2007. 3. szám pp. 119-133.
13. AUBERT A.- MISZLER M. 2004: *A regionális szintű termékfejlesztés és- menedzselés elméleti keretei a gyógy- és termálturizmusban.* in: (Aubert A.-Csapó J. szerk). *Egészségturizmus.* Bornus Nyomda, Pécs, pp. 3-29.
14. AUBERT A. - TÓTH J. 2006: *A turizmusföldrajz helye és lehetőségei a földrajztudományban.* in: (Kókai S. szerk.). *Földrajz és turizmus.* Tanulmánykötet Dr. Hanusz Árpád 60. születésnapjának tiszteletére. Nyíregyházi Főiskola Természettudományi Főiskolai Kar Földrajz Tanszéke, Nyíregyháza, pp. 25-35.
15. AUSTRIAN BUSINESS AGENCY 2008: *Österreich: Investieren beim Tourismus-Weltmeister.* Wien., 28 p.
16. AQUAPROFIT MŰSZAKI, TANÁCSADÁSI ÉS BEFEKTETÉSI RT. 2007: *Országos egészségturizmus fejlesztési stratégia.* 173 p. http://www.oib.gov.hu/docs/egeszsegturizmus_strategia.pdf
17. BABBIE, E. 2003: *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata.* Balassi Kiadó, Budapest.
18. BAKACS M. - KAPOSVÁRI SZ. (szerk.) 2005: *Dél-Dunántúli Regionális Népegészségügyi Jelentés 2005.* Országos Epidemiológiai Központ.
19. BARANYI B. 2004: *A határmentiség dimenzió. Magyarország és keleti államhatárai.* Dialóg Campus Kiadó, Budapest–Pécs, 310 p
20. BÄSSLER, R. 2006: *Thesen zum Gesundheitstourismus.* 2006 ITB Kongress Market Trends & Innovations. 2006 március 8. Berlin.

21. BECKER, M. H. 1974: *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Thorofare, New Jersey, Slack.
22. BÉRCES E. 2006: *A sportlexikográfia és -terminológia az új sportágak megjelenésének tükrében*. PhD értekezés. Kézirat. Pécs.
23. BERLIN, J. A. – COLDITZ G. A. 1990. *A Meta-Analysis of Physical Activity in the Prevention of Coronary Heart Disease*. American Journal of Epidemiology 132:6 pp. 12–28.
24. BINNEWITT, N. (2002) *Wellness. Die neue Perspektive für den Kurerfolg, Eine Herausforderung für Gesundheitswirtschaft, Gesundheitswissenschaft und Gesundheitsbildung*. in: IFKA (Institut für Freizeitwissenschaft und Kulturarbeit) – Schriftreihe – Band 19, Bielefeld.
25. BÍRÓ GY. 1993: *Az Első Magyarországi Reprezentatív Táplálkozási Vizsgálat Eredményei I. 1985-1988*. OTH, Budapest.
26. BLUMENTHAL, JAMES A. (2000) *Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months*. Psychosomatic Medicine. 62. pp. 633-638
27. BOBAK, M. – SKODOVA, Z. – PISA, Z.- POLEDNE, R. – MARMOT, M. 1997: *Political changes and trends in cardiovascular risk factors in the Czech Republic. 1985-1992* Journal of Epidemiology and Community Health 51 pp. 272-277.
28. BOROS J. 2005: *Egészségmagatartás*. Kutatási jelentés Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003. Országos Epidemiológiai Központ http://www.oszmk.hu/dokumentum/OLEF_2003/2_fejezet_egeszseggmagatartas_olef2003.pdf
29. BOZZAY A. 2005: *Az egészségturizmus fejlesztése és eredményei, a további lehetőségek*. SPA & Wellness Szakiállítás és Konferencia előadás, Budapest
30. BRITTNER - WIDMANN 2006: *Strukturen und räumliche Verteilung des Wellness-Tourismus in Deutschland*.- In: Reuber P. und Schnell P (Hrsg.): *Postmoderne Freizetsile und Freizeträume*. Neue Angebote im Tourismus. Berlin, pp. 291-301.
31. BUDA J. 1991: *Az orvoslás története*. PTE, Pécs.
32. BUDA J. 2008: *Egészségfejlesztés - elméleti és gyakorlati alapismeretek*. Kiadás előtti lektorált kézirat, Pécs.
33. BUDAI Z. 2001. *Dr. Budai Zoltán Helyettes Államtitkár előszava a Széchenyi Terv Programjához*. Turizmus Bulletin 2001/1. pp. 4-5
34. BUDAI Z. 2002: *Marketing a fürdőfejlesztésben*. in: Turizmus Bulletin (2002/1)
35. BUDAI Z.-SZÉKÁCS O. 2001.: *A magyar egészségturisztikai kínálat alakítása a különböző célcsoportok igényei szerint*. Turizmus Bulletin (2001/4)
36. CADOUIN, M-E. 2000: *Spas in Asia*; <http://www.spas.about.com>
37. CAPLAN, R. – HOLLAND, R. 1990: *Rethinking health education theory*. Health Education Journal 49, pp. 10-12.
38. CASPERSEN, C. J. – BLOEMBERG, B. P. M. – SARIS, W. H. M. – MERRITT, R. K. – KROMHOUT, G. 1992: *The Prevalence of Selected Physical Activities and their Relation with Coronary Heart Disease Risk Factors in Elderly Men: The Zutphen Study*. American Journal of Epidemiology 133:10 pp. 78–92.
39. COLDITZ, G. 1999: *Economic costs of obesity and inactivity*. Medicine and Science in: Sports and Exercise, 31: pp. 663–667.
40. CZIMBALMOS Á. - NAGY ZS. - VARGA Z.- HUSZTIK P. 1999: *Páciens megelégedettségi vizsgálat SF-36 kérdőívvel, a magyarországi normálérték meghatározása*. Népegészségügy, 80 (1) pp. 4-19.
41. CSAPÓ J. – SZABÓ G. 2005: *Position and Potentials of Water Tourism in Hungary and in the South-Transdanubian Region*. Földrajzi Közlemények 2005 Supplement. pp. 19-27.

42. DARÓCZI E 2001: *A halandóság alakulása Trianontól napjainkig*, in: Faragó T. – Őri P. (szerk.): *A KSH Népeségtudományi Kutatóintézetének 2001. évi történeti és demográfiai évkönyve*, KSH, NKI, Budapest.
43. DARÓCZI E. 2003: *A várható élettartam Magyarországon európai összehasonlításban*. in: Spéder Zsolt (szerk.) *Család és népesség – itthon és Európában*. Századvég, Budapest, pp. 281-320.
44. DEUTSCHER HEILBÄDERVERBAND 2007: *Arbeitsstatistik 1.3*, Bonn.
45. DUNN, H. (1959): *High Level Wellness for Man and Society*. In: *American Journal of Public Health*, February 1959, pp. 786-792.
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1372807&blobtype=pdf>
46. ELEKES ZS. - PAKSI B. 1996: *A magyar lakosság italfogyasztási szokásai*. in: *Produktivitás, prevenció, és alkoholproblémák*. Mediconsult, Budapest, pp. 23-43.
47. EÖRY E. 2005: *Egészségturizmus a Magyar Turizmus ZRt. tevékenységének tükrében*. IV. SPA & Wellness Szakiállítási és Konferencia, előadás, Budapest.
48. ESPA 2006: *Resort Development tendencies in Europe*.
49. EUROPEAN CENTRE ON HEALTH OF SOCIETIES IN TRANSITION (ECOHST) 1998: *Childhood injuries: A priority area for the transition countries of Central and Eastern Europe and the Newly Independent States*, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London.
50. F.U.R DEUTSCHLAND 2007: *Die Reiseanalyse*. RA, Berlin, 148 p.
51. F.U.R DEUTSCHLAND 2008: *Die Reiseanalyse*. RA, Berlin, 115 p..
52. FALUSSY B.- HARCSA I. 2000: *Időfelhasználás 1986 és 1999 őszén*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
53. FORD, E. S. – MERRITT, R. K. – HEATH, G. W. – POWELL, K. E. – WASHBURN, R. A. – KRISKA, A. – HAILE, G. 1991: „*Physical Activity Behaviors in Lower and Higher Socioeconomic Status Populations*.” *American Journal of Epidemiology* 133;12. pp. 46–55.
54. FÓRIS Á. - BÉRCES E. 2006: *Sport, gazdaság, terminológia*.
<http://feek.pte.hu/feek/feek/index.php?ulink=735>
55. FÓRIS Á. 2005: *Hat terminológia lecke*. Tinta Könyvkiadó, Budapest.
56. FÓRIS Á. 2007: *A wellness terminológiája*. in: Laczkó T. (Szerk): *Wellness alapismeretek I.*, PTE ETK, Pécs, pp. 24 - 36.
57. FÓRIS Á. 2008: *A wellness terminológiájának rendezéséről*. II. Országos Wellness Konferencia előadás, Pécs, 2008. március 7.
58. FÓRIS Á.–PUSZTAY J. (szerk.) 2006. *Utak a terminológiához*. (Terminologia et Corpora – Supplementum 1.). BDF, Szombathely.
59. FRENCH, J. – ADAMS, L. 1986: *From analysis to synthesis*. *Health Education Journal* 45, 2.
60. FRENCH, J. 1990: *Models of health education and promotion*, *Health Education Journal* 49, 1.
61. FRIEDL H., 2007: *Wer braucht Wellness – und warum gerade jetzt?* *Zeitschrift für integrativen Tourismus und Entwicklung* 4.06.S. 6-10, Wien.
62. FÜZESI ZS. 2004: *Egészségmagatartás*. in: *Népegészségügyi Jelentés a szakértőknek*. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest.
63. FÜZESI ZS. - ILLÉS T. - TISTYÁN L. - CZIRJÁK L. 2004: *A felnőtt népesség egészségi állapota a Dél-dunántúli régióban*. Fact Intézet, Pécs.
64. FÜZESI ZS. - PÉNTEK E. - TISTYÁN L. (2004): *Az egészségügyi ellátás területi egyenlőtlenségei*. Fact Intézet, Pécs.
65. GALLA G. 2005: *Egészségturisztikai eredmények és akciók*. IV. SPA & Wellness Szakiállítási és Konferencia előadás, Budapest.

66. GELLAI I. 2004: *Az egészségturizmus szerepe – nagyságrendje Magyarország turizmusában*. kézirat, Budapest.
67. GOCHMAN DS (ed) 1997: *Handbook of Health Behavior Research*. Plenum Press, New York.
68. HAJDU O. 1997: *A szegénység mérőszámai*. KSH. Könyvtár és Dokumentációs Szolgálat, Budapest.
69. HAUG, C. V. 1991: *Gesundheitsbildung im Wandel. Die Tradition der europäischen Gesundheitsbildung und der „Health Promotion“*. Bad Heilbrunn.
70. HEGEDÜS V. 2006: *Az egészségturizmus keresletének és fogalmi rendszerének változásai Magyarországon*. Földrajzi Értesítő 2006.IV. évf.3-4. füzet, pp.355-373.
71. HEGEDÜS V. 2007: *Szemelvények a fürdőkéltúra nemzetközi és hazai történetéből*. 5. Grastyán Konferencia, Országos Interdiszciplináris Konferencia Pécs, előadás, 2007. április 18–20.
72. HEGEDÜS V. – LACZKÓ T. 2008: *A Dél-dunántúli régió felnőtt lakosságának wellness fogyasztási szokásai*. Turizmus Bulletin 2008/2. pp. 14-24.
73. HEINEMANN, K. 1974: *Socialization und Sport*. Sportwissenschaft 1974/1 pp. 49-71.
74. HELANKO, R. 1976: *Sports and Socialization*. Acta Sociologica 2. (4)
75. HERMES, K. 2005: *Medical Wellness. Wellnesskonzepte aus den USA in Deutschland*. in: Ökotrophologische Forschungsberichte, Band 7., Verlag Dr. Rüdiger Martineß, Schwarzenbeck.
76. HETTLER, B. 1998: *The Past of Wellness*. www.hettler.com/History/hettler.htm.
77. HORNER, S. – SWARBROOKE, J. 1999: *Consumer behaviour in tourism*. Butterworth-Heinemann, Oxford; UK. 453 p.
78. HORX, M. 2001: *Was ist wellness? Anatomie und Zukunftsperspektive das Wohlfühlrends*. Zukunft Institut Frankfurt 2001
79. HORX, M. 2005: *Der Selfness Trend - Was kommt nach Wellness?* Zukunftsinstitut GmbH, Kelkheim, pp: 1-86.
80. HUNGAROSTUDY EGÉSZSÉG PANEL 2005: *Gyorsjelentés a Hungarostudy Egészség Panel (HEP) 2005-ös vizsgálatáról* Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest, <http://www.magtud.sote.hu/hungarostudy-egeszseg-panel-gyorsjelentés.htm>
81. ILLING, K. (2002): *Medical Wellness und Selbstzahler. Zur Erschliessung neuer Märkte für Rehabilitations-, Kurkliniken und Sanatorien*. TDC Verlag, Berlin.
82. ISPA 2006: *Spa-goer Study; U.S. and Canadian Consumer Attitudes and Spa Use*. (September 2006) <http://www.ispa.com>
83. JÓZAN P. 1986: *A budapesti halandósági különbségek ökológiai vizsgálata 1980-1983*. Demográfia 1986/2-3. pp. 193-342
84. JÓZAN P. 2002a: *Az ipari országok halandóságának néhány jellegzetessége az 1990-es években*. in: Glatz F. (szerk.): *Élethelyzet – életminőség, zsákutcák és kiutak*. Magyarország az ezredfordulón. Magyar Tudományos Akadémia Stratégiai Kutatások, Budapest, pp. 209-242
85. JÓZAN P. 2002b: *A dohányzás hatása a halandóságra Magyarországon 1970-1999*. Nemzeti Népesedési Program. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
86. JÓZAN P. 2003: *Az alkohol hatása a halandóságra Magyarországon 1970-1999*. Nemzeti Népesedési Program. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
87. JÓZAN P. 2000: *A századvég népesedési viszonyai Magyarországon*. in: Spéder Zs. - Tóth Pál P. (szerk.): *Emberi viszonyok*. Cseh-Szombathy László tiszteletére. Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság–Századvég Kiadó, Budapest, pp. 335–361.
88. KANLIAN, S. 2000: *The Spa Market in South East Asia*; <http://www.spas.about.com>
89. KATOR M. 2007: *Wellness – az egészség élménye!* I. Wellness Konferencia, előadás, Pécs, 2007. ápr. 14.

