



SZENT ISTVÁN EGYETEM  
ENYEDI GYÖRGY REGIONÁLIS TUDOMÁNYOK DOKTORI ISKOLA

**A SZUBJEKTÍV ÉLETMINŐSÉG SAJÁTOSSÁGAI  
A BALKÁNON ÉS TÖRÖKORSZÁGBAN**

KÉSZÍTETTE:

KISS KORNÉLIA

GÖDÖLLŐ  
2015

**A doktori iskola**

**megnevezése: Enyedi György Regionális Tudományok Doktori Iskola**

**tudományága: regionális tudományok**

**vezetője: Prof. Dr. habil. Sikos T. Tamás**  
**egyetemi tanár, MTA doktora**  
**Szent István Egyetem**  
**Gazdaság- és Társadalomtudományi Kar**  
**Regionális Gazdaságtani és Vidékfejlesztési Intézet**

**Témavezető: Prof. Dr. habil. Michalkó Gábor**  
**egyetemi tanár, MTA doktora**  
**MTA CSFK Földrajztudományi Intézet**

.....  
**Az iskolavezető jóváhagyása**

.....  
**A témavezető jóváhagyása**

# TARTALOMJEGYZÉK

<b>BEVEZETÉS</b> .....	<b>6</b>
<b>1. IRODALMI ÁTTEKINTÉS</b> .....	<b>11</b>
1.1. Az életminőség, szubjektív életminőség és a szabadidő, turizmus szimbiózisa.....	11
1.1.1. Az életminőség fogalma.....	12
1.1.2. Az életminőség pillérei.....	14
1.1.2.1. Az objektív életminőség.....	15
1.1.2.2. A szubjektív életminőség.....	16
1.1.2.3. Az objektív és a szubjektív életminőség kapcsolata.....	17
1.1.2.4. Az értekezésben használt szubjektív életminőség és életminőség fogalom.....	18
1.1.3. Az életminőség-kutatás műhelyei.....	20
1.1.3.1. Nemzetközi kitekintés.....	20
1.1.3.2. Hazai kitekintés.....	24
1.1.4. Az életminőség mérése.....	25
1.1.5. Szubjektív életminőség, szabadidő és turizmus.....	31
1.1.5.1. Szubjektív életminőség és szabadidő.....	31
1.1.5.2. Szubjektív életminőség és turizmus.....	32
1.2. Az egészség, az egészségturizmus és a szubjektív életminőség kapcsolata.....	38
1.2.1. Az egészség újraértelmezése felé.....	38
1.2.2. Az egészség szerepe a szubjektív életminőségben.....	40
1.2.3. Az egészségturizmus változó arculata.....	43
1.2.3.1. Fogalmi lehatárolás.....	44
1.2.3.2. Regionális wellness-koncepciók.....	49
1.2.3.3. A gyógy- és wellnessturizmus trendjei.....	51
1.2.4. Egészségturizmus és szubjektív életminőség.....	52
<b>2. ANYAG ÉS MÓDSZER</b> .....	<b>55</b>
2.1. Anyag.....	55
2.1.1. A vizsgálati terület.....	55
2.1.2. A vizsgálati terület turizmusának feltételrendszere.....	56
2.1.2.1. Társadalmi-kulturális és politikai környezet.....	57
2.1.2.2. Gazdasági környezet.....	59
2.1.3. A vizsgálati terület turisztikai jellemzői.....	62
2.1.3.1. A Balkánon fekvő országok turisztikai kínálata.....	62
2.1.3.2. A turizmus kereslete a Balkánon.....	66
2.1.3.3. A Balkán turisztikai imázsa.....	68
2.1.3.4. A Balkánon fekvő országok egészségturisztikai kínálata.....	69
2.1.3.5. Az egészségturizmus kereslete a Balkánon.....	73
2.2. Módszer.....	73
2.2.1. Konceptualizálás.....	73
2.2.2. Kutatási célok és kérdések.....	74
2.2.3. A kutatás felépítése.....	77
2.2.4. A kutatás módszere.....	78
2.2.5. A kutatás hipotézisei.....	82
<b>3. EREDMÉNYEK</b> .....	<b>84</b>
3.1. A Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektív életminősége (H1. hipotézis).....	84
3.2. A szubjektív és az objektív életminőség kapcsolata a Balkánon fekvő országokban (H2. hipotézis).....	88
3.2.1. A vizsgált országok boldogságindexe és a GDP kapcsolata.....	89
3.2.2. A vizsgált országok boldogságindexe és a GNI kapcsolata.....	91
3.2.3. A boldogságindex és a munkanélküliség kapcsolata a Balkánon fekvő országokban.....	91
3.2.4. A Balkánon fekvő országok boldogságindexe és a GINI-index kapcsolata.....	92

3.2.5.	A születéskor várható élettartam, illetve a születéskor várható egészséges évek száma és a szubjektív életminőség kapcsolata.....	93
3.3.	A szubjektív életminőség és az egyéni tényezők kapcsolata a Balkánon fekvő országokban (H3. és H4. hipotézis).....	94
3.3.1.	A Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektív életminőség-faktorai.....	94
3.3.2.	A szubjektív életminőség és a demográfiai jellemzők összefüggése.....	99
3.3.3.	A szubjektív életminőség és a szubjektív egészség kapcsolata.....	107
3.3.4.	A szubjektív életminőség és az aktivitás kapcsolata.....	107
3.4.	Az utazás szerepe a szubjektív életminőségben (H5. hipotézis).....	108
3.5.	A szubjektív életminőség és a szubjektív egészség kapcsolata az egészségturizmus keretében is végezhető tevékenységekkel (H6. és H7. hipotézis).....	108
3.5.1.1.	Az egészségturizmus keretében is értelmezhető tevékenységek és a szubjektív életminőség kapcsolata (H6. hipotézis).....	112
3.5.1.2.	Az egészségturizmus keretében is értelmezhető tevékenységek és a szubjektív egészség kapcsolata (H7. hipotézis).....	113
3.6.	A hipotézisek értékelésének összefoglaló táblázata.....	115
3.7.	A kutatás új és újszerű tudományos eredményei.....	115
<b>4.</b>	<b>KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK.....</b>	<b>118</b>
4.1.	Az elvégzett kutatások alapján levonható következtetések.....	118
4.2.	Javaslatok.....	124
<b>5.</b>	<b>ÖSSZEFOGLALÁS.....</b>	<b>129</b>
<b>SUMMARY.....</b>		<b>134</b>
<b>MELLÉKLETEK.....</b>		<b>139</b>
M1:	Irodalomjegyzék.....	140
M2:	A szubjektív életminőség kapcsolata az alapkutatásokban vizsgált tényezőkkel.....	162
M3:	Nemzetek (országok) életminőségével/szubjektív életminőségével kapcsolatosan hivatkozott indexek főbb jellemzői.....	165
M4:	A Balkánon fekvő országok általános jellemzői.....	167
M5:	A Balkánon fekvő országokra vonatkozó, a turizmus gazdasági környezetének elemzéséhez kapcsolódó adatok.....	168
M6:	A Balkánon fekvő országok turisztikai versenyképességi mutatói.....	170
M7:	A turizmus és az egészségturizmus helye az államigazgatásban, a fejlesztési dokumentumokban és a marketingben.....	172
M8:	A nemzetközi, illetve a belföldi turizmus főbb jellemzői a Balkánon fekvő országokban.....	174
M9:	A Balkánon fekvő országok egészségturisztikai vonzerői.....	176
M10:	A Balkánon fekvő országok egészségturisztikai kereslete.....	178
M11:	A Balkán egészségturizmusának fejlesztés-orientált jellemzői.....	182
M12:	A doktori értekezés keretében elvégzett kutatások és a KTIA-projekt kapcsolódási pontjai.....	183
M13:	A szakértőipanel-beszélgetésen résztvevők.....	184
M14:	A KTIA-projektben, a Balkán kvantitatív kutatás során alkalmazott kérdőív.....	185
M15:	A hipotézisvizsgálatokhoz tartozó táblázatok.....	189
<b>ÁBRAJEGYZÉK.....</b>		<b>193</b>
<b>TÁBLÁZATJEGYZÉK.....</b>		<b>194</b>
<b>KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....</b>		<b>195</b>

## RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

- AHVN – Adriatic Health and Vitality Network
- BLI – Better Life Index
- EC – European Commission
- EIU – The Economist Intelligence Unit
- ENSZ – Egyesült Nemzetek Szervezete
- EQLS – European Quality of Life Survey
- ESS – European Social Survey
- ETC – European Travel Commission
- EU – Európai Unió
- GDP – Gross Domestic Product
- GNHI – Gross National Happiness Index
- GNI – Gross National Income
- GSS – Global Spa Summit
- GWI – Global Wellbeing Index
- HDI – Human Development Index
- HPI – Happy Planet Index
- ICT – Information and Communication Technology
- IMF – International Monetary Fund
- IUOTO – International Union of Official Travel Organizations
- KSH – Központi Statisztikai Hivatal
- KTIA – Kutatási és Technológiai Innovációs Alap
- MTA – Magyar Tudományos Akadémia
- LSDC – London Sustainable Development Commission
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development
- NEF – New Economics Foundation
- NGM – Nemzetgazdasági Minisztérium
- QoL – Quality of Life
- QoLI – Quality of Life Index
- SEEHN – South-Eastern European Health Network
- TOHWS – The Tourism Observatory for Health, Wellness and Spa
- UNDESA – United Nations Department of Economic and Social Affairs
- UNDP – United Nations Development Programme
- UN SDSN – United Nations Sustainable Development Solutions Network
- UNWTO – United Nations World Tourism Organisation
- WB – World Bank
- WEF – World Economic Forum
- WHO – World Health Organisation
- WHOQoL – World Health Organisation Quality of Life Group
- WHR – World Happiness Report
- WtBB – Where to Be Born

A térképeken szereplő rövidítések: AL – Albánia, BG – Bulgária, BIH – Bosznia-Hercegovina, GR – Görögország, HR – Horvátország, MK – Macedónia, MNE – Montenegró, SLO – Szlovénia, SRB – Serbia, TR – Törökország.

## BEVEZETÉS

„Az élet minősége persze nem kizárólag a boldogság függvényében alakul: azon is múlik, mit teszünk, hogy boldogok legyünk.”

Csíkszentmihályi 1998:23

---

Az olasz-magyar származású, a pozitív pszichológia egyik alapítójaként nemzetközileg is ismert és elismert Csíkszentmihályi Mihálytól, *És addig ELTEK, amíg meg nem haltak – A mindennapok minősége* című könyvéből származó, bevezetőm mottójának választott idézet jól szemlélteti az életminőségnek és az ember által végzett tevékenységeknek az összefüggését.

Noha a „jó élet” attribútumainak megismerésével kapcsolatos tudásvágy az ókori civilizációkból eredeztethető, az életminőség és annak tényezői, működési mechanizmusai kutatásával a társadalomtudósok – előbb főként a pszichológusok, majd a szociológusok, később a közgazdászok – csak nemrégiben kezdtek el foglalkozni. Napjainkra a legkülönbözőbb tudományágakhoz – a már említetteken kívül főként az orvostudományhoz, a politikatudományhoz, a környezetgazdaságtanhoz, és újabban a regionális tudományhoz és a társadalomföldrajzhoz – kapcsolódóan is hatalmasra duzzadt a témáról rendelkezésre álló irodalom.

Az emberi lét legmagasabb szintű céljaként számon tartott, jó vagyis boldog élet ma nemcsak a különböző tudományágak képviselői körében népszerű téma, de a hétköznapi embereket és az emberiség fejlődését tevékenysége fókuszába állító nemzetközi szervezeteket is intenzíven foglalkoztatja. Ennek kiváló példája a Pharrell Williams nevével fémjelzett *Happy*, a 2013-ban *Despicable me 2* címmel bemutatott film zenéje, amely köré turisztikai szempontból sem elhanyagolható fontosságú „mozgalom” épült, vagy a [100happydays.com](http://100happydays.com) oldalon kezdeményezett „Can you be happy for 100 days in a row?”. Előbbi népszerűségét jelzi, hogy a [wearehappyfrom.com](http://wearehappyfrom.com) oldalra 2015. április végéig a Föld 153 országából csaknem 2000, az egyes városokat a helyi lakosok és az ott tartózkodó turisták segítségével bemutató, a *Happy*-re komponált film került feltöltésre, utóbbiét az mutatja, hogy a boldogság 100 napjával kapcsolatos felhívást – ugyancsak 2015. április végéig – világszerte 1,7 millióan osztották meg. A boldogságnak az emberiség életében játszott vitathatatlanul kiemelkedő szerepére hívja fel a figyelmet az Egyesült Nemzetek Szervezete által kezdeményezett „Boldogság világnap”, amelyet 2013 óta minden év március 20-án ünneplünk.

A Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetemen folytatott tanulmányaim során a turizmust választottam szakterületként, amelytől az öröm, az élmény, a boldogság fogalma nem esik távol. Szerencsés voltam, hogy első munkahelyemen – előbb kutatóként, majd a vállalat tevékenységében stratégiai fontosságú szerepet játszó terület, a kutatási iroda vezetőjeként – a turizmus kutatási aspektusaival foglalkozhattam több mint egy évtizeden át. Itt, a Magyar Turizmus Zrt.-nél találok először az életminőség fogalmával is: a 2007–2013-as időszakra szóló Nemzeti Turizmusfejlesztési Stratégiának – amelynek legfontosabb célját éppen az életminőség javításában jelölték meg – számos, az életminőséggel kapcsolatos kutatási vonatkozása volt. Az életminőségnek az akkori, nemzeti szintű turizmuspolitikában játszott szerepe rendkívül ösztönzőleg hatott a turizmussal kapcsolatos hazai életminőség-kutatásokra, amelyből számtalan, nemzetközileg is elismert folyóiratban publikált tanulmány, könyv, könyvfejezet, egyéb publikáció született (PUCZKÓ–SMITH 2011, RÁTZ–MICHALKÓ 2011).

2013-ban szakmai pályafutásom a Budapesti Kommunikációs és Üzleti Főiskolán folytatódott, az intézmény csapatához oktatóként csatlakozhattam. Néhány hónappal később azonban az életminőség témája ismét közel került hozzám: 2013 novemberétől a Főiskola által a Kutatási és Technológiai Innovációs Alap (a továbbiakban KTIA) pályázatán elnyert, „*A regionális jóllét és wellness koncepciók alkalmazási lehetőségei és IKT támogatással megvalósuló fejlesztési lehetőségei a Balkánon*” című projektben kutatóként vehettem részt. PhD értekezésem elkészítéséhez az inspirációt ez, a számos módszer segítségével megvalósuló, tizenegy, a Balkánon fekvő országra kiterjedő kutatási lehetőség adta. Értekezésem készítése során a szubjektív életminőségről alkotott addigi nézeteimet részben megerősítettem, részben – a vizsgálati terület különlegességéből adódóan – új dimenzióba helyezhettem. A Balkán, amelynek politikai stabilitása, gazdasági növekedése Európa számára messze nem elhanyagolható és amely a kontinens egészségturisztikai térképén az elkövetkező években Magyarország fontos versenytársaként jelenhet meg, megtaníthat bennünket az emberi kapcsolatok és az egészség fontosságára: az értekezés keretében, a sokszor negatív jellemzőkkel illetett Balkán vonatkozásában feltárt kutatási eredmények úgy gondolom, hogy mind a politikaformálók, mind a különböző tudományterületek, de akár a „hétköznapi” emberek számára is mélységesen elgondolkodtatóak lehetnek.

### **Problémafelvetés**

A Balkán stabilitása az Európai Unió számára fontos, földrajzi közelségéből adódóan Magyarország számára különösen fontos, csaknem létkérdés. A térséggel kapcsolatos biztonságpolitikát célzó diskurzus egyik irányvonala a balkán(i)ság lélektanának feltárása és ennek ismeretében a gazdasági-társadalmi felemelkedés elősegítése (ANASTASAKIS 2000). Az Unió biztonságpolitikai, gazdasági és további céljainak megvalósítását többek között a bővítés vagyis a tagállamok számának növelése segíti EC [2014].