90. KICKBUSCH, I. 2003: *Die Gesundheitsgesellschaft zwischen Markt und Staat*. 2003. 06. 24., Berlin
http://www.wellnessverband.de/infodienste/beitraege/040418_gesundheitsgesellschaft.php
91. KINCSES GY. 1994: *Az állam felelősségének megnyilvánulása a népegészségügyben*. Népegészségügy 75. pp: 22-24
92. KINCSES GY. 2009: *A gyógy-turizmus fejlesztési lehetőségei és kényszerei*. Tájékoztató a Nemzeti Turisztikai Bizottság részére, ÖM, Budapest, p. 9.
93. KISS J. – SÁNDOR J. – NAGYMAJTÉNYI L. – EMBER I. (2003): *A daganatos halálozások regionális és megyei megoszlása Magyarországon*. in: Ádány R. (szerk.): *A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, pp. 121-128.
94. KISS K. - TÖRÖK P. 2001: *Az egészségturizmus nemzetközi keresleti és kínálati trendjei*. in: *Turizmus Bulletin* (2001/3)
95. KLINGER A. 2001: *Halandósági különbségek Magyarországon iskolai végzettség szerint*. *Demográfia*, 2001/3-4. pp. 227-258.
96. KLINGER A. 2003: *A kistérségek halandósági különbségei*. *Demográfia*, 2003/1. pp. 9-42.
97. KOCZISZKY GY. 2004: *Egészségügyi klaszter(ek) kialakításának lehetőségei az Észak-Magyarországi Régióban*. *Észak-magyarországi Stratégiai Füzetek*, 1/2 pp. 3-32.
98. KOPP M. – KOVÁCS M (szerk.) 2006: *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
99. KOPP M. - SKRABSKI Á 2007: *A magyar népesség életkilátásai*. *Magyar Tudomány* 3. 2007/09 pp. 11-49.
100. KOPP M. - SZÉKELY A. - SKRABSKI Á. 2006: *Az életminőség nemi, életkor szerinti és területi jellemzői a magyar népesség körében*. in: Kopp M, Kovács M (szerk): *A Magyar népesség életminősége az ezredfordulón*, Semmelweis Kiadó, Budapest, pp. 84-105.
101. KORNAI J. 1998: *Az egészségügy reformjáról*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
102. KOVÁCS K. 2006: *A halandóság és az egészségi állapot vertikális és horizontális egyenlőtlenségei*. in: Szántó Zs. -Susánszky É. (szerk.): *Orvosi szociológia*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006. pp. 39-54.
103. KOVÁCS K. 2006: *Az egészségi állapot mérése. Mortalitás és morbiditás Magyarországon*. in: Szántó Zs. - Susánszky É. (szerk.): *Orvosi szociológia*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006. pp. 29-38.
104. KOVÁCS M. 2005: *A Nemzeti turizmusfejlesztési stratégia egészségturizmusra vonatkozó fejezetei IV*. SPA & Wellness Szakiállítás és Konferencia, előadás, Budapest.
105. KÖTELES L. 2008: *Paradigmaváltás a turizmusban*. II. Országos Wellness Konferencia előadás, Pécs, 2008. március 7.
106. KÖVES P. – PÁRNICZKY G. 1981: *Általános Statisztika I*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
107. KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL 2003: *Az alkohol hatása a halandóságra Magyarországon, 1970-1999*. KSH, Budapest.
108. KPMG 2006: *A Dél-dunántúli régió Turizmus Stratégiai Fejlesztési Programja*.
109. KPMG Consulting 2002: *Az egészségturizmus marketingkonceptiója*. in: *Turizmus Bulletin* 2002/2. szám pp. 3-24.
110. LACZKÓ T. 2006: *A felnőtt lakosság testedzési szokásai és annak egészségpszociológiai összefüggései*. in: *A sport és tudomány napja*. PTE TTK, Pécs, 2006. pp. 61 – 70.
111. LACZKÓ T. - RÉBÉK N. Á. 2008: *A wellness régióspecifikus jellemzői*. PTE-ETK, Pécs.

112. LAKI LÁSZLÓ – NYERGES MIHÁLY 2001: *Sportolási szokások az ezredfordulón a fiatalok körében*. Kalokagathia 2001 1-2. sz.
113. LAMPEK K. 2002: *A lakosság egészségi állapota és egészségmagatartása a KSH 1999/2000. évi Időmérleg-életmód kutatás alapján*. (Kézirat), Pécs.
114. LAMPEK K. 2007. *Az egészségi állapot és az egészségmagatartás jellemzői a magyar lakosság körében*. in: Laczkó T. (Szerk): *Wellness alapismeretek I.*, PTE ETK, Pécs, pp. 38 - 52.
115. LENGYEL I. – RECHNITZER J. (2004): *Regionális Gazdaságtan*. Dialóg Campus Kiadó, Budapest.
116. LENGYEL I. 2005. *A regionális versenyképesség értelmezése és piramismodellje*. Területi Statisztika 2005/9. évfolyam (46.) 2. szám pp. 131–147.
117. LENGYEL M. 2004. *A turizmus általános elmélete*. KIT Képzőművészeti Kiadó és Nyomda Kft, Budapest, 252. p.
118. LENGYEL ZS. 1997: *Szociálpszichológia*. Osiris, Budapest.
119. LOSONCZI Á. 1989: *Ártó-védő társadalom*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
120. MAG CONSULTING 2000: *Yearbook 2000 of Tourism Accomodation and Catering of the Czech Republic and the Slovak Republic*.
121. MAGYAR TURIZMUS ZRT. 2004: *Összefoglaló a Magyar Turizmus ZRt. 2003 őszén indított nemzetközi és belföldi egészségturisztikai kampányáról*.
122. MAKARA P. 1995: *Társadalmi egyenlőtlenségek az egészségi állapotban*. Medicus Universalis 28. 14–16.
123. MARTOS É. 2007: *Wellness, fitness, táplálkozás*. I. Wellness Konferencia, előadás, Pécs, 2007. ápr. 14.
124. MÁNYAI R. 2006.: *Egészségturizmus lehetőségei az UMFT-ben*. V. Spa & Wellness Egészségturisztikai Szakkiállítás és Konferencia, előadás, Budapest.
125. MESTER T. 2006: *Nemzetközi trendek a szállodaiiparban - II. rész*. in: *Turizmus Bulletin* 2006/2 pp. 42-54.
126. MIDANIK, L. T. – KLATSKY, A. L. – ARMSTRONG, M. A. 1990: *Changes in Drinking Behavior: Demographic, Psychosocial, and Biomedical Factors*. *International Journal of the Addictions* 25 pp. 599–619.
127. MILLER, J. W. 2005: *The History and Development of a Concept Spektrum Freizeit*. *Spektrum Freizeit*, 1/2005, pp. 84-106.
http://www.fhjoanneum.at/aw/home/Studienangebot/Gesundheit_und_Soziales/gmt/Forschung_Entwicklung/publikationen/~bbye/Wellness/?lan=de
128. MINTEL INTERNATIONAL GROUP LTD. 2004: *Health and Wellness Tourism - Global*. New York, <http://www.marketresearch.com>.
129. MUELLER, H. - KAUFMANN, E. L. 1998: *Wellness-Tourismus in der Schweiz. Qualitätsentwicklung zwischen Tourismusökonomie und Gesundheitspolitik*. in: Nahrstedt, Wolfgang (Hrsg.) (2001): *Freizeit und Wellness*. Bielefeld., pp. 78-98.
130. MUELLER, H – KAUFMANN E. L. 2001: *Wellness Tourism: Market Analysis of a Special Tourism Segment and Implications for the Hotel Industry*. *Journal of Vacation Marketing* 7(1) pp. 5-17.
131. MUNDRUCZÓ GY. 2005: *A Széchenyi Terv egészségturisztikai beruházásainak gazdasági hatásai*. in: *Turizmus Bulletin* (2005/3) pp. 30-41.
132. NAHRSTEDT, W. (Hrsg.) 2001: *Freizeit und Wellness. Gesundheitstourismus*. in: *Europa. Die neue Herausforderung für Kurotrte, Tourismus und Gesundheitssysteme*, Bielefeld.
133. NAHRSTEDT W. 2005: *Von Yoga zu Wellness – Von Wellness zu Yoga. Gesundheitstourismus als sanfter Weg der Globalisierung*. Beitrag zum 8. Yoga Vidya Kongress, Bad Meinberg, 18. - 20. November 2005.

134. NEMES N. J. 2005: *Regionális elemzési módszere*. Regionális Tudományi Tanulmányok 11, MTA- ELTE Regionális Tudományi Kutatócsoport kiadványsorozata, Budapest.
135. NEMZETI SPORTSTRATÉGIA 2005: *Háttéranyag a sport XXI Nemzeti Sportstratégiához*. GYISM, Budapest.
136. NEFIODOW, L. A. 1996: *Der sechste Kondratieff*. Rhein-Sieg-Verlag, Bonn, 258 p.
137. OROSZ, É 2001: *Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái*. Egészséges Magyarorszáért Egyesület, Budapest.
138. ORSZÁGOS LAKOSSÁGI EGÉSZSÉGFELMÉRÉS 2003: *Gyorsjelentés...a döntéshozóknak*. Országos Epidemiológiai Központ
http://www.oszmk.hu/dokumentum/OLEF_2003/KIADVANY_Gyorsjelent%C3%A9s_OLEF2003.pdf
139. ÖNKORMÁNYZATI ÉS TERÜLETFEJLESZTÉSI MINISZTERIUM 2007: *Új Magyarország Felzárkóztatási Program*.
<http://www.bm.hu/web/portal.nsf/aktualis/C58A48D0F3201838C125739800411B09>
140. PÁL V. 1999: *Régiók egészségügyi helyzetének komplex elemzése*. (Egészségügyi folyamatok regionális léptékben) A táj és az ember – geográfus szemmel. Geográfus Doktoranduszok Negyedik Országos Konferenciája, Szeged, 1999. október 22. CD-ROM kiadvány
141. PASCARELLA, S. 2008: *Enjoy rugged relaxation at adventure spas*.
http://www.usatoday.com/travel/deals/inside/2005-10-12-column_x.htm
142. PATZER G. L. 1985: *The Physical Attractiveness Phenomena*. Plenum, New York.
143. PIKÓ B. 1998: *Egyenlőtlenségek az egészségi állapotban*. Századvég, 1998. 11. 94–108.
144. PILZER P. Z. 2007: *The New Wellness Revolution*. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey, 304 p.
145. PROCHASKA, J.O. AND DICLEMENTE, C. 1984: *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Foundations of Change*. Harnewood, Il, Don Jones/ Irwin.
146. PUCZKÓ L. 2007: *A címkétől a tartalomig*. Gyógy- és termálturizmus a Dél-Dunántúlon című konferencia előadás, Pécs 2007. november 27.
147. RÁTZ T. 2004. *Zennis és Lomi Lomi, avagy új trendek az egészségturizmusban*. In: (Aubert A.-Csapó J. szerk). *Egészségturizmus*. Bornus nyomda, Pécs, pp. 46-65.
148. RÉTSÁGI E. – TÓTH Á. – TIGYI H. – SZOVÁK E. 2007: *Egészségfejlesztő, rekreációs tréningek hatásvizsgálatának lehetősége a „wellness profil” mérése alapján*. I. Wellness Konferencia előadás, Pécs, 2007. ápr. 14.
149. ROGERS, R. G. – POWELL-GRINER, E. 1991: *„Life Expectancies of Cigarette Smokers and Nonsmokers in the United States.”* Social Science and Medicine 32/11 pp. 51–59.
150. RUBOVSKY A. 2008: *Medical Wellness*. II. Országos Wellness Konferencia előadás, Pécs, 2008. március 7.
151. RUSZINKÓ Á. 2005: *Világtrendek a wellnessben IV*. SPA & Wellness Szakiállítás és Konferencia előadás, Budapest.
152. RUSZINKÓ Á. 2007: *Termál- egészségipar, az NFT-2 zászlóshajó programja*. I. Wellness Konferencia előadás, Pécs, 2007. ápr. 14.
153. SANDVIK, L. – ERIKSSON, J. – THAULOW, E. – ERIKSSON, G. – MUNDAL, R. – RODAHL, K. 1993: *Physical Fitness as a Predictor of Mortality among Healthy, Middle-Aged Norwegian Men*. New England Journal of Medicine 328/5 pp. 33–37.
154. SCHOLZ J. 2003: *Der Gesundheitstourismus in Europa – 50plus und weitere Trends*. *Unternehmensplanung und marktforschung*. Előadás, Bielfeld.
155. SEIDELL J.C. 1995: *The impact of obesity on health status: some implications for health care costs*. Int. J. Obes. 19 Suppl:13– 16. 73.
156. SIMONYI N. 2006: *A magyarországi MICE-piac jellemzői 2006 első félévében*. in: Turizmus Bulletin 2006/3 pp. 57-61.

157. STROMPF K. 2006: *A magyar egészségturizmus új lehetőségei V. Spa & Wellness Egészségturisztikai Szakkiállítás és Konferencia*, előadás, Budapest.
158. SMITH, M. 2003: *Holistic Holidays: Tourism and the Reconciliation of Body, Mind, Spirit*, Journal of Tourism Recreation Research, Vol. 28, No. 1. pp. 103-108.
159. SMITH, M. – PUCZKÓ L. 2008: *Health and Wellness Tourism*. Butterworth – Heinemann, Oxford, UK, 400 p.
160. SUSÁNSZKY É. – SZÁNTÓ ZS. – KOPP M. – SZEDMÁK S. 1997: *Veszélyeztetett aktív férfi korcsoportok egészségi állapota a rendszerváltozás időszakában*. Lege Artis Medicinae.
161. SYNNOTT A. 1993: *The Body Social: Symbolism, Self, and Society*. Routledge, London.
162. SZÁNTÓ ZS 2006: *Betegség, gyógyítás, társadalom*. In: Szántó Zs. -Susánszky É. (szerk.): Orvosi szociológia, Semmelweis Kiadó, Budapest, pp. 12-28.
163. SZÉKELYI M. – BARNA I. 2002: *Túlélőkészlet az SPSS-hez*. Typotex Kiadó, Budapest.
164. SZONDA IPSOS, 2003 *Sportolási szokások Magyarországon 2003-ban*. in: Nemzeti Sportstratégia, GYISM, Budapest.
165. SZÜCS M. 2005: *A magyarországi gyógyfürdők versenyképessége - Egy magyar és egy ausztriai létesítmény összehasonlító elemzése* in: Turizmus Bulletin (2005/3) pp. 42-48.
166. TAHIN T.–JEGES S.–LAMPEK K. 2000: *Iskolai végzettség és egészségi állapot*. Demográfia, 2000/1. 70–93.
167. TÁRKI 1998: *Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról*. Budapest.
168. TÉNYI J. – SÜMEGI GY. 1997: *Egészségfejlesztés – egészségnevelés*. POTE, Pécs.
169. THORNTON, F - BRUTSCHER H. 2001: *What is a Spa? Historical Background and Modern Influences*. Spafinder Magazine, <http://www.spafinder.com>
170. TONES, K. – ET ALL. 1990: *Health Education: Effectiveness and Efficiency*. Chapman & Hall, London.
171. TONES, K. 1987: *Devising strategies for preventing drug misuse: the role of Health Action Model*. Health Education Research, 1987/2. pp. 305-317.
172. TRAVIS, J. 1977: *Wellness Workbook for Health Professionals*. Wellness Publications, Mill Valley.
173. TRAVIS, J.W./RYAN, R.S. 2004: *Wellness Workbook*, 3. kiadás, Berkeley.
174. UZZOLI A. 2003: *A magyar népesség egészségi állapota az európai országok körében*. Földrajzi Közlemények 2003/1-4. pp. 131-156.
175. UZZOLI A. 2004: *Az egészségi állapot társadalmi-területi különbségei Magyarországon*. Ph.D. értekezés. Kézirat. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Regionális Földrajzi Tanszék, Budapest.
176. VAJDA R.–VADAS V. 1990. *Magyarország gyógyidegenforgalma*. ALFAPRINT Nyomdaipari Kiszövetkezet, Budapest, 167p.
177. VITRAI J. MIHALICZA P. 2006: *Egészségi állapot*. in: Kolosi T, Tóth I Gy, Vukovich Gy (szerk.): Társadalmi Riport 2006. TÁRKI, Budapest.
178. VITRAI J.2007: *Hogyan ítéli meg a magyar lakosság az egészségügyi ellátás körülményeit? A Cseh Köztársaság, Horvátország, Magyarország, Szlovákia, Szlovénia egészségügyi rendszerének nem-orvosi teljesítményéről*. Az Egészségügyi Világszervezet számára készített jelentés döntéshozói összefoglalója. TÁRKI, Budapest.
179. WARE, J. E. 1986: „*The Assessment of Health Status*.” in: Applications of Social Science to Clinical Medicine and Health Policy. Edited by. L. H. Aiken and D. Mechanic. Rutgers University Press. New Brunswik, New Jersey, pp. 204–208.
180. WORLD HEALTH ORGANISATION 2002: *The World Health Report* <http://www.who.int/whr/2002/en/>

181. ZOPCSÁK L. 2007. *Worksite wellness*. I. Wellness Konferencia előadás, Pécs, 2007. ápr. 14.
182. ZSIGMOD E. – KOZMA L. – LACZKÓ T. 2007: *Die Untersuchung der Terminologie von Wellness*. in: Current Trends in Terminology, International Conference on Terminology. Szerk.: Fóris Á., Pusztay J. Szombathely, BDF, 2007. megjelenés alatt
183. ZSIGMOND E. 2007: *A wellness koncepció története*. in: Laczkó T. (Szerk): Wellness alapismeretek I., PTE ETK, Pécs, pp. 3 - 21.
184. ZSIGMOND E. 2008: *A "wellness boom" társadalmi háttéré*. II. Országos Wellness Konferencia előadás, Pécs, 2008. március 7.

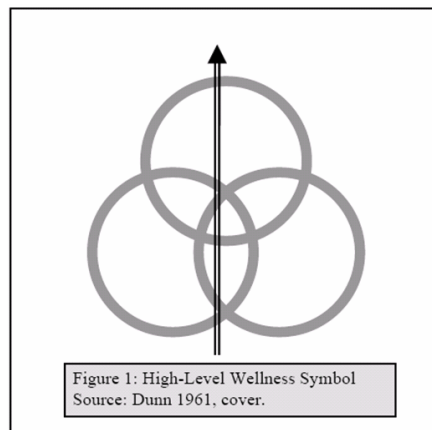
Források

1. A Dél-Dunántúli Gyógy- és Termálturisztikai Klaszter Alapító Okirata, 2005.
2. A Dél-Dunántúli Turisztikai Régió turizmusfejlesztési stratégiája 2006.
3. A gazdasági és közlekedési miniszter 54/2003. (VIII.29.) GKM rendelete
4. A Pannon Termál Klaszter uniós szövetsége. 2Heti turizmus. VII. évfolyam 1–2.szám. 2004. pp. 18.
5. ABA 2003: Wellness - der Boom mit dem Wohlgefühl, ABA, Wien
<http://www.aba.gv.at/de/pages/431C5-0AF76.html> - 16k
6. Australian Spa Association (AUSPA) 2007: <http://www.auspa.com.au/index.cfm>
7. Europe Health 2006 <http://www.rdtrustedbrands.com/health/> - 9k -
8. Hungarostudy Egészség Panel 2005 <http://www.magtud.sote.hu/hungarostudyegeszseg-panel-gyorsjelentes.htm> - 149k -
9. Hungarostudy 2002 <http://www.behsci.sote.hu/hungarostudy2002/> - 6k -
10. ISPA 2006 Spa Industry Update <http://www.experienceispa.com>
11. ISPA 2005: Top Ten Spa Trends
<http://spas.about.com/od/spareviews/a/topspatrends.htm> - 24k -
12. ISPA 2007: Top Spa Trends of 2007
<http://spas.about.com/od/stressmanagement/a/trends2007.htm> - 23k
13. Kellogg J. H. Battle Creek Michigan (1996): Retrieved August 2, 2004 from the Website of the Historical Society of Battle Creek, <http://www.geocities.com/Athens/Oracle/9840/kellogg.html>
14. KSH 1990-2004: Idegenforgalmi statisztikai évkönyv
15. KSH 2002: Turizmus Idegenforgalom a Magyar Turisztikai Régiókban, Dél-Dunántúl: KSH Baranya, Somogy és Tolna Megye Igazgatóságai
16. KSH 2005: Turisztikai statisztikai évkönyv
17. KSH 2007: Területi statisztikai adattár
18. KSH 2008: Turisztikai statisztikai adattár
19. Magyar Turizmus ZRt. 2006: Gyógy + Wellness Hotelek
http://www.itthon.hu/images/mtrt/tartalom/gyogy_szallok_2006/hu/index.html
20. New Zealand Tourism 2008: <http://www.tourismnewzealand.com/>
21. Országos Lakossági Egészségfelmérés 2000 <http://www.oek.hu/oek.web?nid=204&pid=1> - 21k -
22. Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003
<http://www.oek.hu/oek.web?to=8,722,711,979&nid=393&pid=1&lang=hun> - 18k-
23. Statistical Yearbook of the Republic of Slovenia 2006
http://www.stat.si/letopis/index_letopis_en.asp
24. Statistik Austria 2006: <http://www.statistik.at>
25. Wildfitness 2008: <http://www.wahanda.com/place/wildfitness>
26. <http://www.digitalcity.hu/digitalcity/entity/entityNews.jsp?dom=AAAABIOO&egd>

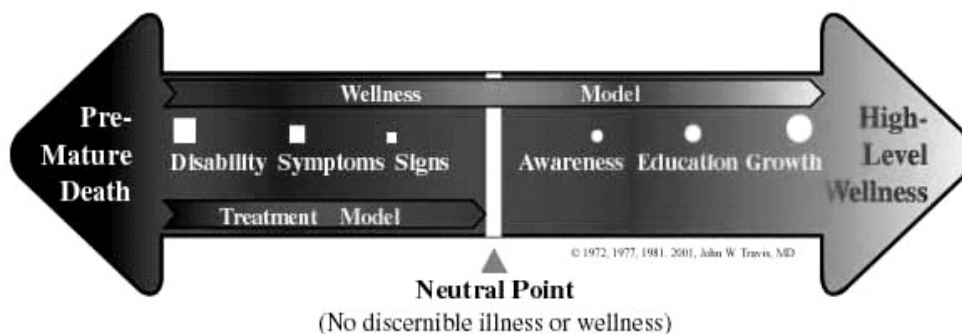
27. [http:// www.epa.oszk.hu/00800/00890/00002/data/17.pdf](http://www.epa.oszk.hu/00800/00890/00002/data/17.pdf)
28. <http://www.hungarytourism.hu>
29. http://www.hungary.com/servlet/page?_pageid=8297,7380&_dad=portal30&schema=PORTAL30&p_menuitem=5416284323#01
30. <http://www.itthon.hu> Turizmus Magyarországon 2005
31. http://www.nfh.gov.hu/doc/ktk/KTK_veg_2004.08.18.pdf, Közösségi Támogatási Keret 2004-06, Magyar Köztársaság, p.23.
32. [http:// www.nkomftp.hungary.com/palyazatok/eger_nyitva.pdf](http://www.nkomftp.hungary.com/palyazatok/eger_nyitva.pdf)
33. <http://www.oep.hu>
34. http://www.onkorkep.hu/15_04/8_15.htm
35. <http://www.produkte24.com/cy/schweiz-tourismus-524/wellness-katalog-2008-12732.html>
36. <http://www.slovenia.info/en/Wellness.htm?wellnessSLO=0&lng=2>
37. <http://www.udulesicsekk.hu>

13. Függelék

13.1. számú függelék

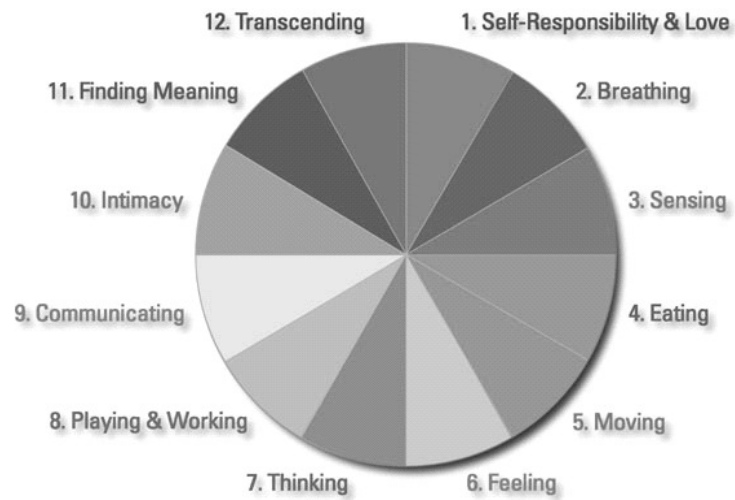


1. ábra. Dunn High Level Wellness szimbóluma
(Forrás: Miller, 2005.)

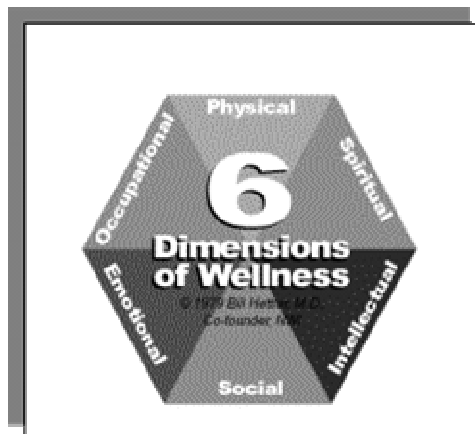


2. ábra. Travis Illness/Wellness Continuuma

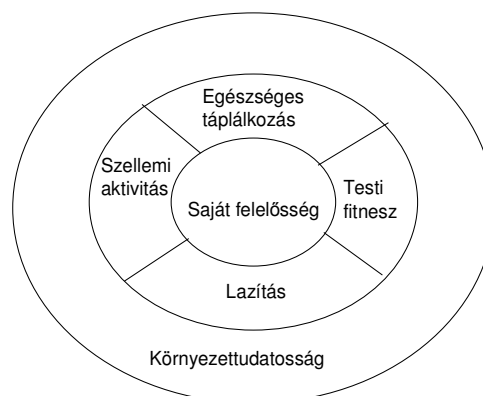
(Forrás: Travis, 2003.)