Az Európai Unióba való belépés feltételeként megjelölt gazdasági fejlettség, a stabil gazdaság, a fejlődés, a fenntartható növekedés fogalmáról mindeközben globális szinten és természetesen az Európai Unión belül is komoly viták folynak. Amellett, hogy napjainkban fentiek mérése jellemzően továbbra is objektív kategóriák mentén, ún. „kemény” mutatók segítségével valósul meg, mind az alap-, mind az alkalmazott kutatásokat végzők körében egyre erősebb az igény és a törekvés az emberi lét széleskörű dimenzióit integráló, a jelenleginél jóval szofisztikáltabb, a döntéseket is jobban szolgáló „soft” mutatók használatára (CUMMINS et al. 2003).

Az elmúlt egy-másfél évtizedben számos, a társadalmi fejlődés alapvető kérdéseit taglaló, illetve mérését szorgalmazó, stratégiai fontosságú dokumentum született világszerte. Ezek közül a 2008-2009-ben született Stiglitz-jelentés (STIGLITZ et al. 2008), a *Prosperitás növekedés nélkül?* címen, 2009-ben kiadott Jackson-jelentés (JACKSON 2009), az Európai Bizottság által jegyzett Beyond GDP [EC 2009] és az OECD által 2013-ban kiadott *A szubjektív életminőség mérésére vonatkozó irányelvek* című tanulmány kiemelendő [OECD 2013].

Az elmúlt években – részben a fenti dokumentumok gondolatisága alapján – jó néhány, az emberi fejlődés számszerűsítésének céljával létrehozott index született: az ENSZ Fejlesztési Programja például kidolgozta a humán fejlettségi mutatót (Human Development Index, HDI), amelynek segítségével az országokat a GDP, az egészségügy és az oktatás színvonalának együttes mérésére alapozva hasonlíthatjuk össze. Az EU tagállamai sokféle társadalmi és környezetvédelmi mérőszámot integráló, az életminőség számszerűsítésére hivatott életminőség-indexet (European Quality of Life Index, EQLI) alakítottak ki. A sort számos további, a „jó élet” felé vezető úton elért pozíció meghatározását szolgáló mutatószámmal folytathatnánk. Ezekben a mutatókban közös az, hogy a korábban általánosan használt, objektív vagy „kemény” mutatókat jellemzően az emberek élettel való elégedettségét és/vagy boldogságát számszerűsítő mutatókkal egészítik ki vagy helyettesítik.

Az életminőséggel kapcsolatos kutatásokból az látszik, hogy azokban objektív és szubjektív tényezők egyaránt szerepet játszanak. Az egyénnek az élettel való elégedettségét és/vagy

boldogságát tükröző szubjektív életminőségben az egészségnek vitathatatlanul fontos szerepe van. Az elmúlt években a kutatók és a gyakorlati szakemberek érdeklődése nemcsak a jóllétként is hivatkozott szubjektív életminőség, hanem annak működési mechanizmusai, befolyásoló tényezői, így többek között az egészség, valamint az egészség javításával vagy megőrzésével kapcsolatos tevékenységek – például az utazások – iránt is gyorsan nőtt.

Magyarország számára az egészségturizmus népszerűségének növekedése lehetőségeket, de egyben kihívásokat is tartogat. Az ország gazdag termál- és gyógyvízkészlete, az egészségturizmusban hasznosítható hagyományaink, hírnevünk Magyarország számára fontos pozíciót biztosítanak elsősorban a gyógy-, de bizonyos piacokon a wellness-turizmusban is. Ahhoz, hogy versenyelőnyünket megtarthassuk, erősíthessük, szükség van a versenytársak és a potenciális versenytársak ismeretére is. A Balkánon fekvő országok jelentős része már ma is fontos szerepet tulajdonít az egészségturizmusnak, s ez a jövőben vélhetően erősödni fog.

Értekezésemben a szubjektív életminőség sajátosságait és tevékenység-specifikus javításának lehetőségeit vizsgáltam a Balkánon és részben a Balkán-félszigeten fekvő Törökországban, amely régió társadalmi, gazdasági, továbbá politikai stabilitása egész Európa számára létkérdés. Európa ezen része – a jelen értekezésben tizenegy országra, Albániára, Bulgáriára, Bosznia-Hercegovinára, Görögországra, Horvátországra, Macedóniára, Montenegróra, Romániára, Szerbiára, Szlovéniára és Törökországra kiterjedő térség – nap mint nap számos társadalmi, gazdasági és politikai kihívással szembesül, ebből következően – részben az Európai Unióhoz való csatlakozás folyamatának kapcsán is – a régióban egyre fontosabb kérdéssé válik az, hogy miként lehet lakosságának életminőségét és egészségét fenntartani, illetve javítani.

### **Az értekezés célja és a kutatási kérdések**

Disszertációm a regionális tudomány, a társadalomföldrajz, a pszichológia és a szociológia, valamint a közgazdaságtan talaján a szubjektív életminőség és az egészségturizmus elméleti köveire épül.

Értekezésemnek kettős célja volt: egyrészt olyan vizsgálat megvalósítása, amely az elméleti háttér és a (részben) azok alapján megvalósított alkalmazott kutatások eredményeiből kiindulva bemutatja a Balkán lakóinak szubjektív életminőségét, illetve feltárja az azt befolyásoló főbb tényezőket és annak specifikumait. Az ezen kutatási célhoz kapcsolódó kérdés megválaszolásával arra törekedtem, hogy *azonosítsam a Balkán lakóinak szubjektív életminőségét befolyásoló, sajátos, kifejezetten erre a régióra jellemző tényezőket.*

A vizsgálat során másrészt azt a célt tűztem ki, hogy feltérképezem a Balkán lakói szubjektív életminőségének növekedéséhez közvetlenül vagy (a saját egészségérzet, azaz a szubjektív egészség javítása révén) közvetve hozzájáruló tevékenységeket. Az e célhoz kapcsolódó kutatási kérdés megválaszolásával arra törekedtem, hogy körvonalazzam, milyen szolgáltatások fejlesztésével segítheti az egészségturizmus a régióban lakók szubjektív életminőségének javítását.

Értekezésem fő célját a Balkánon fekvő országok lakossága által végzett olyan tevékenységek feltérképezésében jelöltem meg, amelyek hozzájárulhatnak szubjektív életminőségük javításához és amelyekre egészségturisztikai termékek építhetők.

Ennek érdekében

- feltártam a szubjektív életminőség mibenlétét,
- megvizsgáltam az egészségturizmus sajátosságait és trendjeit,
- megvizsgáltam a Balkánon fekvő országok egészségturizmusának keretfeltételeit, illetve jellemzőit,
- feltártam azokat a tényezőket, amelyek kapcsolatba hozhatók a Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektív életminőségével,



- végül megvizsgáltam, hogy milyen tevékenységek járulhatnak hozzá a Balkánon fekvő országok lakói szubjektív életminőségének növekedéséhez.

Az értekezés keretében megvalósított másodlagos kutatásomat több, mint 400, nemzetközi és hazai életminőség-specifikus és egészségturizmus fókuszú tanulmány feldolgozásával, primer kutatásomat szakértőipanel-beszélgetés, illetve kvantitatív kutatási módszerrel végeztem.

A vizsgált országok lakossága által végzett tevékenységek között az értekezés keretében számos olyan tevékenységet sikerült azonosítani, amelyek egyrészt közvetlenül, másrészt közvetve, a szubjektív egészség javítása révén is hozzájárulhatnak a Balkánon fekvő országok lakossága szubjektív életminőségének növekedéséhez és amelyekre egészségturisztikai termékek építhetők. A kutatási eredmények tükrében megfontolásra érdemesnek vélem egy, a Balkán vagy annak egy-egy kisebb területe sajátos vonzerőire építő, a Balkánon fekvő országok sajátos keretfeltételeit figyelembe vevő ernyőmárka létrehozását is.

### **A témaválasztás és a kutatás jelentősége**

Noha az életminőség és annak szubjektív pillére az elmúlt néhány évtizedben igen népszerű kutatási területté vált, és a témához kapcsolódó alapkutatások talaján számos, a szubjektív életminőség számszerűsítésére létrehozott és napjainkra széles körben alkalmazott mutató is kialakításra került, az egyes nemzetek szubjektív életminőségében szerepet játszó tényezők specifikumaival, illetve ezek eltéréseivel csak meglehetősen kevés kutatás foglalkozik.

A Balkán-félsziget országainak természeti kincsei és kulturális adottságai egyedülálló lehetőséget jelentenek arra, hogy a térség az elkövetkező években, évtizedekben az európai egészségturizmus fontos szereplőjévé váljon. Az alternatív turisztikai termékek kialakítása és az egészségturizmus fejlesztése a Balkánon fekvő országok csaknem mindegyike esetében a nemzeti szintű turizmuspolitika prioritásai közé tartozik. Amíg azonban az egészségturizmus kínálati oldaláról másodlagos adatok elemzésével ma már meglehetősen jó képet kaphatunk, az egészségturizmus keresleti oldaláról rendelkezésre álló, a termékfejlesztés során hasznosítható, stratégiai és taktikai tervezést segítő információk köre igencsak korlátozott. A versenyképes és hosszú távon fenntartható turizmus az alacsony népességszámmal és vásárlóerővel, valamint az exportbevételek tekintetében nem túl jó adottságokkal rendelkező balkáni országokban ugyanakkor nemcsak a gazdaságfejlesztés fontos eszköze lehet, de az egészségturizmus legfontosabb „telepítő tényezői”-nek, a természeti környezeti és kulturális értékeknek a hasznosítását és megőrzését is szolgálhatja.

További lényeges szempont, hogy az egészség szerepe felértékelődik, napjainkban a vele kapcsolatos gondolkodásban az egyéni felelősség és a megelőzés dominál. Az egészségturizmus teremtette szolgáltatások nemcsak a turisták, de a turisztikai szolgáltatásokat szabadidejük keretében igénybe vevő helyi lakosok életminőségét is javíthatják, ami a két szektor, az egészségturizmus és az egészségfejlesztésben érintett szervezetek számára komoly együttműködési lehetőségeket vetít előre. A kutatási kérdések megválaszolását segítő információk az egyes turisztikai ágazatokban tevékenykedő szereplők (országos, regionális és helyi szintű döntéshozók, egészségturisztikai szolgáltatók és klaszterek, TDM szervezetek stb.) és az egészségfejlesztésben érintett szervezetek számára kiindulási alapot jelenthetnek ahhoz, hogy tervezett döntéseiket a helyi adottságokra építve, a desztinációk összes érintettjének hosszú távú érdekeit is figyelembe véve hozzák meg. Ezáltal nemcsak az egészségturisztikai motivációval utazók életminősége javul(hat), hanem bővülő/diverzifikálódó szabadidős lehetőségeik révén a helyi lakosok élete is jobbá válhat.

### **Az értekezés tartalmi felépítése**

Az értekezés „Irodalmi áttekintés” fejezetében az életminőség és a szubjektív életminőség, valamint az egészség és az egészségturizmus elméleti alapjaival foglalkozom. Az elsősorban amerikai, nyugat- és észak-európai, valamint hazai életminőség-specifikus szakirodalom feldolgozásával célom, hogy bemutassam a témával kapcsolatos fogalmakat, definíciókat, azok összefüggésrendszerét, az életminőség és a szubjektív életminőség mérésének lehetőségeit, és

mindazon mutatókat, amelyet az életminőség és/vagy a szubjektív életminőség számszerűsítésére az elmúlt években – részben a témával kapcsolatos alap kutatásokra építve – létrehoztak. Az életminőséggel foglalkozó 1.1. alfejezetet az életminőség, a szabadidő és a turizmus kapcsolatának bemutatásával zárom. Az irodalmi áttekintés egészség és egészségturizmus fókuszú 1.2. alfejezetében ismertetem az egészség fogalmát, az egészségipar egy szeletét képező egészségturizmus meghatározását, fejlődési trendjeit, végül az egészségturizmus és a szubjektív életminőség kapcsolatát.

Az értekezés „Anyag és módszer” fejezetében elsődleges kutatásom vizsgálati területére és az általam elvégzett kutatások módszertani jellemzőire fókuszálok.

A Balkánon fekvő országok társadalmi-kulturális és gazdasági környezete az egészségturisztikai fejlesztéseknek is keretfeltételét képezi, amelynek vizsgálata a hipotézisek megfogalmazásához és a kutatás eredményeinek értelmezéséhez egyaránt elengedhetetlen volt. A régió turizmusának elemzése a belföldi, a kiutazó és a beutazó turizmus jellemzőinek bemutatására egyaránt kiterjed. Az „Anyag” alfejezet markáns részét képezi a Balkán egészségturisztikai kínálatának és keresletének ismertetése.

A 2.2. Módszer alfejezetben bemutatom kutatásom célját, a kutatás során vizsgálandó kérdéseket és az alkalmazott módszereket.

A 3. fejezetben a nemzetközi és a hazai szakirodalom alapján kialakított, szubjektív életminőséggel kapcsolatos hipotéziseket a Balkánon fekvő országokra vonatkozóan vizsgálom.

A 4. fejezetben az elsődleges kutatásból levonható következtetéseket, illetve az ezek alapján megfogalmazott javaslatokat ismertetem.

Értekezésem utolsó, 5. fejezetében a tartalmi fejezetek összegzése mellett kitérek a témával kapcsolatos jövőbeli kutatási lehetőségekre is.

---

**Az értekezés keretében közreadott eredményeket megalapozó elsődleges kutatások „A regionális jóllét és wellness koncepciók alkalmazási lehetőségei és IKT támogatással megvalósuló fejlesztési lehetőségei a Balkánon” című (KTIA\_AIK\_12-1-2013-0043), a Kutatási és Technológiai Innovációs Alapból finanszírozott kutatás keretében zajlottak.**

# 1. IRODALMI ÁTTEKINTÉS

*„A közgazdaságtanból indultam ki, mégis kénytelen voltam túllépni rajta. A közgazdasági szempontok fontosak, de a gazdaság és a társadalom kibogozhatatlanul egybefonódik.”*

Stiglitz 2005:308

---

## 1.1. Az életminőség, szubjektív életminőség és a szabadidő, turizmus szimbiózisa

Az élet értelmének, a *jó*, a *boldog élethez* vezető útnak a keresése az ókorból eredeztethető. A „jó élethez” vezető úthoz kapcsolódó *életminőség* (angol szakirodalmi megfelelője: quality of life – QoL) fogalmának gyökereit Platón és Arisztotelész boldogsággal kapcsolatos műveiben, etikai írásaiban találjuk (VEENHOVEN 1991, DIENER–SUH 1997, HELLIWELL 2003, KOPP–SKRABSKI 2009). Platón szerint a boldogság csak a legfőbb értékekre – a Jó, az Igaz, a Szép – irányuló életvitel alapján érhető el (SZEGŐ 1996). Arisztotelész etikai témájú műveiben a *boldogságot* tartja a legfőbb jónak (MICHALKÓ 2010). Értelmezésében az emberi javak közül a legkiválóbb, vagyis a tökéletes boldogság eléréséhez az erkölcsileg helyes cselekedetek vezetnek: egy emberről akkor mondható el, hogy boldogan élt, ha egész életében az „erénynek” megfelelően cselekedett. Arisztotelész filozófiai írásaiban az emberek sokféleségéből indult ki: minden mesterségben és tudományban más és más a jó, ezért véleménye szerint a jónak nincs olyan jelentése, amely a kifejezés valamennyi használatában közös volna. Ahány ember, annyiféle jó is van, mindenki valami másban találja meg a neki megfelelő jót, és bár minden cselekedet célja más, a végcél mindig ugyanaz: a boldogság.

A boldogság a felvilágosodástól kezdődően kiemelkedően fontos értéké válik, amelynek biztosításában egyre nagyobb szerepet kezdenek tulajdonítani a társadalomnak. Rousseau hitvallása az, hogy a boldogságot elérni csak magányban lehet, tökéletesen boldog azonban csak „Isten” lehet. Kant gyakorlati ész dialektikája a boldogság és erény ok-okozati összekapcsolásával szintén a legfőbb jóhoz, Istenhez jut, akihez ha értelemmel nem is érünk fel, a gyakorlatban a lelkünkbe plántált törvényei követésével tökéletesen boldogok lehetünk (SZEGŐ 1996).

A XIX. század haszonelvű – utilitarista – gondolkodói úgy vélték, hogy az ember cselekedeteit az *öröme*ly magyarázza: a cél a gyönyör maximalizálása és a fájdalom, a szenvedés minimalizálása, s e cél elérése érdekében racionálisan mérlegeljük cselekvéseink szubjektív hasznosságát. Az utilitaristák szerint a politikai, jogi intézmények hasznossága úgy mérhető, hogy mekkora boldogságot eredményeznek, s azt a társadalmat tartották a legjobbnak, amelyik a legnagyobb boldogságot tudta biztosítani a legtöbb embernek (VEENHOVEN 1996b, 1997, TAKÁCS 2005).

A második világháborút követő időszakban a modern ipari társadalom megteremtette az anyagi forrásokat, a döntéshozók azonban gyorsan felismerték a gazdasági növekedés határait. Johnson elnök 1964-es, elnöki kampányban tett kijelentése szerint *"Céljaink elérését nem mérhetjük bankszámlánk nagyságával, csak az emberek életminőségének javulásával."* (NORDENFELT 1993, KOPP–MARTOS 2011). Alig két évtizeddel később, 1974-ben, a fogyasztói társadalom azon alapvetése, amely szerint az áruk és szolgáltatások termelésének, valamint a nemzetek gazdaságának és polgárai anyagi javainak bővülése egyben boldogságuk növekedésével is jár, megdőlni látszott. Easterlin a *"Does Economic Growth Improve the Human Lot?"* című tanulmányában fogalmazta meg a róla elnevezett azon paradoxont, amely szerint a gazdagabb országok lakói nem vagy nem feltétlenül boldogabbak, mint a szegényebb országok lakói, mivel

a pénz egy bizonyos ponton túl már nem okoz jelentős változást a boldogságuk szintjében (EASTERLIN 1974).

Napjainkra egyértelművé vált, hogy az elmúlt évszázad(ok)ban tapasztalható gyors fejlődés *nemcsak társadalmi-gazdasági problémákat okoz, de pszichológiai válaszokat igénylő kihívásokkal is szembesíti* a fejlett országokban élőket. KOPP és SKRABSKI (2009) kiemeli, hogy a korai anya-gyermek kapcsolat megváltozása, a lakóhelyi és munkahelyi környezet urbanizálódása, a nagycsalád értékátadó szerepének jelentős gyengülése, a tömegtájékoztatás norma- és értékközvetítő szerepének előtérbe kerülése az emberi adaptációs képességeket súlyos, korábban nem tapasztalt próba elé állítja, ami egyensúlyvesztéssel, valamint pszichológiai és élettani következményekkel jár.

A társadalom egésze és az egyén szintjén is jelentkező problémáknak, kihívásoknak a felismerése hatására a társadalom alapvető céljait előbb az USA-ban és Nyugat-Európában, majd – a világ anyagiakban kevésbé gazdag országaiban részben a „fejlett országok” fogyasztói társadalmainak egyfajta kritikájaként – napjainkra számos további országban úgy fogalmazták (újra), hogy *a fejlődés célja nem a mindenáron való gazdasági növekedés, hanem az emberek életminőségének javítása* (BERGER-SCHMITT–NOLL 2000).

Az életminőség szerepének felértékelődése és az a felismerés, hogy a társadalom egésze életszínvonalának növekedése nem feltétlenül jár együtt az egyén boldogságának emelkedésével, a tudomány számos – előbb a szociológia, pszichológia, majd a közgazdaságtan, az orvostudomány, a politikatudomány, valamint a környezetgazdaságtan – területén, egymással párhuzamosan igen jelentős kutatási tevékenységet indított el. A regionális tudomány és a társadalomföldrajz témával kapcsolatos növekvő érdeklődését mi sem jelzi jobban, minthogy a brit Royal Geographical Society 2015 júniusában az általa kiadott, The Geographical Journal tematikus számát a szubjektív életminőség földrajztudományi aspektusaival foglalkozó tanulmányoknak, kutatásoknak szentelte (SCHWANEN–ATKINSON 2015).

### **1.1.1. Az életminőség fogalma**

Arra, hogy az életminőség lényege tudományos és hétköznapi értelmezésben másként ragadható meg, már Arisztotelész is rámutatott: „arra nézve, hogy mi is hát a boldogság, megoszlanak a vélemények: a nagy tömeg egészen másképp értelmezi, mint a bölcsek” (MICHALKÓ 2010).

Az emberi lét értelmének keresésével és az életminőséggel kapcsolatos rendszeres és tudományos kutatások az Amerikai Egyesült Államokban már a két világháború között megjelentek. A II. világháború utáni intenzív gazdasági növekedés, és az annak következtében megjelenő régi-új társadalmi problémák az életminőség kérdését a politika fókuszába állították, amely az 1960-70-es évektől a témával kapcsolatos kutatások egész sorát indította meg világszerte. Az életminőség iránti érdeklődés az elmúlt fél évszázadban és napjainkban is igen intenzív mind a tudományos szféra, mind a nemzetközi szervezetek és a politika szereplői körében, sőt egyéni szinten is.

Ennek, a társadalom minden szintjén megmutatkozó jelentős érdeklődésnek köszönhetően a témának mára nemzetközi szinten hatalmas, de magyarországi vonatkozásban is jelentős mennyiségű szakirodalma van. A nagy számosságú alap- és alkalmazott kutatás ellenére az életminőségnek általánosan elfogadott definíciója nincsen, és összetevőit és működési mechanizmusait illetően is csak igen kevés területen mutatkozik konszenzus (CUMMINS 1997, DISSART–DELLER 2000, COSTANZA et al. 2007, THEOFILOU 2013).

Brock (1993 in: DIENER–SUH 1997) az életminőség-definíciók három csoportját különíti el.

- Az első definíciócsoportba tartozó meghatározások szerint akkor élünk „jó élet”-et, ha vallási, filozófiai vagy egyéb, ehhez hasonló rendszereken alapuló, jól követhető elvek diktálják cselekedeteinket. Az ezen fogalmi keretrendszerben értelmezett életminőség-definíciók szerint az életminőség nem a személyes élményeinktől vagy a vágyaink beteljesülésétől függ. Ez alapján például „jó élet” az, ha segítünk másoknak, mert ezt a vallásunk előírja. E

meghatározás-csoport példái Platón, illetve Arisztotelész fentiekben idézett, „jó élet”-ről vallott gondolatai. E definíciócsoport erősen összefügg a – későbbiekben részletezendő – társadalmi mutatókban megragadható életminőséggel.

- Brock a második definíció típusba azokat a meghatározásokat sorolja, amelyek szerint a „jó élet” döntéseink sikerességén múlik. Az életminőséget ilyen módon megragadó definíciók azt feltételezik, hogy – saját erőforrásaink korlátai közt – döntéshelyzetben olyan dolgokat választunk, amelyek leginkább javítják életünk minőségét. Ennek szellemében az életminőséget az határozza meg, hogy az adott társadalom polgárai hozzájuthatnak-e a vágyott dolgokhoz. Nordenfelt szerint, ha egy ember élettervei hosszú távon megvalósulnak, életminősége – a külső megítéléstől függetlenül – magas szintűnek tekinthető (KOVÁCS 2007). Az, hogy az életminőségünk a döntéseinken alapszik, a modern közgazdasági elméletek egyik alapjának tekinthető.
- A Brock által meghatározott harmadik definíció csoport szerint az élet minősége az egyéni élményben keresendő. Ha valaki jónak, irigylésre méltónak érzi az életét, akkor az vélhetőleg valóban olyan is. Ebben a megközelítésben többek közt az örömezés, a pozitív érzések, az elégedettség a legfontosabb életminőség-tényezők. Az életminőségnek ez a fajta leírása egyértelműen kapcsolódik a – többek között a – viselkedéstudományok által használt szubjektív életminőség fogalomhoz (DIENER–SUH 1997).

A holland Ruut VEENHOVEN (1996c), aki Diener mellett az életminőséggel foglalkozó szakirodalom egyik legtöbbet idézett szerzője, a Brock által elkülönített, az egyéni élményre, észlelésre alapozott definíciókat finomítva, az életminőséget két pillérre építi. Értelmezésében az életminőség egyrészt azon *feltételek megléte*, amelyeket szükségesnek tartunk a jó élethez, másrészt *a jó élet, mint olyan gyakorlata*.

VEENHOVEN (1999) szerint az életminőség kifejezés kétféle értelemben is használható. Az egyik, hogy egy ország mennyi, a nemzetgazdaság sikerességében, a politikai stabilitásban, a közbiztonságban, az egészségügyi ellátásban stb. tetten érhető „jót” ad állampolgárainak – ezt Veenhoven „elképzelt” (assumed) életminőségnek is nevezi. A másik, hogy mennyire „sikeresek”, elégedettek, boldogok maguk az emberek – ezt a „tényleges” (apparent) életminőség kifejezéssel illeti. A tényleges életminőséget az egyén életének átfogó észleléseként értelmezi, s szubjektív életörömegek is nevezi.

CUMMINS (1997) az életminőséget objektív és szubjektív fogalomként írja le, amelynek mindkét dimenziója az élet hét fontos tényezőjéhez<sup>1</sup> – az anyagi jóléthez, az egészséghez, a termelékenységhez, az intimitáshoz, a biztonsághoz, a közösséghez és a lelki jóléthez – kapcsolódik. Az objektív dimenzió az adott társadalmi csoportra jellemző objektív kategóriákban ragadható meg. A szubjektív dimenzió az egyes tényezőkkel való elégedettséget jelenti az egyén számára jellemző fontosságuk függvényében.

Miközben Diener, de még inkább Veenhoven és Cummins fentiekben idézett definíciójában egyértelműen megmutatkozik, hogy az életminőségnek van egy objektív és egy szubjektív oldala is, az elmúlt évtizedekben két, élesen elkülönülő, sokáig meglehetősen kevés átfedést mutató kutatási irányzat bontakozott ki: az egyik az objektív vagy társadalmi mutatókban megragadható életminőséget, a másik a szubjektív életminőséget helyezte vizsgálódása középpontjába<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Angol szakirodalmi megfelelője domain.

<sup>2</sup> Az életminőség kutatási irányzatainak bemutatásakor nem hagyhatók figyelmen kívül az egészséggel összefüggő életminőséget (angol szakirodalmi megfelelője: health related quality of life - HRQoL) vizsgáló kutatások. Az egészséggel összefüggő életminőség több dimenziós, szubjektív, beteg-központú, az orvosi szakirodalomban használt fogalom (KOPP–SKRABSKI 2009), amely a beteg szemszögéből vizsgálja azt, hogy a betegség és annak kezelése milyen hatással van az egyén funkcionálására és egészségére. Az orvosi szakirodalomban használt életminőség

- Az objektív életminőséghez kapcsolódó indikátorokat, az ún. szociológiai vagy más néven társadalmi indikátorokat alkalmazó életminőség-kutatások abból indulnak ki, hogy az életminőség objektíven mérhető életkörülményeink függvénye. A társadalmi mutatókat alkalmazók körében az érdeklődés középpontjában az élet objektíven megítélhető tényezőinek mérése áll, amely indexek, mutatók, skálák segítségével történik. E kutatási irányzat képviselői egyes országok, régiók, esetleg települések és társadalmi rétegek életkörülményeit bárki által jól megítélhető, világos, egzakt mutatók segítségével számszerűsítik.
- A jellemzően pszichológiai eredetű életminőség koncepciókon alapuló, a szubjektív életminőséggel kapcsolatos kutatások az egyén életének szubjektív lenyomatával, az egyén által értékelt életkörülményekkel, az egyén által megélt eseményekkel, élményekkel és azoknak az egyén élet-észlelésére vonatkozó hatásaival foglalkoznak. Utóbbi létjogosultságát az a kijelentés adja, hogy a (szubjektív) életminőség az ember élményeinek összessége, amelyet érzéseink (feelings) és elégedettségünk (satisfaction) határoznak meg. Ez az elmélet arra épül, hogy az egyén szubjektív életminőségét akkor ismerhetjük meg, ha az egyén étellel kapcsolatos érzéseit a saját értékrendjének kontextusában vizsgáljuk (DIENER–SUH 1997).

Napjainkra e két kutatási irány egyes szerzőknél, úgy tűnik, egymásra talál: CUMMINS (1997), COSTANZA és szerzőtársai (2007), MICHALKÓ és szerzőtársai (2009a) az életminőséget már az emberi létet meghatározó objektív tényezők és azok szubjektív tükröződésének *együttes vetületeként* értelmezik. A két életminőség-koncepció egymásra találása az életminőség számszerűsítését szolgáló, az értekezés 1.1.4. fejezetében részletesen bemutatásra kerülő néhány komplex életminőség-mutatóban is megmutatkozik.

Az életminőségnek a szakirodalomban fellelhető meghatározásait összegezve elmondható, hogy annak általánosan elfogadott definíciója nincsen. DISSART és DELLER (2000) rámutat, hogy éppen ebből adódóan az életminőséget gyakran használják a jóllét, az életmód, az elégedettség, az étellel való elégedettség, a boldogság, a hangulat szinonimájaként is.

FEKETE (2006) véleménye szerint az – értekezés egyik alapkövének számító – „jó élet” dimenzióit és kritériumait az életminőség tematizálja a leginkább átfogóan. Az olyan, többé-kevésbé az életminőség köré csoportosuló fogalmak mint például a fenntartható fejlődés, az emberi fejlődés, az élıhetőség ugyanis inkább az életminőség egyes, napjainkra megváltozott gazdasági, társadalmi és politikai körülmények között nagyobb jelentőségre szert tett aspektusait foglalják magukba, és részben fedik egymást.

### 1.1.2. Az életminőség pillérei

Az elmúlt évtizedekben végzett alap életminőség-kutatások jelentős része az életminőséget az emberi létet meghatározó objektív tényezőkkel és/vagy azok szubjektív tükröződésével hozza kapcsolatba.

Az objektív tényezők közé az ún. érzékelhető, relatíve egyszerűen mérhető, külső szemlélő által is értékelhető életkörülmények, életfeltételek, életszínvonal tartozik, míg a szubjektív pillér az érintett saját értékelését, az elégedettséget, a közérzetet, a boldogságot jelenti.

A szakirodalom az életminőség objektív tényezőire jellemzően jólétként (welfare), szubjektív tényezőire jóllétként (wellbeing) (MICHALKÓ et al. 2009a) hivatkozik. A nemzetközi szakirodalomban gyakran jelenik meg az objektív tényezők vetületeként értelmezhető objective wellbeing (OWB) és a szubjektív pillér vetületeként értelmezhető subjective wellbeing (SWB) kifejezés is (MICHALKÓ 2010). A szubjektív életminőség DIENER (1984) korai műveiben „szubjektív jó közérzetként”, SEN-nél (1993) életszínvonalként, Emmons-nál (1986 in: SŐRÉS

---

kifejezés némileg különbözik a más tudományterületeken alkalmazott definícióktól, mivel az kizárólag az egyén észlelésére épül [WHOQoL Group 1998].