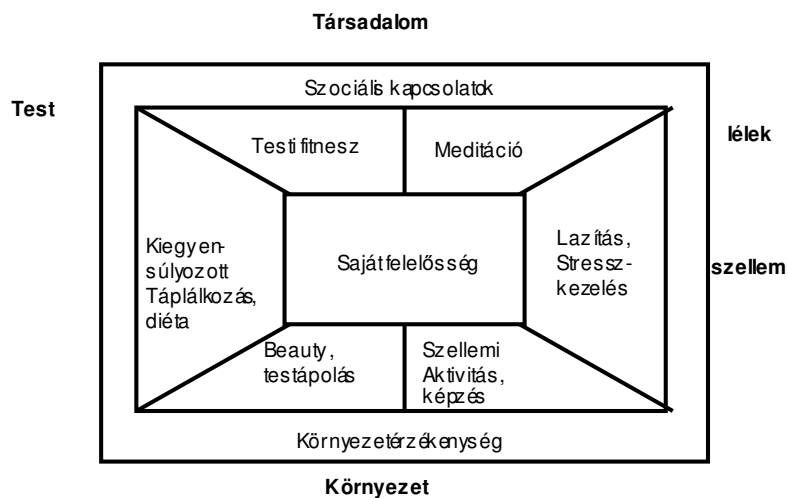
3. ábra. A wellness 12 dimenziója Travis szerint
(Forrás: Travis: Wellness Inventory, <http://www.wellpeople.com/>)



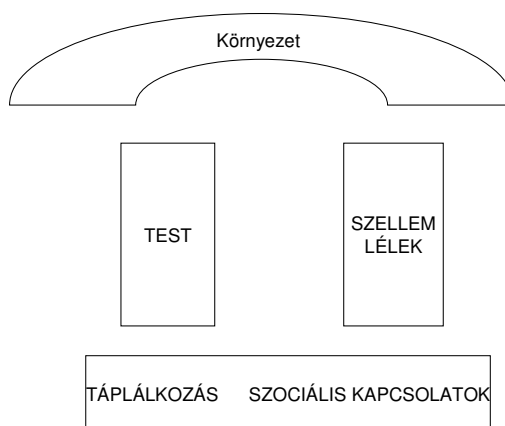
4. ábra. Hat dimenziós wellness modell
(Forrás: Hettler, http://www.nationalwellness.org/index.php?id=391&id_tier=381)



5. ábra. Müller/Lanz wellness modellje
(Forrás: Müller/Lanz 1998. Fordította: Zsigmond Edit)



6. ábra. Nahrstedt kibővített wellness modellje
(Forrás: Nahrstedt, 1999. Fordította: Zsigmond Edit)



7. ábra Illing wellness-modellje

(Forrás: Illing 2002, 34. oldal, idézi Hermes, 2005, 44. oldal. Fordította: Zsigmond Edit)

1. táblázat A szolgáltatók ismertségi sorrendje megyénként a régió lakossága körében (%-ban)

Baranya		Tolna		Somogy	
Település	Ismertség aránya	Település	Ismertség aránya	Település	Ismertség aránya
Harkány	41, 5%	Hőgyész	19, 7%	Harkány	17, 6%
Sikonda	32, 5%	Harkány	18, 7%	Siófok	9, 7%
Pécs	10, 7%	Bikal	17, 2%	Igal	6, 0%
Bikal	5, 1%	Gunaras	5, 6%	Kaposvár	5, 6%
Kaposvár	4, 2%	Igal	4, 5%	Gunaras	5, 6%
Siófok	3, 9%	Siófok	4, 0%	Pécs	3, 0%

(Forrás: saját számítás)

2. táblázat. A Dél-dunántúli régió wellness szolgáltatóinak SWOT elemzése¹⁰⁰

Wellness szállodák, gyógy- termál- és strandfürdők	Napi wellness szolgáltatók
ERŐSSÉGEK	
<ul style="list-style-type: none"> • Régiós és országos szinten egyaránt számottevő gyógy- és termálvíz, illetve egyéb gyógy-adottságok (A wellness szállodáknál az egyik legfontosabb telepítési tényező a különböző gyógytényezők jelenléte) • Kiemelkedő jelentőségű természeti vonzerők (Balaton, nemzeti parkok) és adottságok (jó környezeti állapot, kedvező éghajlati, vízrajzi és ökológiai viszonyok), amelyek kiváló lehetőséget biztosítanak az aktív wellness számára, illetve komplex szolgáltatások elemeként • Kiemelkedő kulturális és gazdasági vonzerők (a falvak megőrzött tradíciói, Pécs, a Villány-Siklói és a Szekszárdi Borút, stb.) • A régió egyes helyszínei országosan és nemzetközileg is ismertek, kialakult imázssal rendelkeznek (Balaton, Pécs, Villány, Szekszárd) • A meglévő külföldi kereslet a régió turisztikai szolgáltatásai (főként a gyógyszolgáltatások) iránt • Erősödő belföldi kereslet a wellness szolgáltatások iránt • Az utóbbi öt év fejlesztéseinek köszönhetően mennyiségi növekedés és minőségi javulás a wellness kínálatban • A munkavállalók egészségmegőrzésének ösztönzése (egészségpénztári tagok számának és az üdülési csekk forgalmának növekedése) • Az ágazati és területi összefogás fontosságának felismerése (pl. Dél-Dunántúli Gyógy-és Termálfürdők Egyesülete, Magyar Kastélyszállodák Egyesülete, együttműködés a szállodák, vagy fürdők és a település vállalkozói között, stb.) • A wellness-turizmus (az egészségturizmuson belül) fejlesztése megyei és régiós szinten egyaránt prioritást élvez • Jelentős beruházói és pályázati aktivitás a wellness orientációjú szállodák építése, illetve a fürdők felújítása területén (elsősorban a jelentős turisztikai vonzerővel rendelkező településeken és területeken, mint a Balaton, Pécs, vagy Harkány) • Erősödő marketingtevékenység 	<ul style="list-style-type: none"> • A tudatos egészségmegőrzés és betegségmegelőzés a lakosság egyre szélesebb körében való terjedése • Erősödő kereslet a wellness szolgáltatások és termékek iránt – divat a wellness • Jelentős beruházói és pályázati aktivitás • Az utóbbi évek fejlesztéseinek köszönhetően mennyiségi növekedés és minőségi javulás a wellness kínálatban (magas színvonalú, komplex szolgáltatások) • Jól képzett szakemberek • Képzett és az új trendekre nyitott piaci szakemberekből álló tulajdonosi kör • Alkalmazkodás képessége az új piaci trendekhez (nyújtott szolgáltatások körében, infrastruktúrában, stb.)
GYENGESÉGEK	
<ul style="list-style-type: none"> • Gyenge gazdasági mutatók, leszakadó, szociális és gazdasági problémákkal küzdő területek • Forrás és tőkehiány (amely általánosan jellemző a régió vállalkozásaira, ezen belül különösen a fürdőkre) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gyenge gazdasági mutatók a régióban, alacsony diszkrecionális jövedelmek • Forrás és tőkehiány (amely

¹⁰⁰ Az elemzésben össze kívánom foglalni a régió wellness kínálatának alakulását befolyásoló külső és belső tényezőket, adottságokat. Az analízis erősségek részében bemutatom azokat a tényezőket, amelyek versenyképessé teszik a régió szolgáltatóit, amely tényezőket, adottságokat továbbra is meg kell tartani, illetve erősíteni. A gyengeségek esetében felsorolásra kerültek azok a negatívumok, amelyek hatásának csökkentése, illetve megváltoztatása fontos célja és érdeke kell, legyen a régió wellness-turizmusában szerepet vállaló szervezeteknek, vállalkozásoknak. A régió wellness piacának belső viszonyait elemző erősséggel és gyengeségek esetében célszerűnek tűnt különválasztani a profiljukat és vendégkörüket tekintve egymástól jelentősen eltérő szállodákat és fürdőket a napi szolgáltatók helyzetétől. A veszélyek és lehetőségek között olyan lehetséges scenáriók elemeit vázoltam fel, amelyek a nemzetközi, hazai, regionális és helyi döntések, folyamatok megvalósulása, vagy éppen elmaradása következtében valószínűsíthetők.

<ul style="list-style-type: none"> • Kedvezőtlen földrajzi fekvés (a déli országhatáron keresztül realizálódó kapcsolat nem minden esetben hat serkentőleg a régió wellness kínálatának fejlődésére, a jelentősebb küldőterületektől pedig relatív nagy a földrajzi távolság) • Határon átnyúló együttműködés korlátozottsága • Területi koncentrátság (főként a wellness szállodák tekintetében) • A régió megközelíthetősége egyes helyszínek kivételével (Balaton-part) rossznak minősíthető (a régió nagy részén problémát jelent az autópálya hiánya, a regionális repülőterek alacsony forgalma, illetve a tömegközlekedés elégtelenségei) • Turisztikai infrastruktúra fejletlensége, kiépítetlensége (pl. tematikus utak, kerékpárutak, a települések turisztikai szolgáltatásainak, stb. hiánya) • A különböző szolgáltatók (elsősorban a fürdők) wellness termékei között jelentős színvonalbeli különbség tapasztalható • Egyedi arculat kialakításának és a szolgáltatások pozicionálásának nehézségei • Komplex szolgáltatások hiánya a fürdőkben • Kapcsolódó idegenforgalmi szolgáltatások gyenge kihasználása • A wellness szolgáltatások minősítésének megoldatlansága (fürdők és hotelek esetében egyaránt) • Pozícióvesztés az egészségturisztikai piacon a Nyugat-dunántúli régióval és Budapesttel szemben • A beruházások lassú megtérülése • Humán erőforrás hiányosságai (wellness szakképzettség, ill. nyelvtudás hiánya), elsősorban a fürdőkben • Egységes egészségturisztikai/wellness arculat hiánya, akár régiós, akár megyei szinten • Elsősorban a fürdők tekintetében kevésbé eredményes marketingtevékenység • Túlkínálat jellemző a kis- és közepes fürdők közül, amelyek között az egyedi arculat hiánya versenyhelyzetet teremt • A vállalkozói és az önkormányzati tulajdonosi kör együttműködésének nehézségei 	<p>általánosan jellemző a régió vállalkozásaira, ezen belül a wellness vállalkozások jelentős részére is)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Egyedi arculat kialakításának nehézségei • Az ágazati és területi összefogás és együttműködés alacsony szintje, vagy hiánya (akár a szolgáltatók egymással, akár a munkaadók és szolgáltatók között) • Tömegközlekedés hiányosságai • Marketing korlátozottsága • A wellness szolgáltatások minősítésének megoldatlansága • A beruházások lassú megtérülése
--	--

LEHETŐSÉGEK
<ul style="list-style-type: none"> • A régió gazdasági pozíciója erősödik (az életszínvonal és a diszkracionális jövedelmek növekedése) • Az egészségtudatosság további erősödése • Prevenációs tevékenységként a wellness egyre jelentősebb egészségbiztosítási támogatottsága (hazai és Európai Unió egészségbiztosítók finanszírozása) • A munkavállalók egészségmegőrzésének egyre fokozódó támogatása (az egészségpénztárak és az üdülési csekk-rendszer térnyerése) • A természeti és kulturális adottságok hatékony kihasználása (pl. kiegészítő szolgáltatásként) • Az alap- és az idegenforgalmi infrastruktúra fejlesztése • A régió turisztikai pozíciójának javulása (Pécs2010 Európa Kulturális Fővárosa program, borutak és a Balaton idegenforgalmának növekedése) • A régió wellness-turisztikai pozíciójának javulása (Balaton-parti wellness szállodák számának növekedése, megvalósuló szállodaépítések a megyeszékhelyeken és a fürdővárosokban, meglévő szállodák wellness részleggel történő bővítése) • A wellness szolgáltatók specializálódása, egyedi arculat kialakítása • A wellness szolgáltatások szoros kapcsolata egyéb turisztikai formákkal (hivatásturizmussal, golfal, borturizmussal, sportturizmussal, stb.) • Egységes egészségturisztikai/wellness arculat megfogalmazása és promóciója (imázstermékek kialakítása) • A szomszédos országok wellness iránti keresletének erősödése a régióban (pl. Barcs, Harkány,

Szigetvár)

- Hatékonyan működő ágazati és területi együttműködések/klaszterek
- A wellness szakképzési rendszer fejlesztése (középfokú, BSc, MSc szintű oktatás)
- Projekt- és marketingszemlélet elterjedése a wellness szolgáltatók körében

VESZÉLYEK

- A régió gazdasági pozíciója gyengül (az életszínvonal és a diszkracionális jövedelmek csökkenése)
- A régió közlekedési pozíciója nem javul (autópálya-építés elhúzódnása, tömegközlekedés hiányosságai)
- A demográfiai folyamatok kedvezőtlen alakulása (népesség számának csökkenése, elvándorlás, stb.)
- A wellness világtrendjének visszaszorulása
- A wellness szolgáltatások hatékonyságába vetett hit csökkenése (a wellness minőségbiztosítási rendszerek hiánya vagy elégtelen működése miatt)
- Gyengül a régió általános turisztikai pozíciója
- Elmaradó idegenforgalmi infrastrukturális beruházások
- Pénzügyi források csökkenése (fejlesztések elmaradása, a wellness állami prioritásként való kezelésének megszűnése)
- Kieleződő versenyhelyzet a wellness-turizmus területén (további pozícióvesztés a régiók rangsorában, a környező országok kínálatának gyorsabb ütemű fejlődése)
- Sok hasonló méretű és profilú szolgáltató túlkínálata
- A természeti és társadalmi adottságok kiaknázásának elmaradása
- Átfogó wellness szaktudással rendelkező szakemberek hiánya

Forrás: saját szerkesztés

3. táblázat. A klaszterstruktúra klaszterközepontjai

	Cluster					
	Sportorientált	Orvosi professzióban bízó	Elfoglalt, hajsolt	Külső megjelenés orientált	Fatalista, rezignált	Egészség- és környezet-tudatos
környezettudatosság	,16766	,06583	-,59251	-,12522	-,32413	,92553
jó lelki állapotra törekvés	,08450	,13577	,38804	,17535	-1,03815	,19079
orvosi professzió kontra alternatív medicina	-,14142	1,10822	-,02099	-,06708	-,73872	-,13779
hajszoltság	,40859	-,79604	1,10079	-,50147	-,43102	,10170
egészséges táplálkozás orientáció	-,38580	-,62338	-,22023	,63087	-,12110	,71520
egészség mint érték	,31581	,24086	-,05347	-1,26841	,30765	,56984
környezet felelősségének hangsúlyozása	-,20925	-,08521	-,17039	,14745	-,18487	,52337
sportorientáció	1,48380	-,36021	-,54368	,28367	-,30341	-,48000
egészség iránti egyéni felelősség	,17308	,22605	-,13834	-,02957	-,33444	,13157

Forrás: saját számítás

4. táblázat. Faktoranalízis - Az összes megmagyarázott variancia

Total Variance Explained									
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,591	17,003	17,003	4,591	17,003	17,003	2,928	10,845	10,845
2	2,574	9,535	26,538	2,574	9,535	26,538	2,856	10,579	21,425
3	2,067	7,654	34,192	2,067	7,654	34,192	1,798	6,660	28,085
4	1,559	5,774	39,966	1,559	5,774	39,966	1,693	6,269	34,354
5	1,255	4,648	44,614	1,255	4,648	44,614	1,630	6,038	40,391
6	1,205	4,464	49,078	1,205	4,464	49,078	1,441	5,338	45,729
7	1,069	3,958	53,036	1,069	3,958	53,036	1,419	5,256	50,986
8	,973	3,603	56,639	,973	3,603	56,639	1,258	4,660	55,646
9	,933	3,456	60,095	,933	3,456	60,095	1,201	4,449	60,095
10	,881	3,263	63,358						
11	,836	3,098	66,456						
12	,786	2,910	69,366						
13	,748	2,771	72,138						
14	,717	2,655	74,793						
15	,692	2,563	77,356						
16	,662	2,451	79,807						
17	,658	2,438	82,245						
18	,603	2,235	84,480						
19	,584	2,164	86,644						
20	,552	2,044	88,688						
21	,526	1,946	90,634						
22	,498	1,844	92,478						
23	,483	1,788	94,266						
24	,453	1,678	95,944						
25	,437	1,617	97,562						
26	,370	1,371	98,932						
27	,288	1,068	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Forrás: saját szerkesztés