2013) élethelyzettel való elégedettségként, VEENHOVEN-nél (1993) szubjektív életörömként és RYAN–DECI-nél (2001) boldogságként is előfordul.

A hazai szakirodalomban az életminőség objektív tényezőinek megnevezésére az objektív életfeltétel (KOPP–MARTOS 2011), társadalmi jól-lét (SZIRMAI 2015), szubjektív tényezőinek megnevezésére a szubjektív életminőség (MICHALKÓ 2010, KOPP–MARTOS 2011), a szubjektív jólét (LENGYEL 2002, LENGYEL–JANKY 2003), a szubjektíven átélt jó közérzet (VARGA 2002), a szubjektív közérzet (FEKETE 2006) kifejezés is megjelenik.

### 1.1.2.1. Az objektív életminőség

Az objektív, vagyis az életünk objektív tényezőire utaló életminőség adott kulturális vagy földrajzi egységben élők életkörülményeit számszerűsítő (jellemzően) gazdasági és társadalmi indikátorokban ragadható meg. Ezek az indikátorok akkor használhatóak, ha pontosan definiálhatóak, objektíven, pontosan és egyszerűen mérhetőek. Erősségük, hogy a társadalom általánosan elfogadott értékeit, céljait jól tükrözik, és meglehetősen jól használhatóak összehasonlításra is. További erősségeiket és gyengeségeiket az 1. táblázatban mutatom be.

A gazdasági és társadalmi indikátor fogalomkörbe sokféle, az élet legkülönbözőbb dimenzióit, területeit jellemző mutatószám tartozik az egy főre jutó GDP-től, a munkanélküliségi rátán át a gyermekhalálozásig, az egy főre jutó orvosok számáig vagy a születéskor várható élettartamig. Az oktatással, az emberi jogokkal, a segélyezéssel és további hasonló területekkel kapcsolatos mutatókat szintén az életminőséget jellemző társadalmi indikátorok közé soroljuk (DIENER–SUH, 1997, KSH 2014).

Ahogy az életminőség fogalmáról vagy koncepciójáról, úgy objektív pillérének tartalmáról sincs konszenzus. Az objektív életminőség mérésével foglalkozó tanulmányok legtöbbször gazdaság- (beleértve a jövedelemmel, foglalkoztatottsággal kapcsolatos mutatókat), társadalom-, egészség- és környezetstatisztikákra épít. Az, hogy az anyagi jólét mellett érdemes-e társadalmi indikátorokat vizsgálni, vitatott: DIENER és BISWAS-DIENER (2002) például azt találta, hogy egy nemzet anyagi jóléte és társadalmi indikátorai között olyan erős az összefüggés, hogy pusztán az anyagi körülményeket is elegendő számításba venni az objektív életminőség megítéléséhez.

1. táblázat: *Az objektív életminőség-mutatók erősségei és gyengeségei*

Erősségek	Gyengeségek
<ul style="list-style-type: none"> <li>- objektívek,</li> <li>- viszonylag pontosan definiálhatóak,</li> <li>- pontosan és relatíve egyszerűen mérhetőek,</li> <li>- a mérési hiba elhanyagolható nagyságrendű,</li> <li>- jól használhatóak összehasonlításra,</li> <li>- a mérési eredmények értékelése széleskörű megegyezésen alapul,</li> <li>- relatíve jól képezik le a társadalom általánosan elfogadott értékeit, céljait,</li> <li>- a szűkebb értelemben vett társadalmi indikátorok olyan jelenségek számszerűsítésére is szolgálhatnak, amelyeket sem a gazdaságstatisztikák, sem a szubjektív életminőség-kutatások nem jellemeznek.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- az életminőség fogalmával és tartalmával kapcsolatos konszenzus hiánya miatt a kutatások módszertanát illetően gyakran kell a szubjektivitásra támaszkodni,</li> <li>- a társadalmi indikátorok alapeszméje azt feltételezi, hogy a társadalom tagjai ugyanazokat a dolgokat tartják kívánatosnak,</li> <li>- bár objektívnek tartjuk őket, az adatok a mérési módszerekből vagy az adatok interpretálása során torzulhatnak,</li> <li>- az értékek hibahatára kultúrától függően különbözik,</li> <li>- nehéz lehet eldönteni, hogy milyen érték a „túl sok” vagy a „túl kevés”, mi az ideális, a jó,</li> <li>- ok-okozati viszonyok feltárására alkalmatlanok,</li> <li>- nem egyértelmű, hogy az életminőség értékelésére összevont indexeket alkalmazzunk vagy az indikátorokat külön-külön értékeljük,</li> <li>- nem tükrözik az emberek szubjektív életminőség-felfogását.</li> </ul>

*Forrás: DIENER–SUH (1997) alapján saját szerkesztés*

### 1.1.2.2. A szubjektív életminőség

A szubjektív életminőséget vizsgáló kutatások abból indulnak ki, hogy ahhoz, hogy megismerjük az egyén életminőségét, az a fontos hogy az egyén saját életének egészére vagy egyes részeire vonatkozó vélekedését mérjük.

A szubjektív életminőség meghatározására; az életminőségtől, az étellel való elégedettségtől, a boldogságtól vagy más egyéb, a „jó élet”-tel kapcsolatos fogalmaktól való elkülönítésére és mérésére számtalan tanulmány vállalkozott, konszenzus azonban még fogalmának tekintetében sincsen.

A szubjektív életminőség fogalmát a legtöbb tanulmány *a szubjektív élet tényezőire* (angol szakirodalmi megfelelője: domains) építi. HALLERÖD és SELDÉN (2013) a jóllétet az egészség, az életfunkciók, a társadalmi kapcsolatok, a pszichoszociális problémák (például depresszió, aggódás) és az anyagiak alapján véli megragadhatónak. A szubjektív életminőség „domain”-jei között gyakran jelenik meg ezen felül a foglalkoztatottság, az iskolai végzettség és a lakáshelyzet. A környezet mint a szubjektív életminőséget formáló tényező szerepét több, nemrégiben készített kutatás (KNIGHT et al. 2013, NEF 2014) hangsúlyozza. A szubjektív életminőség-kutatások egy része (EIU 2005) olyan területeket is vizsgál, mint a politikai stabilitás, a politikai szabadság, a nemek közötti egyenlőség és a környezetvédelem. VILLAMAGNA és GIESECKE (2014) a szubjektív életminőséget többdimenziós értéként határozza meg, amely anyagi (élelem, víz, lakhatás) és nem anyagi (egészség, társadalmi kohézió, biztonság) szükségletekre épül.

DIENER (1984) meghatározásában a szubjektív életminőség tudatos (cognitive) és érzelmi (affective) elemeket is tartalmaz, három komponense a kellemes érzés, a kellemetlen érzés és az étellel való elégedettség. Az „érzés” alatt jelen esetben kellemes vagy kellemetlen hangulatot és érzelmet értünk (ezek nem egy kontinuum részei, hanem egymástól elkülönülő, önálló tényezők), míg az étellel való elégedettség az élet körülményeit jelentő tényezők értékeléséből ered és egyfajta tudatossággal jellemezhető. Mind az érzelmek, mind az elégedettség azt jelzi, hogy az ember milyenek értékeli az élethelyzetét és az életét. Miután akár az egyén, akár a társadalom lehet jó az egyik és gyenge a másik szubjektív életminőség-tényezőben, így mindig mindhárom komponens vizsgálendő.

VEENHOVEN (1984), aki szubjektív életminőséggel kapcsolatos koncepcióját Diener fent idézett munkájára építi, korai munkáiban a jóllét affektív és kognitív dimenzióját ugyancsak fontosnak tartotta. Felfogásában azonban az értékelés nem kizárólag kognitív tényező, hanem inkább egy olyan általános kép, amely két pilléren nyugszik: életünknek a „jó élet” mint olyan attribútumaival történő összevetésén (elégedettség), és azon, hogy időnk jelentős részében, általában véve hogyan érezzük magunkat (hedonikus érzések).

A Veenhoven későbbi munkáiban megjelenő boldogság a szubjektív életminőség szinonimája, más szóval Veenhoven a tényleges életminőség lényegét abban látja, hogy az emberek mennyire lelik örömeiket saját életükben, azaz mennyire boldogok. Véleménye szerint a jóllét szintje egy rövid, jól megfogalmazott kérdés segítségével – például azzal, hogy a megkérdezett összességében mennyire elégedett az életével – könnyen meghatározható. Veenhoven a boldogságot több mutató, például a boldog évek számával számszerűsíti is (KOVÁCS 2007).

A hazai szakirodalomban ugyancsak többféle szubjektív életminőség-értelmezéssel találkozhatunk. UTASI és kutatócsoportja (2007) – a veenhoven-i meghatározáshoz hasonlóan – [„az objektív életfeltételi kereteken belül formálódó] boldogság, elégedettség szintjét, a létfeltételek megélését, az objektív feltételek szubjektív érzékelését vizsgálta” (p. 5). MICHALKÓ (2010) értelmezésében „a boldogság nem a pillanatnyi érzelmi állapot (öröm, szerelem, szomorúság, düh stb.) determinálta fogalom, hanem az egyén egész addigi életére hatást gyakorló pozitív és negatív tényezők mérlegelésének sajátos egyenlege” (p. 22).

A szubjektív életminőség-kutatás kérdőíveiben előforduló kérdések jellemzően az étellel való *általános elégedettségre és/vagy a boldogságra* vonatkoznak (DONOVAN et al. 2002,



KAHNEMAN–KRUEGER 2006). HELLIWELL és PUTNAM (2004) szerint az étellel való elégedettség és a boldogság között az a különbség, hogy a boldogság leginkább az emberek rövidtávú, helyzetfüggő érzelmeit jellemzi, míg az étellel való elégedettség inkább a hosszú távú, viszonylag állandó élethelyzettel kapcsolatos. A szubjektív életminőség és az elégedettség, illetve a szubjektív életminőség és boldogság kifejezések azonban a szakirodalomban nagyon gyakran egymás szinonimáiként jelennek meg (EASTERLIN 2001).

WATERMAN (1993), valamint RYAN és DECI (2001) a szubjektív életminőségnek – az általuk alkalmazott szóhasználatban boldogságnak – két típusát különíti el: a tevékenységekbe történő bevonódás örömeit jelző *eudémonikus boldogságot* és a szükségleteink kielégítése során keletkező pozitív érzelmeket mutató *hedonikus boldogságot*. HELLIWELL (2003) az eudémonikus és a hedonikus boldogságot egyaránt fontosnak tartja, mások (WATERMAN 2008) szerint az eudémonikus boldogság fontosabb. KJELL (2011) mindkét boldogságformát elemezve kutatta a boldogság fogalmát. Boniwellt idézve azt állapítja meg, hogy a szubjektív életminőség kutatásában hangsúlyos szerepet kap a hedonikus boldogság. A DIENER (1984) által megalkotott jóllét-definícióból kiindulva azt állítja, hogy az étellel való elégedettség és a pozitív érzelmei magas értékei, ha a negatív érzelmei alacsony értékeivel párosulnak, az a jóllét magas fokát jelenti. Ez esetben az egyén határozza meg azt, hogy mi teszi őt boldoggá, és nem a kutatók döntenek el, hogy milyen is a „jó élet”, ami inkább az eudémonikus megközelítést jellemzi (KESEBIR–DIENER 2008).

Az „OECD Szubjektív jóllét mérésének irányelvei 2013” dokumentuma [OECD 2013] a szubjektív életminőséget jó lelkiállapotként határozza meg, amelybe beleérti az egyénnek a saját életéről alkotott minden pozitív és negatív értékelését, valamint a mindennapi életre adott érzelmi válaszait.

A szubjektív életminőség-mutatók erősségeit és gyengeségeit a 2. táblázatban mutatom be.

2. táblázat: *A szubjektív életminőség-mutatók erősségei és gyengeségei*

Erősségek	Gyengeségek
<ul style="list-style-type: none"> <li>- a szubjektív életminőség-mutatók korrelálnak más, hasonló fókuszú kutatások (például napi hangulatszint, pozitív és negatív életesemények felidézése) eredményeivel,</li> <li>- tükrözik az egyén számára fontos életeseményeket,</li> <li>- az objektív vizsgálatok eredményeinek magyarázatához jól használhatóak,</li> <li>- az objektív indikátoroknál rugalmasabban változtathatóak,</li> <li>- az egyes részmutatók az objektív mutatóktól, ahol gyakran már a mértékegységek is különbözőek, jobban összevethetőek.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- az életminőség fogalmával és tartalmával kapcsolatos konszenzus hiányából adódó korlátok,</li> <li>- a társadalmi elvárások befolyásolhatják az egyén szubjektív életminőség-szintjét,</li> <li>- a szubjektív életminőség fontossága erősen egyén- és nemzetfüggő,</li> <li>- a szubjektív életminőség indikátorok nem alkalmasak egy közösség életminőségének jellemzésére, mert abban a közösséget alkotó egyének temperamentuma és személyes kapcsolatai nagyobb szerepet játszanak, mint a társadalmi tényezők.</li> </ul>

*Forrás: DIENER–SUH (1997) alapján saját szerkesztés*

Az objektív és a szubjektív életminőség fogalma és koncepciója tehát – még ha kapcsolat van is közöttük – meglehetősen eltér egymástól, éppen ezért a „jó élet” felé vezető úton elért pozíció meghatározásában mindkettő nyújt olyan információt, ami a másiktól hiányzik.

### 1.1.2.3. Az objektív és a szubjektív életminőség kapcsolata

Az objektív és a szubjektív életminőség összefüggését számos kutató vizsgálta. Az életminőség-kutatások mérföldkövének számítók, az 1970-es évek közepén megfogalmazott Easterlin-paradoxon önmagában is az objektív és a szubjektív életminőség viszonyát feszegető, máig megválaszolatlan kérdéseket vet fel.

Napjainkban az objektív és a szubjektív életminőség egymáshoz való viszonyával kapcsolatos egyik elméleti irány azt vallja, hogy a társadalom életminőségéről akkor kapható teljes kép, ha az objektív és szubjektív mutatókat egymással kiegészítve használjuk (CUMMINS 1997, COSTANZA et al. 2007, MICHALKÓ et al. 2009a). Egy másik álláspont szerint az életminőséget csakis az objektív mutatók alapján lehet definiálni, mivel a szubjektív életminőség-mutatók ezekből az objektív mutatókból vezethetők le (HORN 1993). Az ezzel ellentétes, harmadik nézet szerint (korai kutatásai során ennek képviselője volt például Diener) pedig a szubjektív életminőség önmagában, az objektív mutatók ismerete nélkül is teljes mértékben jellemzi a társadalom életminőségét.

VEENHOVEN (1996b), DIENER et al. (1997), CUMMINS (1998) és CUMMINS–GULLONE (2000) – az objektív és a szubjektív életminőség személyes szinten megmutatózó nem túl erős összefüggésének okát elemezve – azzal érvel, hogy azok, akik az objektív mutatók alapján jó körülményekkel rendelkeznek, nem feltétlenül elégedettebbek vagy boldogabbak társaiknál. Véleményük szerint az is előfordulhat, hogy miközben egy csoport tagjainak objektív életminősége romlik, jóléte csökken, az élettellel való elégedettségük növekszik. CUMMINS és GULLONE (2000) kimutatja, hogy „az objektív mutatók egymás közötti és a szubjektív mutatók egymás közötti korrelációja mindig magasabb, mint az objektív és szubjektív mutatók közötti korreláció” (p. 58).

Ezt erősíti meg HEGEDŰS (2001) is, aki szerint az emberileg legsúlyosabban gátló körülmények között élőket, vagyis a nagyon szegényeket, súlyos fogyatékkal vagy betegséggel élőket leszámítva nem általános az összefüggés az egyéni szintű objektív és szubjektív életminőség-változók között, ha némely esetben ki is mutatható kapcsolat. Ennek relevanciáját kutatások mind az egyes életterületeken belüli objektív és szubjektív mutatók közötti kapcsolatot vizsgálva, mind az általában vett vagy összetett indexszel mért szubjektív életminőség és egyes objektív mutatók összefüggését elemezve igazolták.

A legrosszabb életkörülmények azonban egyértelműen fokozzák a szubjektív és objektív mutatók közötti összefüggés erősségét (VEENHOVEN 1996b, CUMMINS–GULLONE 2000).

#### **1.1.2.4. Az értekezésben használt szubjektív életminőség és életminőség fogalom**

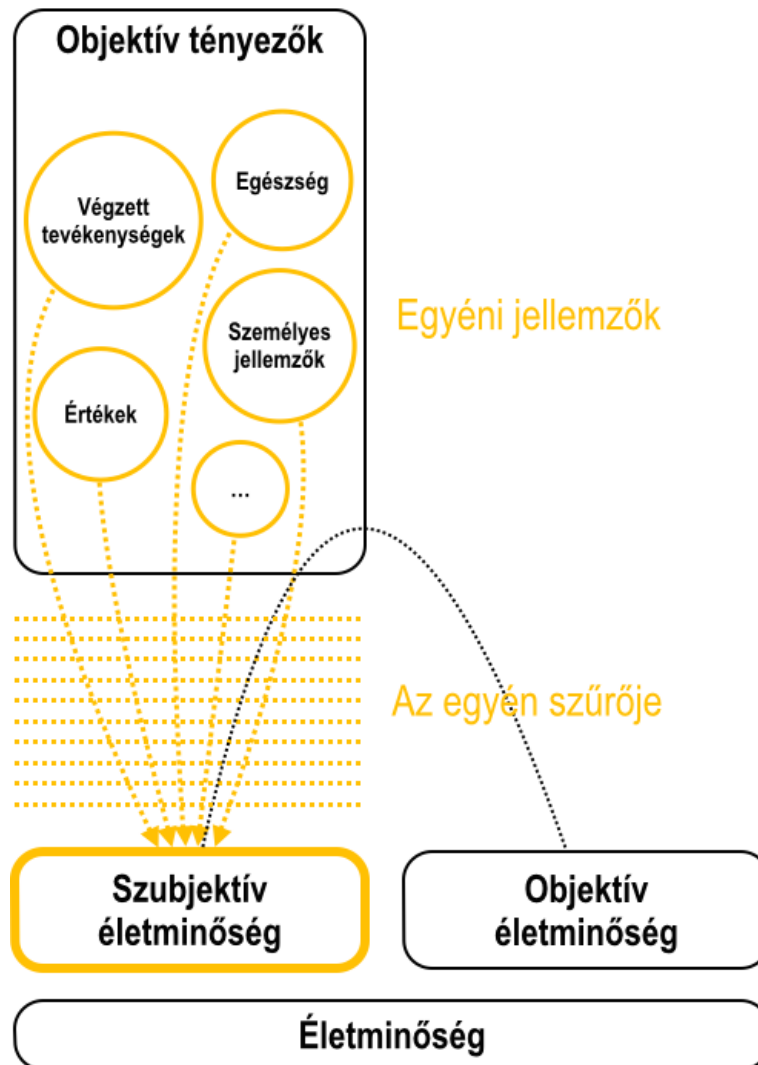
Ahogy az az életminőség és a szubjektív életminőség fogalmát, valamint az életminőség pilléreit és azok összefüggését bemutató fejezetben is látható volt, az életminőség és a „jóllét kutatása igen labilis pályát kínál a feladatra vállalkozók számára” (MICHALKÓ 2010 p. 102). E kijelentést ARGYLE (1999), COSTANZA és szerzőtársai (1997), DOLAN és szerzőtársai (2008), valamint DODGE és szerzőtársai (2012) számos életminőség/szubjektív életminőség definíciót elemző, illetve életminőségre/szubjektív életminőségre vonatkozó kutatás eredményét szintetizáló tanulmánya is igazolja.

Tekintettel arra, hogy sem az értekezés központi témáját adó szubjektív életminőségnek, sem az azzal összefüggő életminőségnek nincs a szakirodalomban általánosan elfogadott meghatározása, az értekezésben a nemzetközi és hazai szakirodalom feldolgozás alapján szintetizált – alapvetően DIENER (1984, 1994, 2000), VEENHOVEN (1984, 1991, 1993, 1994, 1996a-c), COSTANZA et al. (2007) és MICHALKÓ (2010) munkásságából építkező – saját szubjektív életminőség és életminőség meghatározásomat, illetve koncepciómat használom.

Értelmezésemben az életminőség – amelyre az angol nyelvű szakirodalomban jellemzően quality of life-ként, ritkábban wellbeing-ként hivatkoznak – az egyénnek, az egyének egy csoportjának vagy a társadalomnak a „jó élet” felé vezető úton elért helyét határozza meg (COSTANZA et al. 2007, MICHALKÓ et al. 2009a, MICHALKÓ 2010). Veenhoven, Costanza és szerzőtársai, valamint Michalkó fent hivatkozott tanulmányaiban megfogalmazott vélekedését elfogadva úgy gondolom, hogy az életminőség az emberi létet meghatározó objektív tényezők és azok szubjektív tükröződésének együttes vetülete, illetve hogy az életminőség két, egy objektív és egy szubjektív pillérré épül.

Az életminőségnek a szakirodalomban fellelhető koncepciói és mérési lehetőségei ugyanakkor – ahogyan arra COSTANZA et al. (1997) utal – meglehetősen sok kérdést vetnek fel. Ezek közül a legfontosabb az, hogy az életminőség egy közösség vagy társadalom általánosan elfogadott normái kontextusában határozható meg csupán, egy ilyen normarendszernek a meghatározása azonban meglehetősen nehéz feladat.

Az életminőség, az objektív és a szubjektív életminőség általam alkalmazott összefüggésrendszerét az 1. ábrán mutatom be.



1. ábra: Az életminőség, az objektív és a szubjektív életminőség összefüggései

Forrás: saját szerkesztés

Az életminőség objektív pillére a mások által is megítélhető életkörülményekben, életfeltételekben, életszínvonalban ragadható meg, erre a továbbiakban objektív életminőségként vagy jólétként hivatkozom.

Az életminőség szubjektív pillére a szubjektív életminőség, más szóval a jóllét, amely az angol nyelvű szakirodalomban jellemzően wellbeing-ként vagy subjective wellbeing-ként, olykor satisfaction-ként (elégedettség) vagy happiness-ként (boldogság) jelenik meg. Véleményem szerint a szubjektív életminőség, csakúgy mint az életminőség, az egyénnek, az egyének egy csoportjának vagy a társadalomnak a „jó élet” felé vezető úton elért helyét határozza meg, az életminőséggel szemben azonban azt az egyén szemszögéből, az egyén által „jó életként” definiált

kontextusban mutatja. A szubjektív életminőség tehát egy, az egyén értékrendszere szerint kialakított, s véleményem szerint éppen ezért az életminőséghez képest sokkal inkább letisztult fogalom.

A szubjektív életminőség – saját értelmezésemben – két tényezőcsoportnak, az objektív életkörülményeknek, életfeltételeknek és az egyéni jellemzőknek az egyén szűrője által megszürt leképeződése, érzésekben, hangulatokban megragadható, hosszabb távon is viszonylag állandó mutató. Más szóval: a szubjektív életminőség olvasatomban az egyén objektív feltételekhez fűződő személyes értékelésének és egyéni jellemzőinek személyes értékeléseként kialakult összessége.

DIENER (1984) és VEENHOVEN (1984) véleményét osztva úgy gondolom, hogy a szubjektív életminőségnek van egy kognitívan értékelhető része, és egy affektív oldala, előbbi a tudatosult tényezőket, illetve azok értékelését, utóbbi az ember érzéseit, érzelmeit, hangulatait testesíti meg. A szubjektív életminőség mérése a szakirodalomban az élettal való általános elégedettségre (a kognitív tényezők mérésére) és/vagy a boldogságra (az affektív tényezők mérésére *vagy a teljes életértékelésre*) vonatkozó kérdéssel történik (DONOVAN et al. 2002, KAHNEMAN–KRUEGER 2006). Saját meglátásom szerint, ha az emberi lét céljának a boldogságot tekintjük, és a szubjektív életminőséget a jó, a boldog élet felé vezető úton elért eredménnyel azonosítjuk, akkor a szubjektív életminőség a boldogsággal kapcsolatos – közérthetősége miatt kérdőíves megkérdezésekben is jól alkalmazható – általános kérdés segítségével mérhető leginkább. Az általam használt boldogság-fogalom MICHALKÓ-hoz (2010) hasonlóan nem a pillanatnyi érzelmi állapot determinálta fogalom, hanem „az egyén egész addigi életére hatást gyakorló pozitív és negatív tényezők mérlegelésének sajátos egyenlege” (p. 22).

Noha értekezésem központi témája a szubjektív életminőség, annak az objektív tényezőkkel való kapcsolata adja az objektív életminőséggel, illetve az életminőséggel kapcsolatos elméleti és gyakorlati fejezetek, kérdések, hipotézisek létjogosultságát. Értekezésemben a jóllétet és a boldogságot a szubjektív életminőség szinonimáiként használom.

### **1.1.3. Az életminőség-kutatás műhelyei**

Az életminőség fogalmának, valamint pilléreinek bemutatását követően jelen alfejezetben a legjelentősebbnek tekinthető nemzetközi és hazai életminőség-koncepciókat, illetve iskolákat tekintem át.

#### **1.1.3.1. Nemzetközi kitekintés**

##### **Közgazdasági modellek**

A közgazdaságtan és az életminőség/objektív életminőség/szubjektív életminőség-kutatások kapcsolata kettős. Noha a boldogság fogalma például sem a liberális közgazdaságtantól<sup>3</sup>, sem a neoklasszikus közgazdaságtantól<sup>4</sup> nem áll távol, illetve a szubjektív életminőség-kutatások alfájának tekintett Easterlin-paradoxon névadója, Richard Easterlin maga is közgazdász, a szubjektív életminőségre a közgazdászok jelentős része ma is szkeptikusan tekint (TAKÁCS [N.a.]), és kevés a szubjektív életminőséget a közgazdaságtan talaján vizsgáló tanulmány (EASTERLIN 2001, DOLAN et al. 2008).

A nemzetközi és a hazai szakirodalom szintézise alapján elmondható, hogy a közgazdaságtan alapjain nyugvó életminőség-kutatások komolyan elismert területévé napjainkig csupán a

---

<sup>3</sup> A liberális közgazdaságtan alapja az utilitarizmus, vagyis a haszonelvűség, amely szerint az emberek cselekedeteit az *örömeelv* magyarázza: céljuk a gyönyör maximalizálása és a fájdalom, a szenvedés minimalizálása.

<sup>4</sup> A neoklasszikus közgazdaságtan szerint a jóllét növekedése korrelál a fogyasztás mértékével, vagyis az alapszükségletek kielégítését biztosító javakhoz való hozzáféréssel (MICHALKÓ 2010).

szubjektív életminőség-kutatások ökonometriai vonulata nőtte ki magát (FREY–STUTZER 2000, EASTERLIN 2001, BLANCHFLOWER 2002, DOCKERY [N.a.], EASTERLIN 2006, MORRISON et al. 2010 stb.). E kutatásokban ökonometriai modellek segítségével – gazdaság- és társadalomstatisztikák, valamint kvantitatív, nagy mintán történő megkérdezések adatainak felhasználásával – azt próbálják megbecsülni, hogy egyes, objektíven mérhető tényezők mennyiben járulnak hozzá az egyén szubjektív életminőségéhez (DOLAN et al. 2008, TAKÁCS 2009). BRUNI és STANCA (2008) szerint a jövőben az életminőség és a szubjektív életminőség-kutatás újra a közgazdászokat is foglalkoztató témává válik.

### Szükségletalapú pszichológiai modellek: Maslow és Allardt modellje

Az Abraham Maslow által az 1950-es években felállított szükséglet-piramis a motivációkutatás és az emberi boldogság-keresés vizsgálatának egyik alapja, a „jó élet”, az életminőség és a jóllét egyik első jelentősebb, tudományos igényű elméleti modellje (HAGERTY 1999). Maslow az emberi szükségleteket hierarchikusan ábrázolta: az ember, ahogy a legalsóbb szint teljesül, a felette lévő szint elérésére, teljesítésére fókuszál, annak elérése lesz a következő célja. A piramis legalsó szintjén az alapvető élettani (fiziológiai) szükségletek, mint például az éhség, a szomjúság stb. állnak, majd a piramis csúcsa felé haladva egyre magasabb rendű motívumok (biztonság, valahová tartozás, megbecsülés és önmegvalósítás) helyezkednek el. Noha Maslow kristálytisza szükséglet-hierarchiája nem minden egyén esetében érvényesül, modellje fő üzenetének – miszerint létünk alapjainak hiányában aligha motiválhatnák bennünket magasabb rendű szükségletek – létjogosultsága megkérdőjelezhetetlen.

Erik Allardt az életminőséget Maslow-hoz hasonlóan közelíti meg: az objektív tényezőkre és a szubjektum szerepére egyaránt építő elmélete szükségletalapú és hierarchikus rendszerű (KOVÁCS et al. 2006). A finn szociológus Allardt „having–loving–being” életminőség-modellje – Maslow-val ellentétben – a magasabb szinten elhelyezkedő szükségletek kielégülését nem teszi függővé az alacsonyabb szinten álló szükséglet kielégülésének bekövetkeztétől. Az életminőség korábban részletesen bemutatásra került objektív és szubjektív aspektusai Allardt modelljének mindhárom szintjén megjelennek (3. táblázat).

3. táblázat: Allardt életminőség-modellje

	Objektív indikátorok	Szubjektív indikátorok
<b>Having</b> materiális és nem személyes szükségletek	az életszínvonal és a környezeti körülmények objektív mérése	szubjektív érzések: az életkörülményekkel való elégedettség/elégedetlenség
<b>Loving</b> szociális szükségletek	a másokhoz fűződő kapcsolatok objektív mérése	kapcsolatokkal való elégedettség/elégedetlenség
<b>Being</b> a személyes fejlődés szükségletei	a társadalomhoz és a természethez fűződő viszony objektív mérése	az elidegenedés vagy a személyes kiteljesedés szubjektív érzése

Forrás: UTASI (2006 p. 287)

### Az egyén, a szubjektum szerepét hangsúlyozó pszichológiai modellek: Diener, Veenhoven, Csíkszentmihályi-iskola és Seligman modellje

Diener szerint az egyének és csoportok életminőségét életfeltételeik és szubjektív közérzetük komponenseinek összessége adja. A szubjektív, individuálisan megélt közérzet, vagyis a szubjektív életminőség az érintettek a léthelyzetével való elégedettségét és az ezzel kapcsolatos pozitív és negatív érzelmeit fejezi ki (DIENER et al. 1997).