5. táblázat. Az egészségmagatartási index értékei közötti különbségek mértéke a wellness igénybevétele alapján (Anova tábla)

(I)	(J)	Az átlagok különbsége (I-J)	Szórás	Szignifikancia	95%-os Konfidencia intervallum	
					Alsó határ	Felső határ
Szolgáltatásokat igénybevevők	Igénybevételt tervezők	0,054*	0,016	0,001	0,022	0,086
	Wellness iránt nem érdeklődők	0,103*	0,013	0,000	0,077	0,130

Forrás: saját szerkesztés

Megjegyzés: * az átlagok különbségei 0,05 érték mellett szignifikánsak

6. táblázat. Az aggregált egészségmagatartási index értékei közötti különbségek mértéke a wellness –hez kapcsolódó attitűdsoportok alapján (Anova tábla)

(I)	(J)	Az átlagok különbsége (I-J)	Szórás	Szignifikancia	95%-os konfidencia intervallum	
					Alsó határ	Felső határ
Sportorientált	Orvosi professzióban bízó	,110*	,022	,000	,066	,155
	Elfoglalt, hajszolt ember	,144*	,022	,000	,101	,187
	Külső megjelenés orientált	,115*	,022	,000	,071	,159
	Fatalista, rezignált	,132*	,022	,000	,088	,177
	egészség és környezettudatos	,007	,022	,733	-,037	,052
Egészség és környezettudatos	sportorientált	-,007	,022	,733	-,052	,037
	Orvosi professzióban bízó	,102*	,022	,000	,058	,147
	Elfoglalt, hajszolt ember	,136*	,021	,000	,093	,179
	Külső megjelenés orientált	,107*	,022	,000	,064	,151
	Fatalista, rezignált	,124*	,022	,000	,080	,169

Forrás: saját szerkesztés

7. táblázat. Az egészségi állapot összefüggései az egészségmagatartási tényezőkkel

Modell	Nem standardizált koefficiens		Standardizált koefficiens	t	Szignifikancia
	B	Standard hiba	Beta		
Konstans	1,105	,183		6,033	,000
tudatos egészségmegőrzés	,001	,061	,003	,016	,987
mértékletes alkoholfogyasztás és absztinencia	,036	,017	,073	2,119	,034
rendszeres sportolás	,099	,018	,195	5,505	,000
egészségi állapot preventív ellenőrztetése	,260	,058	,158	4,490	,000
dohányzás mellőzése	,080	,031	,092	2,577	,010
normál testtömeg	,031	,006	,184	5,379	,000

A független változó: az egészségi állapot szubjektív megítélése

Forrás: saját szerkesztés

13.2. számú függelék – kérdőív I.

1. rész - Utazási szokások

1.1. Hány alkalommal utazott az elmúlt évben *külföldre* üdülési, kikapcsolódási, pihenési, stb. céllal?

..... alkalommal.

0 - Nem utazott. \longrightarrow *Folytassa az 1.2. kérdéssel*

1.1.1. Átlagosan mennyi ideig tartottak ez(ek) az utazás(ok)? Több válasz is lehetséges.

1.1.1.1. két hétnél hosszabb ideig

1.1.1.2. egy és két hét között

1.1.1.3. 4-6 napig

1.1.1.4. 2-3 napig

1.1.1.5. 1 napig

1.2. Hány alkalommal utazott az elmúlt évben *Magyarországon* üdülési, kikapcsolódási, pihenési, stb. céllal?

..... alkalommal.

0 - Nem utazott. \longrightarrow *Folytassa a 1.2.2. kérdéssel*

1.2.1. Átlagosan mennyi ideig tartottak ez(ek) az utazás(ok)? Több válasz is lehetséges.

\longrightarrow *Folytassa az 1.3. kérdéssel!*

1.2.1.1. két hétnél hosszabb ideig

1.2.1.2. egy és két hét között

1.2.1.3. 4-6 napig

1.2.1.4. 2-3 napig

1.2.1.5. 1 napig

1.2.2. Miért nem utazott üdülési, kikapcsolódási, pihenési céllal az elmúlt évben?

1.3. Jellemzően mivel, milyen tevékenységekkel szokta tölteni az idejét utazásai, üdülései alatt?

4 - Mindig

3 - Általában

2 - Néha

1 - Soha

X - Nem válaszolt

1.3.1. strandolás, napozás, vízisportok

4 - 3 - 2 - 1 X

1.3.2. baráti-/rokonlátogatás

4 - 3 - 2 - 1 X

1.3.3. termálfürdő, élményfürdő

4 - 3 - 2 - 1 X

1.3.4. pezsgőfürdő, szauna, szolárium, masszázs, szépségápolás

4 - 3 - 2 - 1 X

1.3.5. helyi éttermek kipróbálása

4 - 3 - 2 - 1 X

1.3.6. borturizmus

4 - 3 - 2 - 1 X

1.3.7. szórakozás, éjszakai élet

4 - 3 - 2 - 1 X

1.3.8. természetjárás, túrázás, kerékpártúrák

4 - 3 - 2 - 1 X

1.3.9. múzeumok, színházak, koncertek, kulturális fesztiválok látogatása

4 - 3 - 2 - 1 X

1.3.10. vásárlás

4 - 3 - 2 - 1 X

1.3.11. városnézés

4 - 3 - 2 - 1 X

1.3.12. gyógyszolgáltatások igénybevétele

4 - 3 - 2 - 1 X

1.3.13. munkával

4 - 3 - 2 - 1 X

1.3.14. Van-e egyéb, a fenti listában nem szereplő tevékenység, amivel jellemzően tölti idejét utazásai, üdülései alatt? (nincs = 0)

1.4. Hogyan szokta megszervezni az utazásait, amikor 2 napnál hosszabb időre utazik üdülési, kikapcsolódási, pihenési, stb. céllal, akár belföldön, akár külföldön?

1. Mindig saját maga, esetleg családja vagy baráti köre szervezi meg az üdüléseit.

2. Többnyire saját szervezésű üdüléseken vesz részt, de utazott már utazási irodával is.

3. Többnyire utazási iroda által szervezett üdüléseken vesz részt.

4. Mindig utazási iroda szervezésében megy üdülni. \longrightarrow *Folytassa az 1.5. kérdéssel*

5. Többnyire munkahely által szervezett utazáson vesz részt (pl. beutalóval). → **Folytassa az 1.5. kérdéssel**
6. Nem szokott 2 napnál hosszabb időre elutazni. → **Folytassa az 1.5. kérdéssel**
7. Nem válaszolt. → **Folytassa az 1.5. kérdéssel**

1.4.1. Ha saját maga szervezi az utazásait, hogyan bonyolítja ezt? Több válasz is lehetséges. (Kódolás: igen=1, nem=0)

1.4.1.1. Interneten keresztül	
1.4.1.2. Telefonon/Faxon	
1.4.1.3. Személyes megkereséssel	
1.4.1.4. Egyéb, éspedig:	

1.5. Igaz-e Önre az alábbi állítás: Utazásaim céljai között általában szerepel, hogy tegyek az egészségem megőrzéséért.

1 – igaz

0 – nem igaz

2. rész: Egészség

2.1. Általában hogyan jellemezné jelenlegi egészségi állapotát?

1. kitűnő 2. jó 3. megfelelő 4. rossz

2.1.1. Véleménye szerint az Önnel hasonló korú emberekhez képest milyen az egészségi állapota?

1. sokkal jobb 2. jobb 3. kb. ugyanolyan 4. rosszabb 5. sokkal rosszabb

2.2. Hány órát szokott aludni egy átlagos napon?órát

2.2.1. Ez az alvásmennyiség kevés, elegendő, vagy sok az Ön számára?

1. kevés 2. elegendő 3. sok

2.3. Hogyan jellemezné étkezési szokásait? Többet eszik mint kellene, elegendőt, vagy kevesebbet?

1. többet 2. elegendőt 3. kevesebbet

2.4. Milyen magas ön? cm

2.5. Mennyi a testsúlya? kg

2.5.1. Ez a testsúly több, megfelelő, vagy kevesebb mint kellene?

1. több 2. megfelelő 3. kevesebb

2.6. Szokott-e Ön dohányozni – cigarettát, szivart, pipát szívni?

1. igen rendszeresen
2. ritkán, alkalmanként
3. régebben dohányzott, de már leszokott → **Folytassa a 2.7. kérdéssel**
4. soha nem dohányzott → **Folytassa a 2.7. kérdéssel**

2.6.1. Mennyit szív el egy átlagos napon?

1. fél dobozt vagy kevesebbet (10 szál alatt)
2. kb. egy dobozt
3. kb. másfél dobozt
4. két dobozt vagy többet
5. nem válaszolt

2.6.2. Vannak-e (voltak-e) egészségi problémái a dohányzás miatt?

- 1. igen
- 2. nem
- 3. nem válaszolt

2.6.3. Előfordult-e Önnel az elmúlt 12 hónapban, hogy néhány egymást követő napon nem gyújtott rá, mert megpróbált leszokni a dohányzásról?

- 1. igen
- 2. nem
- 3. nem válaszolt

2.7. Szokott-e Ön alkohol tartalmú italt fogyasztani?

- 1. igen
- 2. nem —————▶ *Folytassa a 2.8. kérdéssel*

2.7.1. Körülbelül milyen gyakran fogyasztott alkohol tartalmú italt az elmúlt 12 hónapban?

- 1. Minden nap, vagy majdnem minden nap.
- 2. Hetente 3-4 alkalommal.
- 3. Hetente 1-2 alkalommal.
- 4. Havonta 1-3 alkalommal.
- 5. Ritkábban mint havonta.
- 6. Nem ivott alkoholtartalmú italt az elmúlt egy évben. —————▶ *Folytassa a 2.7.3. kérdéssel*

2.7.2. Mennyit iszik egy átlagos héten?

- 2.7.2.1. csak sörből? liter/hét
- 2.7.2.2. csak borból? liter/hét
- 2.7.2.3. csak töményből, likőrből? dl/hét

2.7.3. Volt-e valaha problémája az alkoholfogyasztása miatt?

- 2.7.3.1. családjával, barátjával 1. igen 2. nem
- 2.7.3.2. egészségével 1. igen 2. nem
- 2.7.3.3. munkahelyén 1. igen 2. nem

2.8. Szokott-e szabadidejében sportolni vagy más rendszeres testmozgást végezni?

<p>1. igen</p> <p>↓</p> <p>2.8.1. Ha igen, mit, miket szokott csinálni?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>2. nem</p> <p>↓</p> <p>2.8.2. Ha nem, miért nem?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>—————▶ <i>Folytassa a 2.9. kérdéssel</i></p>
--	--

2.8.3. Milyen gyakran sportol vagy végez rendszeres testmozgást?

- 1. naponta 1 órát vagy többet
- 2. hetente többször, összesen kb. 4-7 órát
- 3. hetente többször, összesen kb. 2-3 órát
- 4. hetente egyszer 1-2 órát
- 5. havonta néhányszor
- 6. havonta egyszer
- 7. ritkábban mint havonta

23.	Szívesen sportolnék gyakrabban, de nincs rá módom.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
24.	Úgy gondolom, hogy a receptre felírt gyógyszerek mindig a leghatékonyabbak.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
25.	Vásárláskor tudatosan keresem a biotermékeket.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X

3. rész – Wellness

3.1. Hallotta már a wellness szót?

- igen
- nem → *Folytassa a 3.29. kérdéssel*

3.2. Honnan ismeri, hol hallotta a wellness szót? (Több válasz is lehetséges.)

- 3.2.1. TV-ből, rádióból
- 3.2.2. újságokból, folyóiratokból
- 3.2.3. Internetről
- 3.2.4. ismerőstől, barátoktól, rokonoktól
- 3.2.5. utazási irodák prospektusai
- 3.2.6. reklámokból
- 3.2.7. egyéb, éspedig:

3.3. Mondjon 3-5 szót, kifejezést, ami eszébe jut a wellness-ről!

_____	_____
_____	_____
_____	_____

3.4. Milyen szolgáltatásokat ismer wellness kapcsán?

3.5. Melyek Ön szerint a wellness (szolgáltatások, vagy termékek) előnyei?

3.6. Melyek Ön szerint a wellness (szolgáltatások, vagy termékek) hátrányai?

3.7. Melyik állítás fejezi ki az Ön véleményét a wellness-ről?

7 – Teljes mértékben egyetértek 1 – Egyáltalán nem értek egyet X – Nem válaszolt

1.	A wellness az átlagember számára elérhetetlen fényűzés.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
2.	Szerintem a wellness kellemes testi kényeztetést jelent egy gyógyfürdőben / wellness szállodában.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.	A wellness egy újabb, felesleges idegen kifejezés.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
4.	A wellness elsősorban a nők világa.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
5.	A wellness nagyon jó kikapcsolódási lehetőséget nyújt.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
6.	A wellness segít megőrizni a fiatalságunkat.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
7.	A wellness testileg-lelkileg feltölt.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
8.	Egyáltalán nem érdekel a wellness.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
9.	Jól ismerem a régióban elérhető wellness szolgáltatásokat.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
10.	Pontosan tudom, mit jelent a wellness.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
11.	Szerintem a wellness csak egy újabb divathóbortot jelent.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
12.	Szerintem a wellness lényege a testi-lelki egészség elérése.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X

13.	Könnyű megmagyarázni a wellness szó jelentését.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
14.	A wellness azt jelenti, hogy különleges, drága termékekkel kényeztetjük el magunkat.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
15.	Tudatosan keresem a wellness szolgáltatásokkal kapcsolatos információkat.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X

3.8. Ismer-e konkrét helyeket (helyszín/szolgáltató) a Dél-dunántúli régióban (Somogy, Tolna, Baranya), ahol wellness szolgáltatások igénybevételére van lehetőség? Kérem, sorolja fel ezeket.