VEENHOVEN (1996b) az életminőséget a „jó élet” attribútumainak megismeréséből, jellemzőinek kereséséből eredezteti. Utal arra, hogy az életminőség többféleképpen is értelmezhető: fogalma a környezeti minőséggel (alapvetően az ökológia területén) kapcsolatosan, az emberi teljesítőképesség/állapot (leginkább az orvostudományok területén) vonatkozásában és az emberi léthez kapcsolódó eredmény(mutatók) kontextusában is megjelenik. Az első két

értelmezés véleménye szerint inkább a „jó élet” *előfeltételeire*, mintsem magára a „jó életre” vonatkozik. A harmadik értelmezés az utóbbit helyezi középpontba és az életminőséget a „jó élet” felé vezető úton elért eredménynek tekinti. A „jó élet” ebben az értelmezésben az az élet, amit az *egyén szeret*. Az első esetben az életminőséget egy külső szemlélő is tudja értékelni, az utóbbit csak az azt megélt személy, emiatt is hivatkoznak rá általában „szubjektív életminőség”-ként. Veenhoven szerint, ha az életminőség kifejezést társadalmi szinten használjuk, akkor az előbbi értelmezés alkalmazható. Ha azt mondjuk, hogy egy országban az emberek életminősége alacsony, akkor arra gondolunk, hogy ott hiányoznak az emberi élet feltételei, mint például az alapvető élelmiszerek, a lakhatás vagy az alap egészségügyi ellátás. Egyéni szinten azonban az életminőség mindkét értelmezése lehetséges. Ha azt mondjuk valakire, hogy nem jó az élete, akkor érthetjük ezalatt azt, hogy nem rendelkezik a „jó élet” feltételeivel, de azt is, hogy az illető nem elégedett és/vagy boldog. Az egyén szintjén a két fajta életminőség nem feltétlenül van összhangban: egy gazdag, befolyásos és népszerű ember is küzdhet lelki problémákkal, másvalaki, szegénysége, tehetetlensége és elszigeteltsége ellenére is érezheti magát jól mentálisan és fizikailag egyaránt. Veenhoven az életfeltételek meglétére utaló dimenzióra „elképzelt” (presumed), az egyéni szinthez kapcsolódóra „tényleges” (apparent) életminőségként is hivatkozik, kutatásaiban jellemzően a „tényleges” életminőségre koncentrálnak.

Az egyént a vizsgálódása középpontjába állító pszichológiai életminőség-kutatások másik irányzata az ún. pozitív pszichológiához kapcsolódik, amelynek megalapozói Martin Seligman és Csikszentmihályi Mihály. Az irányzat szakít a korábbi negatív, elsősorban a pszichopatológia vizsgálatára koncentrálnak szemlélettel és az emberi psziché erősségeinek feltérképezését, törvényszerűségeinek vizsgálatát tartja alapvetőnek, így a tünetek és panaszok helyett az életminőség, a pozitív életminőség fogalma kerül a középpontba (KOPP–MARTOS 2011).

SELIGMAN (2008b), amerikai, kísérleti pszichológus azt vallja, hogy az emberek pesszimizmusa és optimizmusa tanulható, és ezáltal az életminősége javítható. Ahelyett, hogy olyan dolgokra vágyakoznánk, amik elérése után vélhetően boldogabbak leszünk, arra kell törekednünk, hogy az adott helyzetből a legjobbat hozzuk ki, és a benne lévő jó dolgokra fordítsunk energiát.

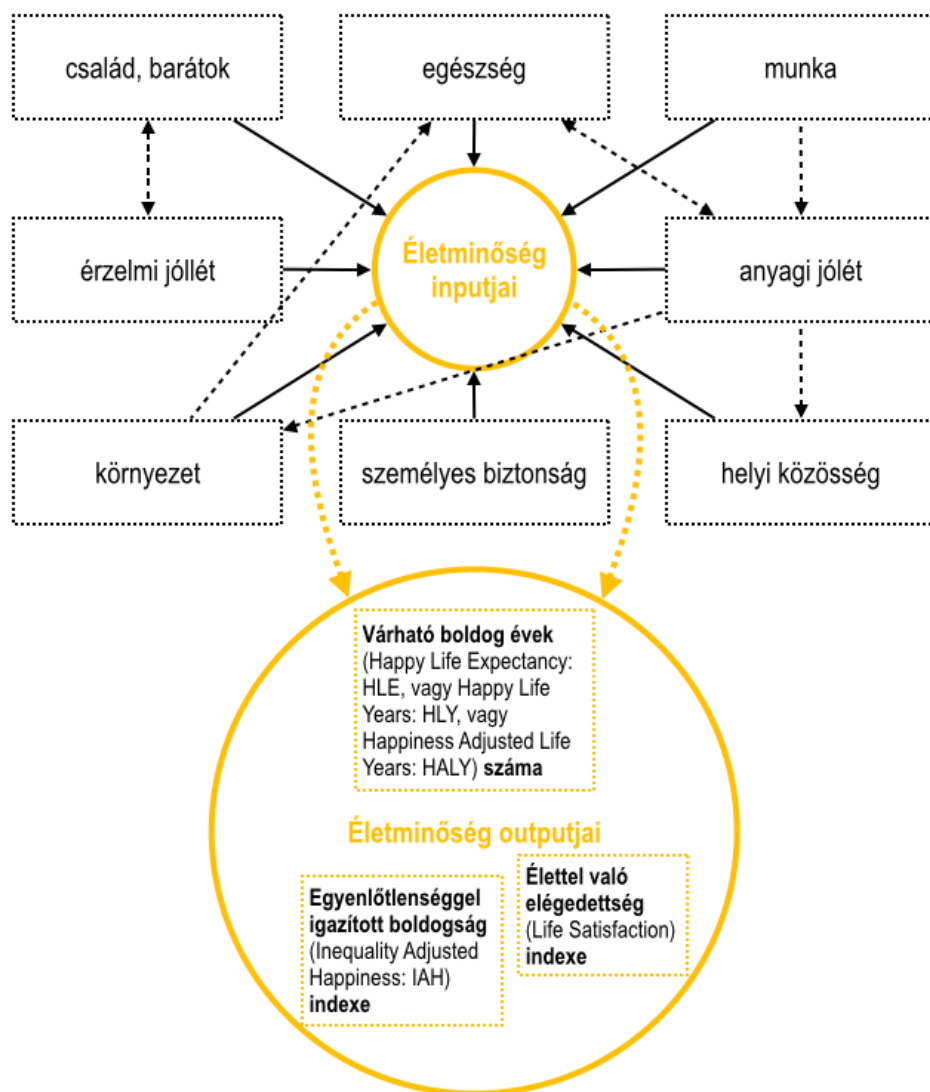
A fejlődés- és neveléslélektannal, valamint kreativitás- és tehetségkutatással foglalkozó, olasz-magyar származású CSÍKSZENTMIHÁLYI Mihály (1997) a modern pszichológia vizsgálati eszközeinek széles skáláját felhasználva több mint két évtizeden keresztül gyűjtötte az adatokat a flow (magyarul áramlat) néven 1991-ben publikált, majd világszerte ismertté vált elmélete kidolgozásához. A flow olyan állapotot jelent, amikor az ember teljesen elmélyül abban a tevékenységben, amit csinál. Ilyenkor a koncentrálnak és a kontroll érzése nagyon magas, a mindennapi problémák megszűnnek, a gondok háttérbe szorulnak, az időérzékelés megváltozik. A flow nem a tartalomtól függ, hanem a tevékenység minőségétől. A tevékenység eredménye befolyásolja a hogylétünket: ha jól teljesítünk, jól érezzük magunkat és boldogok vagyunk; ha pedig nem tudunk teljesíteni, rossz hangulatunk lesz, a kudarc sorozat pedig depressziót okoz. Azoknak, akiknek gyakran van flow-élménye, az életminősége is jobb.

Napjaink életminőség koncepcióiból, mivel ezekre később utalást teszek, kettőt emelek ki.

Az egyik RAHMAN és szerzőtársai (2005) input-output modellje (2. ábra), amely a korábban elvégzett életminőség-kutatások alapján azonosított nyolc fontos életminőség-tényezőt – családi, baráti (társadalmi) kapcsolatok, egészség, munka, anyagi jólét, valahová tartozás, személyes biztonság, környezet, érzelmi jóllét – integrál.

A hazai szakirodalomban Rahman-modell néven ismertté vált modell e tényezők kölcsönhatásrendszerét és életminőségre gyakorolt hatását is szemlélteti. KOVÁCS et al. (2006) megfogalmazásában „Az ábrán vázolt nyolc inputelem kedvező hatásainak "beprogramozása", illetve azok kölcsönhatása nagy valószínűséggel jó életminőséget eredményez, amelyet a számos kutatásban kimutatható erőteljes korreláció is alátámaszt.” (p. 20). Az egyén által megélt életminőség az outputokkal jellemezhető, ehhez Rahmanék a várható boldog évek számát, illetve az abból származtatott mutatókat használják. A multidimenzionális modell újdonsága

összetettségében, vagyis számos tényezőt integráló jellegében rejlik, gyengesége ugyanakkor az a feltételezés, hogy a társadalom tagjai ugyanazon inputokra közel azonos outputokkal reagálnak (MICHALKÓ et al. 2014).



2. ábra: Rahman et al. életminőség-modellje

Forrás: SEBESTYÉN (2005) alapján saját szerkesztés

A másik az elmúlt években egyre népszerűbbé vált, a pszichológia talaján született jóllét-konceptió a szubjektív életminőség teljesen újfajta, a 'kiteljesedésre' (angol szakirodalmi megfelelője: flourishing) építő koncepciója, amely a szubjektív életminőséget egyfajta, mindenkinek felett álló kategóriaként értelmezi.

KEYES (2002), a fogalom megalkotója szerint 'kiteljesedettek' azok, akiket az érzelmi, lelki és társadalmi jóllét együttes, magas fokú megléte jellemez. A 'kiteljesedett' egyén mentálisan egészséges, magas érzelmi jóllét-szinttel leírható, boldog és elégedett felnőtt, aki elfogadja önmagát, van életcélja, és képes irányítani az életét. Fontos neki a személyes fejlődés, a megújulás, önálló, van önkontrollja. Dönt az élete folyásáról, nem csak elszenvedti azt. Egyes kutatók szerint a 'kiteljesedés' négy jellemzője: a jószág, az alkotókészség, a növekedés és a rugalmasság.

A Seligman által kifejlesztett PERMA-konceptió a 'kiteljesedett' állapot eléréséhez nyújt útmutatást. SELIGMAN (2010) a szubjektív életminőséget öt elemből építi fel: pozitív érzelmek, elkötelezettség, emberi kapcsolatok, céltudatosság, siker. Seligman azt állítja, hogy ha valaki

bármelyik PERMA-elemben erős, az hozzásegítheti őt egy boldogabb, teljesebb és céltudatosabb élethez.

A pozitív pszichológiához kapcsolódó szubjektív életminőség-konceptiók nemcsak az alap, hanem az alkalmazott kutatásokat végzők körében is gyorsan népszerűvé váltak. HUPPERT és SO (2013) a European Social Survey keretében 23 európai országban empirikus kutatás keretében vizsgálta a Keyes által a 'kiteljesedésben' megragadott jóllétet, a Gallup [2014] 135 országra kiterjedő, a későbbiekben részletesen is bemutatásra kerülő Global Wellbeing felmérése ugyancsak ezen a jóllét-konceptión alapul.

### **1.1.3.2. Hazai kitekintés**

Magyarországon Hankiss Elemér és Manchin Róbert már az 1970-es években bekapcsolódott az életminőség vizsgálatokba: szociológiai kutatásaik során elsősorban az értékek és az életminőség összefüggéseit vizsgálták (HANKISS et al. 1978, HANKISS–MANCHIN 1976, MANCHIN 1976). Az életminőséggel és szubjektív életminőséggel kapcsolatos kérdések az azóta eltelt csaknem négy évtizedben a szociológusok (UTASI 2006, 2007, LENGYEL–HEGEDŰS 2002, LENGYEL–JANKY 2003) mellett elsősorban az egészségtudományok területén tevékenykedő pszichológusokat foglalkoztatták (KOPP és SKRABSKI 1995, 2009, SKRABSKI és KOPP 1999, KOPP–PIKÓ 2006, KOPP–KOVÁCS 2006).

#### **Korai kutatások**

HANKISS és MANCHIN (1976) a szubjektív életminőséget olyan többé-kevésbé automatikus értékelési folyamat eredményeként határozza meg, amelynek során az ember az adott élethelyzet különféle mozzanatait a maga személyes értékviszonyítási keretével veti egybe, és ezen egybevetés alapján értékeli” (p. 31). A szubjektív életminőség viszonyítási keretének véleményük szerint van egy térbeli dimenziója, amely főleg a társas térbe tartozó valós és szimbolikus mások életminőségének percepcióján, és egy időbeli dimenziója, amely az egyén saját életpályájának múltbeli élményein, valamint jövőbeli aspirációin és elvárásain alapszik (KUCSERA 2008).

Kopp Mária, aki a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének igazgatójaként, majd tudományos igazgatóhelyetteseként tevékenykedett, az 1990-es évek elejétől számos tanulmányt publikált az életminőséggel kapcsolatosan. Több országos reprezentatív felmérést szervezett az egészségi állapot és az életminőség pszichoszociális háttértényezőinek vizsgálatára – ezek közül kiemelkednek a „Hungarostudy” felmérések, amelyek 1988 óta országosan reprezentatív mintán készülnek (KOPP–SKRABSKI 1995, KOPP–KOVÁCS 2006, KOPP 2008). Martos Tamással 2011-ben olyan Nemzeti Összjólét Index kidolgozását és alkalmazását javasolta, amely az életminőség legfontosabb egyéni és társas aspektusait is magába foglalja. „A Nemzeti Összjólét Index kifejezője lehet az ország lelkiállapotának, a nehézségekkel való megbirkózásnak, a társadalmi tőke változásainak, azoknak a tényezőknek, melyek a gazdaság fejlődésének, a népegészségügyi és demográfiai folyamatok trendjeinek is az alapjai.” (KOPP–MARTOS 2011 p. 20).

#### **Napjaink hazai életminőség-kutatásai**

Utasi Ágnes az 1990-es évek közepe óta végez kutatásokat elsősorban az életstílus, társadalmi rétegek, értékpreferenciák, fogyasztási preferenciák, társadalmi kapcsolatok, társadalmi szolidaritás és integráció, valamint az életminőség és társadalmi kapcsolatok témájában. Szerzőtársaival az életminőség számos hazai aspektusát feltáró kutatásainak eredményét több kötetben publikálta (UTASI 2006 és 2007).

Lengyel György a 2000-es években a „szubjektív jólét” különböző aspektusait – például a társadalmi indikátorokat, a „szubjektív jólét” objektív tényezőit, a „szubjektív jólét” alternatív, fényképek segítségével történő mérési lehetőségeit – vizsgálta. Janky Bélával közös publikációjában (LENGYEL–JANKY 2003) olyan empirikus vizsgálatról számol be, amelynek során társadalmi-demográfiai tényezőknek a „szubjektív jólétre” gyakorolt hatását becsülték. A



felmérés során mind az elégedettségre, mind a boldogságra vonatkozóan tettek fel kérdéseket. A magyarázat kísérletek során azt tesztelték, hogy milyen módon járulnak hozzá a „szubjektív jólét” növeléséhez az anyagi, a társadalmi és a kulturális erőforrások. Becsléseik azt mutatják, hogy e három erőforrástípus és néhány további, kontrollváltozóként beillesztett társadalmi-demográfiai tényező együttesen jelentős szerepet játszanak az elégedettségre és a boldogságra vonatkozó attitűdök kialakításában.

Szirmai Viktória – akinek társadalmi jól-lét<sup>5</sup> fogalma az általam használt objektív életminőség fogalomhoz áll közel – a szociológia, azon belül is a településszociológia és a humánökológia talaján vizsgálta előbb a városok, várostérségek jellemzőit, illetve sikerét, versenyképességét meghatározó tényezőket (SZIRMAI 2013 és 2015). Az elmúlt években az Európát, illetve a Magyarországot jellemző területi egyenlőtlenségeket, az európai és a magyar nagyvárosi és a vidéki térségekben élő, eltérő társadalmi helyzetű csoportok jól-léti jellemzőit, azok meghatározottságait, belső – az anyagi létben, a különböző aktivitásokban, a kulturálódásban, az egészségi állapotban, a kapcsolatrendszerben, a társadalmi jól-létben megmutatkozó – eltéréseit deklarálta azzal a céllal kutatta, hogy felhívja a társadalom figyelmét a területi és a társadalmi egyenlőtlenségek állapotára, a jól-lét különböző szintjei által is szabdalta társadalmi szakadékokra, a jól-létben élők, és az attól megfosztottak eltérő viszonyaira. Kutatásainak eredményeit számos cikkben és tanulmánykötetben adta közzé.

#### 1.1.4. Az életminőség mérése

Az életminőség mérésével kapcsolatos nehézségeket jól mutatja, hogy a szakirodalomban a több évtizedes, számos tudományterületen napjainkig megszerzett jelentős volumenű kutatási tapasztalat (ezeket összegzi DIENER et al. 1999, ARGYLE 1999, DIENER–SELIGMAN 2004 és DOLAN et al. 2008 tanulmánya) ellenére sem született konszenzus arra vonatkozóan, hogy milyen fogalmak mentén, milyen módszertani apparátussal lehetne az életminőséget számszerűsíteni.

Az életminőség mérésének értekezésem szempontjából releváns két „iskolája” az életminőség két pillére köré szerveződik (KOVÁCS et al. 2006, KOPP–MARTOS 2011).

- A *szociológiai életminőség-kutatások* nagy hangsúlyt fektetnek az objektív tényezők vizsgálatára. Ezek a kutatások – ahogy később látni fogjuk – jellemzően statisztikai adatokon, valamint – ritkábban, egy-egy kérdés vonatkozásában – széleskörű felméréseken alapulnak. Utóbbiak keretében a szubjektív életminőség pillért legfeljebb néhány, viszonylag rövid, az étellel való elégedettségre és/vagy boldogságra vonatkozó kérdéssel vizsgálják. E kutatások során azonos módszerekkel elemzik az egyes országok életminőségét, és annak összefüggéseit többek között az értékekkel, anómiával, az utóbbi évtizedekben az ún. társadalmi tőke jellemzőivel. (BERGER-SCHMITT–NOLL 2000, HELLIWELL–PUTNAM 2004). Ilyen folyamatos, rendszeres időközönként ismétlődő vizsgálatok a General Social Survey az Egyesült Államokban, illetve az Eurobarométer vagy a European Quality of Life Survey az Európai Unióban.
- Az életminőség-kutatások másik nagy csoportját képező *pszichológiai életminőség vizsgálatok* a már jól bevált és széles körben alkalmazott pszichológia kérdőíveket alkalmazzák az életminőség vizsgálatára, és mélyebb, részletesebben kidolgozott modelleket tesztelnek, jellemzően kisebb létszámú vizsgálati mintákon. Ez, az életminőség amerikai modelljének is nevezett irányzat a szubjektív ítéletet tekinti az életminőség legfontosabb mutatójának, és az objektív társadalmi-gazdasági, demográfiai mutatókat legfeljebb is csak háttértényezőként kezeli. E megközelítés szerint az életminőséget és a szubjektív életminőséget is csak az egyén

---

<sup>5</sup> A SZIRMAI (2015) által használt társadalmi jól-lét fogalom magába foglalja az anyagi életkörülményeket, az egészséget, az oktatást, az egyéni aktivitások szempontjait, a politikai képviselet és a kormányzás, vagyis a politikai érdekérvényesítés mutatóit, a társadalmi és a személyes jellegű kapcsolatrendszerek összefüggéseit, a mai és a jövőbeni környezeti viszonyok és végül a gazdasági és a fizikai jellegű bizonytalanságok dimenzióit.

tudja érzékelni, azaz az életminőséget az egyes egyének szubjektív közérzete alapján kell mérni: a saját életminőségét maga az egyén tudja a leginkább megítélni (Campbell et al. 1976 in: DIENER–SUH 1997).

Az életminőség szubjektív pillérének, az értekezés központi témáját képező szubjektív életminőségnek a mérése a társadalomtudományi kutatások egyik legingoványosabb területe (MICHALKÓ et al. 2014). Noha egy közösség szubjektív életminőségét egyes szakértők ún. helyettesítő (proxy) mutatók segítségével számszerűsítik, abban a kutatók többsége egyetért, hogy az egyén által megélt életminőség, a szubjektív életminőség mértékét a külső személy révén megfigyelt jellemzők alapján megítélni igencsak nehéz feladat (HEGEDŰS 2001, SZABÓ 2003).

DIENER (1994), EASTERLIN et al. (2010), INGLEHART (2008), KAHNEMAN és KRUEGER (2006), RYFF és KEYES (1995), DIENER és SUH (1997) a szubjektív életminőség alkotóelemeit leginkább kvalitatív módszerekkel vizsgálata, VEENHOVEN (1993) a jóllét megismeréséhez a társadalmi indikátorokat keretfeltételnek tekinti.

Az egyes nemzetek szubjektív életminőségét vizsgáló, nagy számosságú mintán lekérdezett, standardizált kérdőíves megkérdezésekben a jóllétet az *élettel való általános elégedettségre és/vagy a boldogságra* vonatkozó kérdéssel mérik. A World Values Survey keretében például – amelynek adatait, ahogy a későbbiekben látni fogjuk, számos szubjektív életminőség-kutatásban használták, illetve használják – a jóllétet korábban azzal a kérdéssel vizsgálták, hogy „Mindent egybevéve, mennyire elégedett mostanság életével összességében?” (KAHNEMAN–KRUEGER 2006), napjainkban az életlétra kérdést alkalmazzák. Utóbbihoz a megkérdezett arra kéri, hogy helyezze el magát egy olyan létrán, ahol a 0. lépcsőfok a lehető legrosszabb, a 10. a lehető legjobb életet képviseli. A General Social Survey-ben az Amerikai Egyesült Államok polgárai arra a kérdésre válaszolnak, hogy „Mindent egybevéve hogyan jellemezné jelenlegi életét? Nagyon boldog, boldog vagy nem túl boldog?”. Az Európai Unióban és néhány tagjelölt országban végzett EQLS felmérések [EC 2013, Eurofound 2013a-c, 2014b-d] során a megkérdezettek mind az élettel való általános elégedettségre, mind a boldogságra vonatkozó kérdésre felelnek. A Hungarostudy kérdőív a magyar lakosság szubjektív életminőségét 1-től 10-ig terjedő skálán az „Egészében véve mennyire tartja boldognak saját magát?” kérdéssel méri (KOPP–MARTOS 2011).

#### 4. táblázat: A szubjektív életminőség mérésének lehetséges eszközei

Pozitív megközelítés	
Boldogság	„Mindent egybevéve mennyire boldog Ön?”
Elégedettség	„Mindent egybevéve mennyire elégedett Ön az életével?”
Viselkedés	Mosolygás gyakorisága
Negatív megközelítés	
Enyhébb lelki betegségek	„Az elmúlt hét folyamán előfordult-e Önnél alvásprobléma, fáradtság, ingerlékenység. stb.?”
Komolyabb mentális betegségek	Depresszióval, illetve skizofréniával küzdők aránya a lakosságon belül
Öngyilkosság	Sikeres öngyilkossági kísérlet, sikertelen öngyilkossági kísérlet és az öngyilkosság gondolatával foglalkozók aránya a lakosságon belül

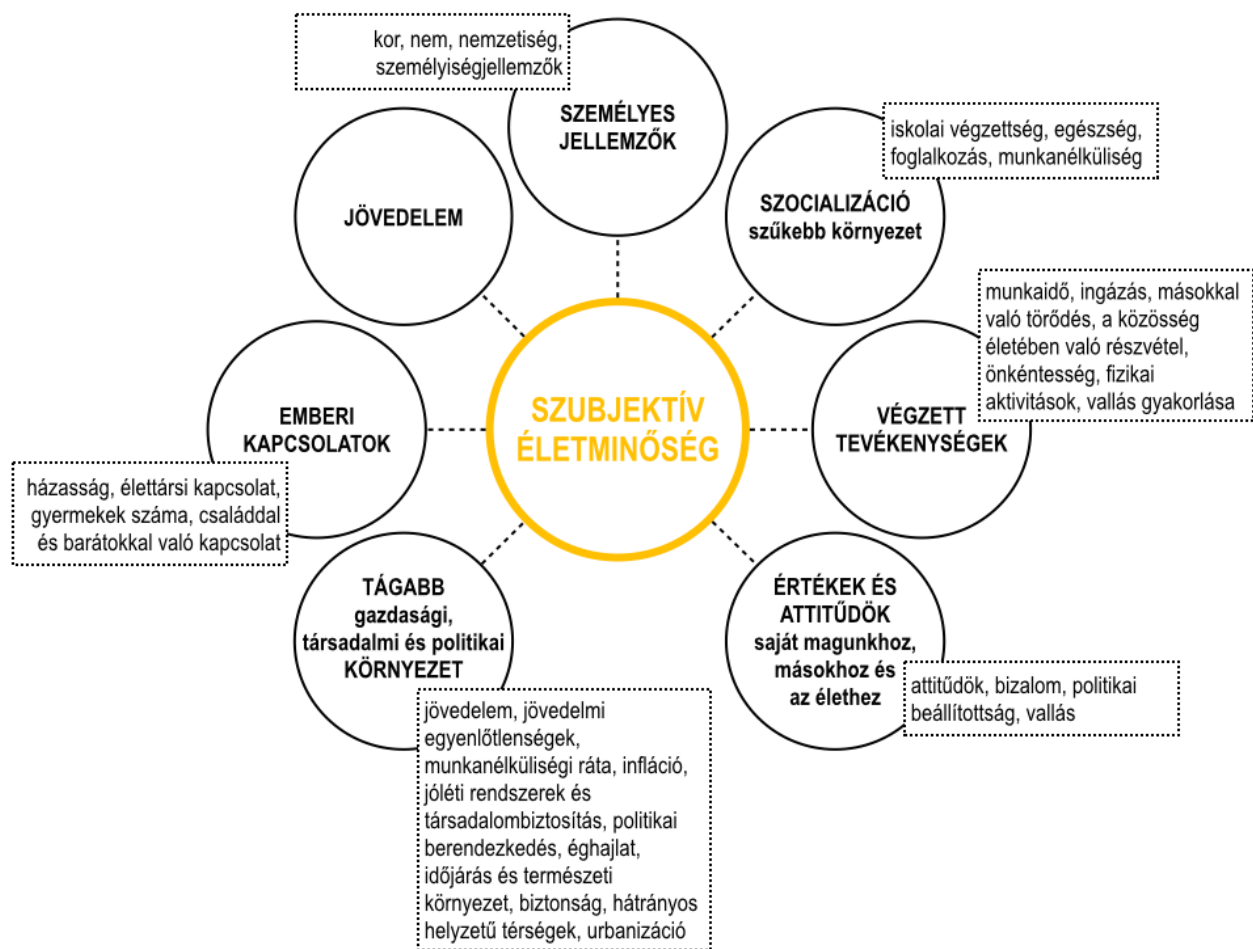
Forrás: DONOVAN et al. (2002) és LENGYEL (2008) alapján saját szerkesztés

A szubjektív életminőség mérésének lehetséges „eszközeit” a 4. táblázatban mutatom be. PETROSILLO et al. (2013), valamint KING et al. (2014) szerint az optimális szubjektív életminőség-kutatás integrálja a kvantitatív és kvalitatív megközelítést, az objektív és a szubjektív indikátorokat, a társadalmi index alapú és a szubjektum-specifikus megközelítést.

Az elmúlt évtizedekben, a szubjektív életminőséggel kapcsolatosan elvégzett kutatások közül számottevő, nagy mintás, kvantitatív megkérdezéseken alapul, így nagyobb sokaságokra

vonatkozó következtetések levonására is lehetőséget ad, a kutatások másik része vagy túlságosan kis számosságú, esetleg speciális mintán vagy a kvalitatív kutatások eszköztárának felhasználásával készült, így az azokból származó információk általánosításra kevésbé alkalmasak.

A kvantitatív megkérdezéseken alapuló alapkutatásokról és azok eredményeiről jó áttekintést ad DOLAN et al. (2008) tanulmánya. Dolanék másfél száz tanulmányban publikált, nagy mintán lekérdezett kérdőíves kutatás elemzése alapján megállapították, hogy a témával kapcsolatos alapkutatások során a szubjektív életminőséget összesen hét, nagyobb tényezőcsoporttal összefüggésben vizsgálják (3. ábra): a jóllétet a jövedelemmel, a személyes jellemzőkkel, a szűkebb környezettel, az értékekkel és attitűdökkel, az emberi kapcsolatokkal, a végzett tevékenységekkel és a tágabb környezettel összefüggésben elemzik (a szubjektív életminőség és az azt befolyásoló tényezők kapcsolatával foglalkozó kutatások legfontosabb eredményeit, mivel azok sokszor ellentmondásosak, az M2. mellékletben foglaltam össze). Szakirodalom-áttekintésük a szubjektív életminőség-kutatások olyan gyengeségeire mutat rá, minthogy 1) a szubjektív életminőség tényezőivel kapcsolatosan számos, egymásnak ellentmondó kutatási eredmény született, 2) a szubjektív életminőségre vélhetően az egyes tanulmányokban nem vizsgált tényezők is hatnak, amelyeknek a tanulmányokban közölt kutatási eredményekre is lehet hatása, 3) végül a szubjektív életminőség és a vele kapcsolatba hozható tényezők közötti ok-okozati kapcsolatok irányáról meglehetősen kevés információ áll rendelkezésre.



3. ábra: A szubjektív életminőséget befolyásoló tényezők a szakirodalomban

Forrás: DOLAN et al. (2008) alapján saját szerkesztés

Ha az elmúlt években végzett, a szubjektív életminőséggel kapcsolatosan leggyakrabban idézett alkalmazott kutatásokat vesszük górcső alá, elmondhatjuk, hogy a gyakorlat az elmélet előtt jár: napjainkban a komplex, emberi fejlődést, életminőséget vagy annak egy-egy részterületét számszerűsíteni hivatott mutatószámoknak se szeri, se száma. Az emberi fejlődéshez, a „jó élethez” vezető úton elért eredményekhez, az életminőséghez, a szubjektív életminőséghez kapcsolódó indexek, mutatók közül a leggyakrabban használtak jellemzőit az alábbiakban, illetve az M3. mellékletben található táblázatban mutatom be:

- *Better Life Index* (BLI): ahogy arra szlogenje (Better policies for better lives) is utal, 1961-es megalapítása óta az OECD abban segíti a kormányokat, hogy *a jobb élet érdekében jobb politika mentén tevékenykedjenek*. Az utóbbi években az OECD az életminőség/szubjektív életminőség számszerűsítésével kapcsolatosan is sokat tett [OECD 2012, 2013]. A BLI a szubjektív életminőség tizenegy tényező mentén vizsgálja. Az egyes tényezők egy-egy, azonos súllyal figyelembe vett indikátorra épülnek, amelyeket az OECD önkéntes alapon szerveződő minta segítségével méri.
- *European Quality of Life Survey* (EQLS): az első, Eurofound által végzett, európai életminőség-kutatásra 2003-ban, a másodikra 2007-ben, a harmadikra 2012-ben került sor, utóbbira csaknem 44 ezer személy megkérdezésével [Eurofound 2005, 2007, EC 2013, Eurofound 2013a-c és 2014b-d felmérések]. Az EQLS meglehetősen sokrétű, az életminőség számos aspektusát vizsgáló kutatás, amely az Unió tagországai mellett néhány további, csatlakozásra váró országra is kiterjed.
- A *European Social Survey* (ESS)<sup>6</sup> olyan, akadémiai szinten szervezett, nemzetközi kutatás, amelyet 2001 óta két évente folytatnak le Európa-szerte és csaknem 30 országban méri az attitűdbeli és viselkedésmintákat. Az ESS fő célja többek között a társadalomtudományokkal foglalkozó nemzetközi kutatások minőségi színvonalának emelése, új, jobban használható – és a lakosság társadalom-felfogását és -kritikáját is tükröző – fejlődésindikátorok kialakítása, az európai társadalomkutatók oktatásának támogatása az összehasonlító mérések és elemzések területén. A HUPPERT és SO (2013) vezetésével létrehozott ESS olyan indikátorokat tartalmaz, amelyek erősen kapcsolódnak SELIGMAN (2002, 2008b) és DIENER et al. (2010) szubjektív életminőség felfogásához és a korábban már taglalt „kiteljesedés” kifejezéshez.
- *Global Wellbeing Index* (GWI): a Gallup első alkalommal 2014-ben publikált indexe a szubjektív életminőség öt alkotóelemét: a *célokat* (mindennapi munkánk szeretete és kitűzött céljaink elérése), a *társadalmi jóllétet* (emberi kapcsolatok és szeretet), a *pénzügyi jóllétet* (az anyagiak menedzselése és az azok miatti aggódás), a *közösségi jóllétet* (a saját lakóhely szeretete, elismerés az ott annak érdekében végzett tevékenységünkért), a *fizikai jóllétet* (a napi életvitelhez szükséges egészség és energia megléte) vizsgálja. Az egyes kérdésekre adott válaszokat a megkérdezettek 1-től 5-ig terjedő skálán értékelik, majd három csoportba sorolják: jól boldoguló/gyarapodó: a jóllét erős és állandó az adott alkotóelemben, problémás: a jóllét közepes és nem állandó mértékű az adott alkotóelemben, szenvedő: a jóllét alacsony és nem állandó mértékű az adott alkotóelemben [Gallup 2014].
- *Gross National Happiness Index* (GNH): a Bhután negyedik királya által 1972-ben elnevezett GNH index az emberiség fejlődését az emberek boldogságával méri. Az eredetileg négy területet felölelő (jó kormányzás, fenntartható társadalmi-gazdasági fejlődés, kulturális örökség megőrzése, környezetmegőrzés), a *Centre for Bhutan Studies & GNH Research* által létrehozott mutató jelenleg 33 index segítségével kilenc területet vizsgál: ezek a pszichológiai jóllét, az életszínvonal, a jó kormányzás, az egészség, az oktatás, a közösség, a kulturális sokszínűség, a végzett tevékenységek, az ökológiai sokszínűség. A GNH fontosságát az adja, hogy több országban (például az Amerikai Egyesült Államokban, Brazíliában, Franciaországban) az életminőséggel kapcsolatos gondolkodást alapjaiban változtatta meg (URA et al. 2012).