0- nem ismer egyet sem → *Folytassa a 3.28. kérdéssel*

3.9. Honnan szerzett tudomást a különböző wellness szolgáltatókról, helyekről? (Több válasz is lehetséges.)

- 3.9.1. Ismerőstől, rokontól, baráttól
 3.9.2. Internetről
 3.9.3. A szolgáltatók szóróanyagaiból, leveleiből, plakátjairól
 3.9.4. Reklámból (TV, rádió, sajtó)
 3.9.5. A TV-ben és rádióban sugározott műsorokból (útifilmek, ismeretterjesztő műsorok, stb.)
 3.9.6. Utazási irodákból
 3.9.7. Orvostól
 3.9.8. Egyéb helyről, éspedig:

3.10. Vett-e igénybe az elmúlt évben olyan szolgáltatásokat (vagy termékeket), amelyeket az emberek általában a wellness-hez tartozónak tekintenek? (Pl. pezsgőfürdő, masszázs, szolárium, szauna, sporttevékenységek, szépségprogramok, stb.)?

1. igen → *Folytassa a 3.11. kérdéssel*
 2. nem, de korábban/az elmúlt években igen → *Folytassa a 3.11. kérdéssel*
 3. nem, de tervezem → *Folytassa a 3.10.1. kérdéssel*
 4. nem, és nem is tervezem → *Folytassa a 3.10.1. kérdéssel*

3.10.1. Miért nem vett, vesz Ön igénybe ilyen jellegű szolgáltatásokat?

.....

3.10.2. Igénybe venne Ön wellness szolgáltatásokat, ha:

(7 – Biztosan 1 – Biztosan nem X – Nem válaszolt)

3.15.1.	több információ állna rendelkezésre a szolgáltatásokról	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.15.2.	több és szélesebb körben elérhető információk állnának rendelkezésre a szolgáltatókról	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.15.3.	ha lenne lehetőség támogatás megszerzésére	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.15.4.	ha orvos ajánlaná	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.15.5.	ha a médiában többször ajánlanák	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.15.6.	ha olcsóbbak, megfizethetőbbek lennének	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.15.7.	ha meggyőznének arról, hogy ezek a szolgáltatások valóban az egészségem megőrzését szolgálják.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X

Folytassa a 3.28. kérdéssel!

Wellness hotel
Gyógy-, termál- és
wellness fürdő
Fitness terem
Egyéb, éspedig

3.21. Általában mely hónapokban veszi igénybe ezeket a szolgáltatásokat? (Több válasz is lehetséges.)

Jan.	Febr.	Márc.	Ápr.	Máj.	Jún.	Júl.	Aug.	Szept.	Okt.	Nov.	Dec.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

3.22. Az év melyik szakaszaiban utazott hosszabb időre (legalább 2 napra) wellness úti céllal?

Jan.	Febr.	Márc.	Ápr.	Máj.	Jún.	Júl.	Aug.	Szept.	Okt.	Nov.	Dec.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

0 - Nem utazott

3.23. Ilyenkor átlagosan hány éjszakát tölt az adott településen, szállodában, fürdőhelyen?

.....éjszakát

3.24. Általában kivel veszi igénybe a wellness szolgáltatásokat? (Több válasz is lehetséges.)

3.24.1. Egyedül

3.24.2. Partnerrel (barát/barátnő)

3.24.3. Családdal (gyerekekkel, szülőkkel)

3.21.3.b (Önnel együtt összesen fő)

3.24.4. Baráti társasággal.

3.21.4.b (Önnel együtt összesen fő)

3.24.5. Munkatársakkal

3.21.5.b (Önnel együtt összesen fő)

3.24.6. Egyéb:.....

3.21.6.b (Önnel együtt összesen fő)

3.25. Milyen mértékben befolyásolják Önt az alábbi tényezők a wellness szolgáltató vagy helyszín kiválasztásánál?

7 – Teljes mértékben

1- Egyáltalán nem

X- Nem válaszolt

3.25.1. Saját korábbi és ismerősök tapasztalatai	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.25.2. A szolgáltatások árai	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.25.3. Lakóhelytől való távolság	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.25.4. Földrajzi környezet (mennyire vonzó, egyedi?)	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.25.5. A hely hírneve	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.25.6. Megszokás	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.25.7. A szolgáltatások színvonala	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.25.8. Reklámok	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X

3.25.9. Volt-e egyéb, a fenti listában nem szereplő tényező, amely befolyásolta a wellness szolgáltató / helyszín kiválasztásában?

3.26. Kapott Ön támogatást valamilyen formában a wellness szolgáltatások igénybevételéhez (pl. üdülési csekk, vállalattól kapott bérlet, stb.).

1. igen

2. nem →

Folytassa a 3.26. kérdéssel

3.27. Kitől kapott és milyen formában?

.....

3.28. Mennyire tartja fontosnak, hogy a wellness szolgáltató...

7-Nagyon fontos

1-Egyáltalán nem fontos

X- Nem válaszolt

3.28.1.	...alkalmazottai területükön elismert szakemberek legyenek?	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.28.2.	...alkalmazottai udvariasak, segítőkészek legyenek?	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.28.3.	...alkalmazottai folyamatosan rendelkezésre álljanak?	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.28.4.	...alkalmazottai személyre szabottan foglalkozzanak Önnel?	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.28.5.	...alkalmazottai megnyerőek, jó megjelenésűek legyenek?	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.28.6.	... gyermekek számára külön programokat szervezzen?	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.28.7.	... biztosítson olyan játszótérházat a gyermekes családoknak, amely gyermekmegőrző funkciót is ellát?	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.28.8.	... programokat szervezzen gyermekes családoknak?	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.28.9.	... még a pénztár előtt, jól látható módon tájékoztasson a lehetőségekről, és azok áráiról?	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.28.10.	... helyszíne luxuskivitelű legyen?	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.28.11.	... házas ételeket kínáljon?	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.28.12.	... könnyű, reformételeket kínáljon?	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X

3.29. Gyakrabban venné Ön igénybe a wellness szolgáltatásokat, ha:

7 – Biztosan 1 – Biztosan nem X – Nem válaszolt

3.29.1.	több információ állna rendelkezésre a szolgáltatásokról	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.29.2.	több és szélesebb körben elérhető információk állnának rendelkezésre a szolgáltatókról	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.29.3.	ha lenne lehetőség támogatás megszerzésére	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.29.4.	ha orvos ajánlaná	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.29.5.	ha a médiában többször ajánlanák	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.29.6.	ha olcsóbbak, megfizethetőbbek lennének	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.29.7.	ha meggyőznének arról, hogy ezek a szolgáltatások valóban az egészségem megőrzését szolgálják.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X

3.30. Ön milyen forrásból tájékozódna szívesen a wellness szolgáltatásokról, és az ilyen szolgáltatást nyújtó helyszínekről? (Több választ is megjelölhet.)

- 3.30.1. Ismerőstől, rokontól, baráttól
- 3.30.2. Internetről
- 3.30.3. A szolgáltatók szóróanyagaiból, leveleiből, plakátjairól
- 3.30.4. Reklámból (TV, rádió, sajtó)
- 3.30.5. A TV-ben és rádióban sugározott műsorokból (útifilmek, ismeretterjesztő műsorok)
- 3.30.6. Utazási irodákból
- 3.30.7. Orvostól
- 3.30.8. Egyéb helyről:

3.31. Milyen tevékenységeket végez wellness célú utazásai során a wellness szolgáltatások igénybevétele mellett?

.....

3.32. Egy magyarországi, vidéki, négycsillagos kastélyszálló ajánlata a következő:

3 napos program 2 főre (szállás 2 éjszakára; félpanziós ellátás; 2 féle masszázs választás szerint mindkét fő részére; medencék, pezsgőfürdő, gőzfürdő, fitness terem, szauna, szolárium használata)

3.32.1.	Mit gondol, mennyi az ára egy ilyen programcsomagnak? (ezer Ft)	<u> </u> Ft
3.32.2.	Ön milyen összeget tartana reálisnak egy ilyen programcsomagért? (ezer Ft)	<u> </u> Ft-ot
3.32.3.	Ön mennyit fizetne egy ilyen szolgáltatásokat tartalmazó programcsomagért? (ezer Ft)	<u> </u> Ft-ot

4. rész: Attitűd-kérdések

4.1. A következőkben egészséggel kapcsolatos állításokat fog hallani. Milyen mértékben ért egyet az állításokkal / illenek Önre az állítások?

7 – Teljes mértékben egyetértek 1 – Egyáltalán nem értek egyet X – Nem tudok válaszolni

1.	Komolyan veszem az egészségmegőrzéssel kapcsolatos tanácsokat, amelyeket az Interneten vagy újságokban olvasok, TV-ben látok.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
2.	Az egészség a legfontosabb dolog az életemben.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.	Mindenki megtanulhatja, hogyan őrizheti meg egészségét.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
4.	Teljes mértékben megbízom az orvosokban.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
5.	Tartós fogyást elérni csak testmozgással együtt lehet.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
6.	A fiatalos, szép külsejű emberek sok esetben előnyösebb helyzetben vannak a munkaerőpiacon.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
7.	Ha az ember beteg lesz, az főként saját hibájának köszönhető.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
8.	Nem hiszek a természetes gyógymódokban.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
9.	A magyar lakosság rossz egészségi állapota elsősorban az egészségügyi rendszer működésének köszönhető.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
10.	Csak a jobb anyagi helyzetben lévők tehetik meg, hogy áldozzanak egészségükre.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X

4.2. Milyen mértékben ért egyet az alábbi állításokkal?

7 – Teljes mértékben egyetértek 1 – Egyáltalán nem értek egyet X – Nem tudok válaszolni

1.	Egyetértek az „élj a mának” szemlélettel.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
2.	Szívesen hozok a jelenben áldozatokat azért, hogy a jövőben jobban éljek.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
3.	Akkor is jár nekem egy kis luxus, ha nehezen fizetem meg.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
4.	Jobb, ha az ember vállalja a korát, és nem akar fiatalabbnak látszani.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
5.	Egyetértek azokkal, akik plasztikai műtétnek vetik alá magukat, mert széppé, formásabbá akarnak válni.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
6.	Fontos számomra, hogy szabadidőmet szép, természetes környezetben töltssem, még akkor is, ha ez több pénzbe kerül.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
7.	Nem sajnálom a pénzt, ha a külső megjelenésemről van szó.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
8.	Akár kevesebb pénzért is vállalnék munkát, ha az nyugalmasabb lenne.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
9.	Az élet élvezéséhez néha szükség van extrém (különleges) dolgokra.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
10.	Magyarországon a környezettudatos gondolkodás a gyakorlatban nem alkalmazható.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
11.	Szívesen vásárolok árengedményt nyújtó akciók keretében.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
12.	Az illatok, pl. füstölők és illóolajok nagyon jól használhatók a lelki állapot javítására.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
13.	Igénylem az igényeimhez igazított szolgáltatásokat.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
14.	Szeretem kényeztetni magam.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
15.	Szívesen vásárolok újdonságokat.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
13.	Az öregedés késleltethető folyamat.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
14.	Mindig a legjobb minőségű termékeket keresem.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
15.	Mindennapjaim fontos feladata a szépségem és fiatalságom megőrzése.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
16.	Félek, hogy lemaradok, ha nem tartom a tempót.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
17.	Annyi a dolgom, hogy sosem tudom kipihenni magam.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X
18.	Szeretem, ha gyorsan peregnek az események az életemben.	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	X

5. rész: Demográfia

5.1. A válaszadó neme:

1 férfi 2 nő

5.2. A válaszadó életkora: év 9 –NV

5.3. Mi a válaszadó legmagasabb, befejezett iskolai végzettsége?

- 1 – nem járt iskolába
- 2 – kevesebb, mint 8 általános
- 3 – 8 általános
- 4 – szakmunkásképző
- 5 – szakközépiskolai érettségi
- 6 – gimnáziumi érettségi
- 7 – főiskolai diploma, felsőfokú technikum
- 8 – egyetemi diploma
- 9 – NV

5.4. Ön a háztartáson belül a legmagasabb jövedelmű személy (továbbiakban főkereső)?

1 – igen \longrightarrow Folytassa az 5.6 kérdéssel 2 – nem 9 – nem válaszolt

5.5. A főkereső iskolai végzettsége

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|----------------------|
| 1 nem járt iskolába | 4 szakmunkásképző | 7 főiskolai diploma, |
| 2 kevesebb, mint 8 általános | 5 szakközépiskolai érettségi | felsőfokú technikum |
| 3 8 általános | 6 gimnáziumi érettségi | 8 egyetemi diploma |
| | | 9 NV |

5.6. A főkereső főállásban dolgozik?

1 – igen 2 – nem \longrightarrow Folytassa az 5.8 kérdéssel! 9 – NV

5.7. Mivel foglalkozik Ön fő tevékenységként? Kérem, válassza ki a listából, hogy Ön melyik kategóriába tartozik! (KÉRDEZŐ, KÉREM ADJA ÁT AZ 5.7. SZ. KÁRTYÁT!) A főállásban dolgozó főkereső státusza:

- 1 felső vezetés, igazgató vagy top menedzsment 6 vagy több beosztottal
- 2 önálló értelmiségi
- 3 alkalmazott értelmiségi
- 4 felső vezetés, igazgató vagy top menedzsment 5 vagy kevesebb beosztottal
- 5 közép menedzsment, más menedzsment funkció 6 vagy több beosztottal
- 6 közép menedzsment, más menedzsment funkció 5 vagy kevesebb beosztottal
- 7 vállalat vagy üzlet (rész) tulajdonosa, vállalkozó 6 vagy több beosztottal
- 8 irodai alkalmazott
- 9 vállalat vagy üzlet (rész) tulajdonosa, vállalkozó 5 vagy kevesebb beosztottal
- 10 nem fizikai alkalmazott, nem irodai, hanem utazó vagy szolgáltató jellegű munkát végez
- 11 mezőgazdasági termelő, halász
- 12 képzett szakmunkás, munkafelügyelő
- 13 szakképzetlen fizikai munkás, kisegítő háztartási alkalmazott
- 99 NV

5.8. Kérem, a kártyalap segítségével mondja meg, hogy mennyi az Önök háztartásának havi, átlagos nettó összbevétele? Tehát számítson bele minden bevételt: családi pótlék, gyerektartás, háztáji, másodállás, stb.! (KÉRDEZŐ, KÉREM ADJA ÁT AZ 5.8. SZ. KÁRTYÁT!)

- | | | | |
|-----|------|------|-------|
| 1 A | 6 F | 11 K | 16 P |
| 2 B | 7 G | 12 L | 17 Q |
| 3 C | 8 H | 13 M | 18 R |
| 4 D | 9 I | 14 N | 0 NT |
| 5 E | 10 J | 15 O | 99 NV |

5.9. A jövedelmük, amit egy hónapban kézhez kapnak, annyi, hogy...

- 1 még az alapvető létszükségleteket sem fedezi
- 2 csak az alapvető létszükségleteket fedezi
- 3 éppen kijönnek belőle
- 4 elég jól megélnek belőle
- 5 még félre is tudnak tenni belőle
- 0 NT
- 9 NV

5.10. Rendelkezik Ön vagy háztartása az alábbiakban felsoroltak valamelyikével? (KÉRDEZŐ, KÉREM ADJA ÁT AZ 5.10. SZ. KÁRTYÁT!)

1. több sáv vételére képes rádió (középhullám, URH)	1 – van	2 – nincs	9 - NV	9. Internet elérés	1 – van	2 – nincs	9 – NV
2. mikrohullámú sütő	1 – van	2 – nincs	9 – NV	10. hétvégi ház, telek, nyaraló	1 – van	2 – nincs	9 – NV
3. elektromos fűrógép	1 – van	2 – nincs	9 – NV	11. mezőgazdasági művelésre alkalmas terület	1 – van	2 – nincs	9 – NV
4. fényképezőgép	1 – van	2 – nincs	9 – NV	12. vezetékes telefon	1 – van	2 – nincs	9 – NV
5. színes televízió	1 – van	2 – nincs	9 – NV	13. mobiltelefon	1 – van	2 – nincs	9 – NV
6. videokamera	1 – van	2 – nincs	9 – NV	14. szauna, szolárium, jacuzzi	1 – van	2 – nincs	9 – NV
7. videomagnó	1 – van	2 – nincs	9 – NV	15. kondigép, konditerem	1 – van	2 – nincs	9 – NV
8. személyi számítógép (PC)	1 – van	2 – nincs	9 – NV	16. Internet elérés	1 – van	2 – nincs	9 – NV

5.11. Van Önöknek autójuk? 1 – van 2 – nincs —————> Folytassa az 5.14-gyel 9 – NV

5.12. Hány autójuk van? db 9 - NV

5.13. Hány éves a legfiatalabb autójuk? éves 9 – NV 0 - NT

5.14. Mi az Ön családi állapota?

- | | |
|------------------------------------|---------------------------|
| 1 nőtlen, hajadon, nincs élettársa | 7 elvált, élettárrsal él |
| 2 nőtlen, hajadon, élettárrsal él | 8 özvegy, nincs élettársa |
| 3 házas, együtt élnek | 9 özvegy, élettárrsal él |
| 4 házas, élettárrsal él | 0 NT |
| 5 házas, külön élnek | 99 NV |
| 6 elvált, nincs élettársa | |

5.15. Hányan élnek Önök közös háztartásban? fő 99 – NV

5.16. Ebből hány 14 év alatti gyermek van? fő 99 – NV

5.17. Hány 14 évesnél idősebb eltartott gyermek van? fő 99 – NV

5.18. A lakás/ház jellege, ahol lakik

5.18.1. KÖZSÉGBEN

- | | | |
|--------------------------|------------------------------|---------------|
| 1 tanya | 3 falusi, kertés családi ház | 5 sorház |
| 2 hagyományos parasztház | 4 többszintes új ház | 6 egyéb |

5.18.2. VÁROSBAN

- 1 régi bér- és társasház
- 2 paneles (lakótelepi) lakás
- 3 új építésű társasház, lakópark
- 4 régi építésű családi ház
- 5 új építésű családi ház
- 6 sorház
- 7 egyéb

1.6.2 ...az alkalmazottakkal kapcsolatban?

1.6.3 ...az étkezéssel kapcsolatban?

1.6.4 ... a sportolási lehetőségekkel kapcsolatban?

1.7 Milyen változásoknak örülne / mit tartana fontosnak?

13.4. számú függelék - Interjú

I. Kínálati viszonyok

1. **Milyen** wellness szolgáltatásokkal várják az idelátogatókat?
2. **Mi az Önök fő vonzereje?**
3. Melyek a **legvonzóbb, leggyakrabban igénybevett** wellness-szolgáltatásaik?
 - a. **Önök szerint miért** választják ezeket a vendégek?
4. Milyen speciális, **egyedi előnyökkel** rendelkeznek?
5. **Milyen eszközökkel csábítják** magukhoz a vendéget?
6. **Tervezik átalakítani** a kínálatukat?
 - a. Milyen **szolgáltatásokkal**?
 - b. Milyen **információ** alapján?

II. A wellness szolgáltatásokat nyújtó egység jellemzői

1. A wellness szolgáltatásokat nyújtó egység kialakítása **folyamatosan** történt, vagy egy, **konkrétan wellness célú fejlesztés eredménye?**
2. **Mikor épült** a wellness szolgáltatásokat nyújtó egység?
3. **Mikor újították fel** a wellness szolgáltatásokat nyújtó egységet?
4. **Milyen információk alapján** határozzák meg a **fejlesztési irányokat...**
 - a. ... a **szolgáltatások** tekintetében?
 - b. ... az **infrastruktúra** tekintetében?
5. A wellness szolgáltatásokat nyújtó egység **nyitvatartási ideje**
 - a. **Milyen megfontolások alapján alakították ki** a jelenlegi nyitvatartási időt?
 - b. **Gondolkoznak azon, hogy változtatnak** a nyitvatartási időn?
6. **Alkalmazottak**
 - a. Milyen **végzettségű/képztségű** alkalmazottakkal dolgoznak?
 - b. **Milyen szempontok alapján választják ki** az alkalmazottakat?
 - c. **Milyen nyelvtudású** alkalmazottakra van szükség a wellness részlegben?
 - d. **Éreznek hiányt** az alkalmazottak végzettségével/képztségével kapcsolatban?
 - i. **Milyen tekintetben** merülnek fel ezek a hiányosságok?
7. **Speciális célcsoportok**
 - a. Rendelkeznek speciálisan **gyermekeknek / kisgyermekes családoknak** kialakított programokkal?
 - b. Biztosítanak speciálisan **mozgáskorlátozott embereknek** kialakított programokat / szolgáltatásokat?
 - i. **Milyen módon teszik elérhetővé** szolgáltatásaikat a mozgáskorlátozott emberek számára?
 - ii. **Terveznek** a közeljövőben **akadálymentesítési munkákat?**
8. **A helyszín megközelíthetősége**
 - a. Elsősorban milyen **közlekedési eszközzel** érkeznek a vendégek?
 - b. Tesznek Önök valamit a **nem autóval érkezőkért?**

III. **Milyen módszerekkel tájékoztatják a nagyközönséget a szolgáltatásaikról?**

1. **Belső vagy külső** forrásból/emberekkel végzik a **marketingmunkát?**
 - a. Mennyi **időt/energiát** áldoznak erre a területre?
 - b. Van külön **marketing-költségvetésük?**
2. Milyen **információk** alapján alakítják ki marketingtevékenységüket?
3. Tervezik, hogy a közeljövőben **változtatnak** marketingtevékenységükön?
4. A közeljövőben kívánják **bővíteni** marketing-tevékenységüket?
 - a. Milyen **irányban?**
5. Előfordul, hogy akciók segítségével igyekeznek növelni a forgalmukat?

IV. **(Fürdők esetében) Milyen szálláshely-kapacitással rendelkezik a környék?**

1. **Megfelelőnek érzi a környék szállás-helykapacitását?**
 - a. Megfelelő a szálláshely-kínálat **struktúrája?**

- b. Megfelelő **színvonalúak** a szálláshelyek?
2. Ön **milyen fejlesztéseket tartana szükségesnek** a környék szálláshely-kapacitásával kapcsolatban?

V. Versenytársak

1. Milyen **előnyökkel rendelkeznek** a közvetlen versenytársaikhoz képest?
2. Milyen **előnyökkel rendelkeznek a versenytársaik** Önökhöz képest?
3. Melyek az Önök **versenyképességét gátló tényezők**?
4. **Milyen területen / milyen tekintetben** érzik **szükségesnek változtatni** szolgáltatásaik struktúráján, minőségén?

VI. Publikus forgalmi adatok – 2007-re vonatkozóan

1. **Hogy alakult a vendégéjszakák száma?**
 - a. Ez milyen irányú és méretű **változást** hozott a 2005-ös évhez képest?
2. **Hogyan alakul a vendégek átlagos tartózkodási ideje?**
 - a. Ez milyen irányú és méretű **változást** hozott a 2005-ös évhez képest?
3. **Milyen a kapacitáskihasználtságuk?**
 - a. Ez milyen irányú és méretű **változást** hozott a 2005-ös évhez képest?
 - b. Melyek a **legforgalmasabb időszakok**?
4. **Hogy alakul a vendégkör összetétele?**
 - a. **Milyen a bel- és külföldiek aránya...**
 - ... a **vendégek számát** tekintve?
 - ... a **vendégéjszakák számát** tekintve?
 - ... a vendégek **átlagos tartózkodási ideje** szempontjából?
 - b. **Jellemzően honnan érkeznek a belföldi vendégek?**
 - **Melyik országrészből** érkezik a legtöbb belföldi vendég?
 - Hogy alakul **közvetlen környezetükből** érkezők aránya?
 - c. Jellemzően **melyik országokból** érkeznek a **külföldi vendégek**?
 - d. Jellemzően **milyen életkorúak** a vendégek?
 - e. **Hogyan alakul a szervezeten és egyénileg érkező** vendégek aránya?

VII. Van közvetlen visszajelzésük a vendégek véleményéről...

1. ... a **helyszínnel** kapcsolatban?
2. ... a **szolgáltatásokkal** kapcsolatban?

13.5. Függelék

KSH által minősített wellness szállodák 2007. 12. 31.-én (A Dél-dunántúli régió szállodái dőltbetűvel kiemelve)

Település	Szálloda	Település	Szálloda
Alsópáhok	Kolping Hotel Spa & Family Resort	Kecskemét	Aranyhomok Wellness Szálloda
Baja	Duna Szálloda	Kutas	<i>Hertelendy Kastélyszálló</i>
Balatonalmádi	Ramada Hotel & Resort Lake Balaton	Lipót	Hotel Orchidea
<i>Balatonföldvár</i>	<i>Anna-Mária Hotel</i>	Miskolc	Kikelet Klub Hotel
Balatonfüred	Hotel Silver Resort Wellness és Konferencia Hotel	Miskolc	Palota Hotel
Budapest	Tiliana Hotel	Miskolctapolca	Bástya Wellness Hotel
Budapest	Griff Hotel	Miskolctapolca	Hotel Kolibri
Budapest	Best Western Hotel Lido & Wellness Center	Monor	Nyerges Hotel
Budapest	Normafa Hotel	Mór	Hétkúti Wellness Hotel
Budapest	Holiday Beach Budapest Wellness & Conference Hotel	Nagykanizsa	König Hotel
Bükkfürdő	Hotel Caramell	Nyíregyháza	Centrál Hotel
Bükkfürdő	Radisson SAS Birdland Resort & Spa	Parád	Ezsébet Park Hotel
Cegléd	Best Western Hotel Aquarell	Porva	Szépalma Hotel
Cserkeszlő	Aqua-Lux Wellness Hotel	Ráckeve	Kék Duna Wellness Hotel
Cserszegtomaj	Wellness Hotel Hévíz	Sárvár	VitalMED Hotel Sárvár
Debrecen	Aquaticum Debrecen Termál és Wellness Hotel	<i>Sikonda</i>	<i>Sikonda Wellness Szálloda és Fürdő</i>
Debrecen	Cívis Grand Hotel Aranybika	<i>Siófok</i>	<i>Hotel Azúr</i>
Dunakiliti	Szigetköz Wellness Szálloda	<i>Siófok</i>	<i>Panoráma Hotel</i>
Eger	Hotel Eger & Park	<i>Siófok</i>	<i>Vértes Konferencia és Wellness Hotel</i>
Eger	Hotel Korona	<i>Siófok</i>	<i>Hotel Magistern Konferencia- és wellness szálloda</i>
Eger	Hotel Villa Völgy Wellness- és Konferencia Központ	<i>Siófok</i>	<i>Residence Conference & Wellness Hotel</i>
Eger	Korona Hotel II.	Sobor	Sobori Kastélyszálló
Egerszalók	Shiráz Hotel	Sopron	Hotel Fagus Conference&Wellness Hotel
Galyatető	Hunguest Grandhotel Galya	Szarvas	Liget Wellness és Konferencia Szálloda
Göd	Aphrodite Hotel	Szeleste	Festetich Kastélyszálló
Gyenesdiás	Wellness Hotel Katalin & Panzió	Szilvásvárad	Szalajka Liget Hotel
Gyöngyös	Füred Hotel	Tata	Hotel Kiss
Hajdúszoboszló	Kristály Hotel	Tata	Diana Golf Hotel
<i>Harkány</i>	<i>Xavin Hotel</i>	Tatabánya	Árpád Hotel
Hévíz	Hotel Európa Fit	Zalacsány	Batthyány W. Kastélyhotel
Kalocsa	Wellness Hotel Kalocsa	Zalakaros	Hotel Karos Spa
Sasvár	Kastélyhotel Sasvár		

Wellness szolgáltatásokat nyújtó szállodák 2007-ben (A Dél-dunántúli régió szállodái dőltbetűvel kiemelve)

Település	Szálloda	Település	Szálloda
Balatonfüred	Flamingó Wellness Hotel	Hévíz	Danubius Thermal Hotel Hévíz
Balatonkenese	Telekom Hotel	<i>Hőgyész</i>	<i>Apponyi Kastélyszálló</i>
Balatonkenese	Hotel Marina-Port	Inárcs	Szent György Kúria
<i>Balatonszemes</i>	<i>Szindbád Hotel</i>	Kehidakustány	Kehida Termál Hotel és Élményfalu

Balmazújváros	Hotel Balmaz	Keszthely	Wellness Hotel Kakadu
Bánk	Tó Wellness Hotel	Keszthely	Kristály Hotel
Berekfürdő	Thermal Hotel Szivek - Hotel	Kőspallag	Szent Orbán Erdei Hotel
<i>Bikács</i>	<i>Zichy Park Hotel</i>	Mezőkövesd	Zsory Hotel Fit
<i>Bikal</i>	<i>Puchner Kastélyszálló</i>	Mosonmagyaróvár	Thermál Hotel
<i>Bonyhád</i>	<i>Club Weber Kastélyszálló</i>	Noszvaj	Panoráma Hotel Noszvaj
Budapest	Danubius Health Spa Resort Helia Conference Hotel	Nyírbátor	Bástya Wellness Hotel
Budapest	Danubius Grand Hotel Margitsziget	Pécs	<i>Hotel Makártanya Sport & Wellness</i>
Budapest	Danubius Health Spa Resort Margitsziget	Pécs	<i>Hunguest Hotel Kikelet</i>
Budapest	Corinthia Grand Hotel Royal	Poroszló	Fűzfa Pihenőpark
Budapest	Kempinski Hotel & Spa Rác	Püspökhatvan	VM Wellness Hotel
Bük	Wellness Hotel Piroska	Röjtökmuzsaj	Szidónia Kastélyszálloda
Bükkfürdő	Fontana Szálloda	Sárospatak	Bodrog Wellness Szálloda
Bükkfürdő	Corvus Hotel Bük	Sárvár	Park Inn Sárvár
Bükkfürdő	Danubius Health Spa Resort Bük	Sárvár	Danubius Health Spa Resort Sárvár
Bükkfürdő	Hunguest Hotel Répce Gold	Siófok	<i>Casa Perla Konferencia és Wellness Szálloda</i>
Bükkfürdő	Hunguest Hotel Répce	Siófok	<i>Hotel Móló</i>
Döbrönte	Hasik Hotel	Siófok	<i>Best Western Janus Atrium Hotel</i>
Egerszalók	Best Western gyógy-és wellness szálloda	Sopron	Hotel Lövér
Érd	Thermal Hotel Liget	Sopron	Hunguest Hotel Szieszta
<i>Felsőtengelic</i>	<i>Hotel Orchidea</i>	Sopron	Sopron Balf Gyógy- Kastélyszálló
Füzesgyarmat	Thermal Hotel Gara Gyógy- és Wellness Szálloda	Sümege	Hotel Kapitány
Göd	Pólus Palace Thermal Golf Club Hotel	Szeged	HUNGUEST Hotel Forrás
Göd	Kék Duna Club Hotel	Szentendre	Villa Vitae Wellness Hotel
Gyula	Cívis Hotel Park - Hotel	Szentgothárd	Thermal Hotel St.Gotthard Wellness - Konferencia szálloda.
Gyula	HUNGUEST Hotel Erkel	Szombathely	Park Hotel Pelikán
Hajdúszoboszló	HUNGUEST Hotel Aqua-Sol	Tapolca	HUNGUEST Hotel Pelion
Hajdúszoboszló	Spa-Hotel Barátság	Tarcal	Andrássy Kúria Hotel, Wine&Spa
Hajdúszoboszló	Karádi Hotel - Hotel	Tokaj	Toldi Fogadó "Az 5 puttyonyos wellness ház"
Hajdúszoboszló	HUNGUEST Hotel Béke	Tolna	<i>Hotel Thelena</i>
Hajdúszoboszló	Hotel Silver	Várgesztes	Villa Park Várgesztes
Hajdúszoboszló	Cívis Hotel Délibáb	Veszprém	Hotel Villa Medici
Hajdúszoboszló	Mátyás Király Hotel	Visegrád	Silvanus Beta Hotel Visegrád
<i>Harkány</i>	<i>Hotel Kager</i>	Visegrád	Thermal Spa és Konferencia Hotel Visegrád
<i>Harkány</i>	<i>Thermal Hotel Harkány Danubius Beta (Hotel Agro)</i>	Visz	<i>Chateau Visz</i>
Hévíz	Danubius Health Spa Resort Aqua	Zalaegerszeg	Hotel Balaton-Semira Day Spa
Hévíz	Formarket Thermal Hotel Fit	Zalakaros	Belenus Thermalhotel
Hévíz	HUNGUEST Hotel Helios "Anna"	Zalakaros	Hotel Venus
Hévíz	HUNGUEST Hotel Helios "Benjamin"	Zalakaros	Hotel Vital
Hévíz	HUNGUEST Hotel Panoráma	Zalakaros	HUNGUEST Hotel Freya

Hévíz	Kurhotel Hetes Ház	Zalakaros	MenDan thermal Hotel&Aqualand
Hévíz	Danubius Beta Park Hotel	Zsédeny	Maróthy Kúria Kastélyszálloda
Hévíz	Hotel Palota		

Napi wellness szolgáltatók 2007-ben (A Dél-dunántúli régió szolgáltatói dőltbetűvel kiemelve)

Település	Napi wellness szolgáltató	Település	Napi wellness szolgáltató
Balatonalmádi	Sziluett Sport-Szépség-Egészség Centrum	Kecskemét	Bio-Spa Melissa Egészség és Wellnessközpont
Békéscsaba	High Care Center	Kecskemét	Metaform Wellness Stúdió
Békéscsaba	Katalin Szépségszalon	Kecskemét	Formazona Fitness
Békéscsaba	Forma Bontó Rekreációs Központ	Kozármisleny	<i>Fitness – Wellness</i>
Budakeszi	Evolúció Fitness Center	Kőszeg	Oxa Club
Budakeszi	High Care Center Kozmetikai Szalon	Leányfalu	Wellness Centrum
Budaörs	Terrapark Fitness	Miskolc	Vital Wellness
Budaörs	Abs Sportcentrum	Miskolc	La Vita Fitnessz és Szépség ház
Budaörs	Fitt Forma	Miskolc	Perfectskin
Budaörs	High-Care Stúdió	Miskolc	Nárcisz Egészség ház
Budapest	1 Wellness Studio	Miskolc	M1 Fitness
Budapest	A1 Eurocenter Wellnessközpont	Miskolc	High Care Center
Budapest	A1 Material Wellnessközpont	Miskolc/Alsóhárom	Fitness Park
Budapest	A1 Óbuda Wellnessközpont	Mosonmagyaróvár	Erika Szépségszalon
Budapest	Adoro Wellness Szalon	Mosonmagyaróvár	Mandala Szépség ház
Budapest	Agave Day Spa	Mosonmagyaróvár	Diamant Dent Szépségszalon
Budapest	Arnold Gym Sportcentrum	Nagykanizsa	Dy-Nett Spa Szépségszalon
Budapest	Balance Fitness	Nagykátán	Relax Time Nap Stúdió
Budapest	Before -After	Nyíregyháza	Fitt Forma
Budapest	Bioness Női Életmód Club	Orosháza	Body Fit Squash & Fitness Center
Budapest	Cba Fitness Wellnessközpont	Pápa	Aqua Stúdió Szolgáltató
Budapest	City Squash és Fitness	Pécs	<i>F3 Fitness Központ</i>
Budapest	Club Fitness Sport és Wellness	Pécs	<i>Wellness Villa</i>
Budapest	Club Fitness	Pécs	<i>Mecsek Fallabda Központ</i>
Budapest	Club Laguna	Pécs	<i>High Care Center</i>
Budapest	Dávid Fitness	Pécs	<i>Lady Lavander Kozmetika</i>
Budapest	Eurohome Rekreációs Központ	Pécs	<i>Xavér Szauna És Szépségszalon</i>
Budapest	Extrém Fitness	Pomáz	Főnix Day Spa és Prevenációs Központ
Budapest	Fekete Tulipán Férfi Kozmetika és Wellness Szalon	Rácalmás	Mg Sportcentrum
Budapest	Fitt Forma Stúdió	Salgótarján	Harmónia Szépség ház
Budapest	Gilda 2. Flórián	Sárvár	Oxygen Fitness Klub

	Bevásárló Központ.		
Budapest	Gilda 3. Récsei Center	Siófok	<i>Best Western Janus Wellness Klub</i>
Budapest	Gilda 4. River Estates	Sopron	Best Fitness
Budapest	Gilda Max 1. Hermina Tower	Sopron	Danubius Premier Fitness-Lövér
Budapest	Golden Life Club	Száhalombatta	Batafit Központ
Budapest	Gold's Gym	Száhalombatta	Fáraó Sportcentrum
Budapest	Griff Squash és Fitness Club	Száhalombatta	Physio Zone
Budapest	Haltel Fitness	Szeged	Ágnes Szépségvilla
Budapest	House Of Harmony Spa Club	Szeged	Feeling Center
Budapest	Isis Day Spa	Szeged	Gellért Szabadidőközpont
Budapest	Levendula Day Spa	Szeged	Squash Club
Budapest	Lido Wellness	Szeged	Szabadidőközpont
Budapest	Lite Wellness Klub	Szeged	Nariel Stúdió
Budapest	Liget Fitness Wellness	Szeged	Forma-1 Fitness és Táncstúdió
Budapest	Mandala Day Spa	Szeged	Medifat Wellness Club
Budapest	Mandala Szépségszalon	Székesfehérvár	Fit World Fitness
Budapest	Masculin Day Spa	Székesfehérvár	Cosmosport
Budapest	Master's Sport Club	Székesfehérvár	Masszázs Varázs
Budapest	Medi-Fitt Egészség és Fogyasztó Centrum	Székesfehérvár	Csúcs Forma Női Tornastúdió
Budapest	Óbuda Wellness	Székesfehérvár	A1
Budapest	Oxigén Wellness	Szekszárd	Flex Mozgásstúdió
Budapest	Pasaréti Sportcentrum	Szentendre	<i>Relax Wellness Központ</i>
Budapest	Power Gym	Szentendre	Spauza Wellness
Budapest	Relax Spa Életmód Központ	Szentendre	Villa Witae
Budapest	Roxan Fitness Club	Szentes	High Care Stúdió
Budapest	Rubint Réka Szépségszalon	Szentlőrinc	Wellness Colosseum
Budapest	Shangri Stúdió	Szigetszentmiklós	<i>Malom Fitness</i>
Budapest	Szépségfarm	Szigetszentmiklós	Squas Sziget Fitness Center
Budapest	Wellness 2000	Szolnok	Oázis Wellness Park
Cegléd	Pulzus Szabadidőközpont	Szolnok	High-Care Center Arc és Testkozmetika Szalon
Dabas	Fitt Forma	Szombathely	Zoé Masszázs Szalon
Debrecen	Corpus Fitness	Szombathely	Energy Fitness
Debrecen	Vezér Fitness	Szombathely	Galaxy Fitness Club
Debrecen	Anita Fitnesz	Szombathely	Lady Fitness Stúdió
Debrecen	Aktív Sportközpont	Tata	Öntöde Sportcentrum
Debrecen	High-Care Center	Tatabánya	Berta Sport- és Szabadidő Centrum
Diósd	Retro Sportclub	Tiszaújváros	Fitt Forma
Dunakeszi	Fitt Forma	Újhartyán	Sportcentrum
Dunaújváros	Fitterő - Gála és Márka Fitnesszterem	Vác	Kondi Fitt
Érd	Vital Wellness	Vác	Fitness Stúdió
Érd	Napsugár Életház	Vecsés	Fitt Forma
Érd	Mandala Gyógy Wellness	Vecsés	Juma-Fitt Szépség és Egészségszalon

Érd	Marianna Szépségszalón	Veszprém	Völgyikút Ház
Gyöngyös	Fitt Life	Veszprém	Colonia Center - Wellness Centrum
Győr	Dallos Fitness	Veszprém	Hypoxi Alakformáló és Egészség Stúdió
Győr	Fit Forma Stúdió	Veszprém	Top Gym Fitness Club
Győr	High Care Center	Veszprém	Formal Wellness Életmódközpont
Győr	Marcal Teniszcentrum	Zalaegerszeg	XXL Fitness Wellness Központ
Győr	Slender By Margaret Alakformáló Stúdió	Zalaegerszeg	Semira Day Spa
Hévíz	Danubius Premier Fitness-Hévíz	Zalaegerszeg	Vénusz Fitness és Egészségcentrum
Kaposvár	<i>Fitt Forma</i>	Zalaegerszeg	Vital Force Női Fitness Wellness Stúdió
Kaposvár	<i>Oleg Gym</i>		
Kecel	Keceli Fitness Klub		

Nemzetközi, országos és regionális vonzerővel rendelkező fürdők wellness szolgáltatásokkal 2007-ben (A Dél-dunántúli régió szolgáltatói dőltbetűvel kiemelve)

Balatonfüred	Lukács Gyógyfürdő
<i>Barcs</i>	Makó
Békés	<i>Marcali</i>
Békéscsaba	Martfű
Berekfürdő	Mezőkövesd
Bogács	Miskolctapolca
Bükfürdő	Mórahalom
Cegléd	Mosonmagyaróvár
Celldömölk	<i>Nagyatád</i>
Cserkeszőlő	Nagykáta
<i>Csokonyavisonta</i>	Nyíregyháza-Sóstó
Csongrád	Orosháza-Gyopáros
Dagály Gyógyfürdő	Pápa
Debrecen-Nagyerdő	Ráckeve
<i>Dombóvár-Gunaras</i>	Rudas Gyógyfürdő
Eger-Egerszalók	Sárospatak
Esztergom	Sárvár
Füzesgyarmat	<i>Sikonda</i>
Gárdony	<i>Siófok</i>
Gellért Gyógyfürdő	Sopron-Balf
Gyomaendrőd	Szarvas
Győr	Széchenyi Gyógyfürdő
Gyula	Szeged
Hajdúszoboszló	Szentes
<i>Harkány</i>	Szentgotthárd
Hévíz	<i>Szigetvár</i>
Hódmezővásárhely	Szolnok
<i>Igal</i>	Szombathely
<i>Kaposvár</i>	Tapolca
Kecskemét	Tiszaújváros
Kehidakustány	Tiszavasvári
Király Gyógyfürdő	Túrkeve
Kiskőrös	Vásárosnamény
Kiskunhalas	Velence
Kiskunmajsa	Visegrád
Kisvárd	Zalaegerszeg
Komárom	Zalakaros
Lenti	Zalaszentgrót