---

<sup>6</sup> [www.europeansocialsurvey.org](http://www.europeansocialsurvey.org).

- A *Happy Planet Index* (HPI) egy ugyancsak többdimenziós index, amely közvetlenül nem használja sem a jövedelmet, sem egyéb, jövedelemhez igazított mutatószámot. Kiindulási alapja az, hogy amennyiben a hosszú, boldog és tartalmas életet magába foglaló szubjektív életminőséget tekintjük legfőbb jónak, és a Föld természeti erőforrásait alapvető forrásnak, akkor a cél a szubjektív életminőség magas szintjének elérése az igazságos és felelősségteljes természeti-erőforrás felhasználás szabta határokon belül. A HPI három jelzőszámra épül, ezek a születéskor várható élettartam, az egyén által észlelt tényleges szubjektív életminőség és az ökológiai lábnyom [NEF 2014].
- *Human Development Index* (HDI): az emberi fejlődés napjainkban egyik legnépszerűbb mutatója azt hangsúlyozza, hogy a gazdasági növekedés mellett az emberek és az ő képességeik legyenek egy ország fejlettségének meghatározó kritériumai. A nemzetközi gyakorlatban igen elterjedt mutató három komponensből áll, az ENSZ által kidolgozott és hasznosított mérőapparátus központi elemeit az egészség (születéskor várható élettartam), az életszínvonal (egy főre jutó GDP) és az iskolázottság (az analfabetizmus és a különböző iskolai szinteken végzetek aránya) alkotják [UNDP 2014].
- *Where to Be Born Index* (WtBB, korábban Quality of Life Index (QoLI)): a the Economist Intelligence Unit által kifejlesztett index az életminőség objektív és szubjektív aspektusát is vizsgálja. Az EIU modellje kilenc, meglehetősen széles területet vizsgál: ezek az anyagi jólét (GDP/fő), az egészség (születéskor várható élettartam), a politikai stabilitás és biztonság, a családi kapcsolatok (válási ráta), a közösségi élet (például egyesületek, klubok munkájában való részvétel), a klíma és földrajzi elhelyezkedés, a biztos munka (munkanélküliségi ráta), a politikai szabadság és a nemek közötti egyenlőség [EIU 2005].
- *World Happiness Report* (WHR): az ENSZ égisze alatt megjelentetett kutatási jelentés elsődleges célja a fenntartható fejlődés megvalósulásának nyomon követése (HELLIWELL et al. 2013). A dokumentum összeállítói a legkülönbözőbb mérőapparátusok tanulmányozása során arra a következtetésre jutottak, hogy az étellel való elégedettség hat változó kombinációjából létrehozott index alapján nemzetközileg is összehasonlítható mutatókat eredményez. A WHR az egyes országok boldogságát az egy főre eső GDP, az egészségben megélt várható élettartam, a társadalmi támogatottság, az észlelt korrupció, a szolidaritás és a döntési szabadság mértékének súlyozásával méri.

Az egyes nemzetek (valójában országok) szubjektív életminőségét vizsgáló kutatások mellett az utóbbi években felmerült a regionális szintű életminőség-indexek létrehozásának szükségessége [OECD 2015] és megjelentek az egy-egy régió (VAMOS–FARKAS 2004), illetve település lakóinak életminőségét vizsgáló kutatások is (LSDC 2009 és TAKÁCS–FÁBIÁN 2011). Utóbbinak jó példája a nemzetközi közvélemény-kutató Mercer [2014] által összeállított „földi paradicsomok”, vagyis a világ legélhetőbb városai listája is, a már említett EIU által készített „élhető városok” ranglista<sup>7</sup>, illetve az Európai Unió által készített Életminőség a városokban című tanulmány [EU 2013].

Egy település lakóinak életminősége és a település élhetősége közötti különbségek elsősorban az utóbbi fogalom objektívebb mivoltában ragadható meg (SUFIAN 1993, LUBNA 2007). Az élhetőség kritériumainak teljesülése kedvezően befolyásolja az adott település nemzetközi versenyképességét, az értékelésnél használt normák azonban a fejlett világ igényeihez igazodva sztenderdizáltak. A közbiztonság, az ivóvízellátás, az internet-hozzáférés, a kiskereskedelmi választék befolyásolja ugyan a hétköznapok minőségét, nem tárják fel azonban azokat az emberi viszonyokat, amelyek igazán boldoggá tehetik az ott lakókat, illetve az oda látogatókat (DIENER–SUH 1997, ÁGOSTON 2007, BRÜLDE 2007, BRUNI–PORTA 2007).

A települési szintű – a Mercer-indexhez hasonló „kvázi” – életminőség vizsgálatok mellett egy-egy település az életminőség mélyebb vizsgálatára is vállalkozik. Ennek példaként említhetjük,

<sup>7</sup> <http://www.eiumedial.com/index.php/latest-press-releases/item/1459-global-liveability-ranking--report>

hogyan London Fenntartható Fejlesztéséért Felelős Bizottsága egy négy nagy téma köré tagozódó (felelősség, tisztelet, erőforrások és eredmények), húsz indikátorból álló életminőség indikátor-rendszert fejlesztett ki (LSDC 2009). TAKÁCS és FÁBIÁN (2011) hasonló céllal összeállított, a helyi háztartáspanel vizsgálatára épülő életminőség-kutatásról számol be Nyíregyházáról.

Az életminőség és annak objektív, illetve szubjektív pillére mérhetőségére vonatkozóan sem az alap, sem az alkalmazott kutatások alapján elérhető szakirodalom nem hivatkozik általánosan elfogadott módszerre vagy indikátorlistára: tudományterületenként és kutatónként, országonként, de az adatokat gyűjtő szervezetenként is nagyon jelentősen változik, hogy milyen megközelítést alkalmaznak.

Precíz, kellő alaposággal kidolgozott elméleti alapok hiányában a fentiekben bemutatott indexek többsége egymással nehezen elegyíthető, önkényesen kiválasztott és súlyozott komponensekből tevődik össze (MICHALKÓ et al. 2014), amelynek következtében a Dolan et al. által az alap kutatások vonatkozásában megfogalmazott gyengeségek az alkalmazott kutatások esetén még karakterisztikusabban jelennek meg. Az általam vizsgált komplex életminőség-, szubjektív életminőség-mutatók legjelentősebb erőssége tehát egyben legjelentősebb gyengesége is. Amellett ugyanis, hogy nemzetközi összehasonlításra alkalmasak, legtöbbjük azonos súllyal figyelembe vett azonos tényezők mentén vizsgálja az egyes országoknak a „jó élet” felé vezető úton elért eredményeit. Azt, hogy a „jó életnek” vannak megkérdőjelezhetetlen fontosságú elemei, számos kutatás igazolta, ugyanakkor a politikai vagy a társadalmi-kulturális különbségek, az egyén jellemzői, vagy az egyéni élethelyzetek is jelentősen módosíthatják azt, hogy az egyes életminőség- és szubjektív életminőség-tényezők akár a társadalom, akár az egyén szintjén valóban fontosak-e, s ha igen, milyen súllyal esnek abba latba.

Összegzésképpen elmondható, hogy az egyes szervezetek által összeállított, országok (nemzetek) életminőségét és szubjektív életminőségét számszerűsíteni hivatott indexek:

- egy része alap kutatásokon nyugszik,
- nélkülözik az egységes fogalmi és koncepcionális rendszert, ebből adódóan a vizsgált indexek közül gyakorlatilag nincs kettő, amelyben az életminőség és/vagy a szubjektív életminőség fogalma, illetve tényezői azonosak lennének,
- az indexek tartalma igen jelentősen igazodik az azt készítő szervezet alapvető céljaihoz, tevékenységének fókuszához, így túlnyomó részük az életminőség/szubjektív életminőség csak bizonyos aspektusait képes számszerűsíteni,
- a jelenleg használt indexekben, ahogyan azt HUPPERT és SO (2013) is kiemeli, az objektív mutatókra helyeződik a hangsúly,
- a legtöbb index nem tekint vissza különösebben hosszú múltra,
- az egyes indexek mögött álló életminőség- és szubjektív életminőség-koncepciók, illetve az előállításukhoz alkalmazott módszerek (beleértve például a kérdőíveket is) több esetben is jelentősen módosultak (például EQLS, HPI, HDI), amely a hosszú (hosszabb) távú adatsorok elemzését nem teszi lehetővé.

A komplex életminőség-mutatókat a fentiek miatt sok kritika érte (WOLFF et al. 2011, WU 2013), talán ennek is köszönhető, hogy sem a csaknem kétezer indikátorból álló World Bank adatbázisban, sem a CIA World Factbookban nem szerepel egyetlen komplex életminőség-index vagy szubjektív életminőség-mutató sem.

HUPPERT és SO (2013) szerint a szubjektív életminőség számszerűsítése tekintetében „a jövőt a szubjektív életminőség mélyebb dimenzióinak vizsgálata és megértése jelenti, például annak a vizsgálata, hogy a szubjektív életminőséget hogyan befolyásolják a társadalmi-gazdasági tényezők, a kulturális értékek, a hosszú távú változások vagy a politikai hatások” (p. 855).

## 1.1.5. Szubjektív életminőség, szabadidő és turizmus

### 1.1.5.1. Szubjektív életminőség és szabadidő

A szubjektív életminőség jellemzőinek bemutatásakor láthattuk, hogy az különböző tényezőkből eredeztethető, helyesebben – mivel az ok-okozati kapcsolatok meghatározása meglehetősen bonyolult feladat – különböző tényezőkkel hozható kapcsolatba, amelyek egyike a szabadidő. Platón tanításaiban már 2500 évvel ezelőtt rámutatott arra, hogy a túlzott munka boldogtalanná tesz, a jól megválasztott szabadidős tevékenység azonban „eudaimonia-hoz”, „jó élethez” vezet (ESTES–HENDERSON 2003).

A *szabadidő és az életminőség* kapcsolatát az elmúlt néhány évtizedben számos kutatás vizsgálta és igazolta. DIENER és SUH (1997) a szabadidőt és rekreációt a szubjektív életminőség fontos tényezőjeként tartja számon. Dienerék szerint a magas szubjektív életminőség szoros kapcsolatban áll az elégedettséggel, a pozitív hatásokkal és az élet olyan tényezőivel, mint a munka és a szabadidő. LONDON et al. (1977) a szabadidővel való elégedettség és az étellel általában való elégedettség összefüggését vizsgálta, COYLE et al. (1994) és MACTAVISH et al. (2007) ugyanezt a kérdést speciális szegmensekben kutatta. Napjaink életminőség és szabadidő fókuszú kutatásai a két terület közötti kapcsolat igazolásán jelentősen túllépnek: BUDRUK és PHILLIPS (2011) például a szabadidős és a turisztikai tevékenységek életminőségre gyakorolt hatásainak számszerűsítését szolgáló koncepciókat, modelleket mutat be.

A szabadidős tevékenységnek számos pozitív hatása van: az aktív vagy passzív aktivitásokban való részvétel csökkenti a stresszt, pozitív életerzést generál, fokozza az önbecsülést, erősítheti a társas kapcsolatokat, ezáltal kiegyensúlyozottá tesz és hozzájárul az étellel való elégedettséghez (ISO-AHOLA–MANNELL 2004). A szabadidő és szubjektív életminőség kapcsolatáról hasonlóan gondolkodik ATECA–AMESTOY et al. (2008) és SPIERS és WALKER (2009) is. Szerintük a szabadidő megfelelő platform arra, hogy javítsuk a szubjektív életminőséget: a szabadidős tevékenységek kiemelnek bennünket a napi munkából, így pihenésre és stressz oldásra alkalmasak lehetnek. A szabadidős tevékenységek stressz ellen való küzdelemben betöltött szerepével foglalkozik JEFFRES és DOBOS (1993) és IWASAKI et al. (2005) kutatása is. Iwasakiék arra a következtetésre jutottak, hogy a kifejezetten stresszes munkahellyel rendelkezők (például a rendőrök, mentősök) esetében a „pihentető” szabadidős tevékenységek rendkívül fontosak. Ezek közül a stressz kezelésében rövid távon a mélyebb bevonódást eredményező (például olvasás) és a személyes élményt nyújtó tevékenységek, hosszabb távon az aktív tevékenységek segíthetnek leginkább. Patterson és Coleman (1996 in: IWASAKI et al. 2005) azt emelik ki, hogy a személyiség, az attitűdök és az életkörülmények befolyásolják, hogy az egyén hogyan használja a szabadidőt a stressz elleni küzdelemben. HAWORTH (2010) ugyanakkor arra is felhívja a figyelmet, hogy a szabadidős tevékenységek egyes esetekben (például az extrém sportot végzők körében) a stressz fokozódásához is hozzájárulhatnak.

A társadalompszichológia területén tevékenykedő kutatók a szabadidős aktivitásokat különbözően csoportosítják. Caltabiano (1994 in: IWASAKI et al. 2005) három tevékenységkategóriát különít el, ezek a kültéri sporttevékenységek, a hobbik és a közösségi tevékenységek. RAGHEB (1980 in: IWASAKI et al. 2005) a szabadidős tevékenységeket hat – tömegmédiával kapcsolatos tevékenységek, sportolás, közösségi tevékenységek, kulturális tevékenységek, kültéri tevékenységek és hobbik – csoportba sorolja. MANNEL és KLEIBER (1997) ugyancsak hat szabadidős tevékenységscsoportot különít el:

- Fizikai aktivitások: fitnessz, sport, egyéb fizikai tevékenység,
- Pihenés: olvasás, zenehallgatás, és minden olyan tevékenység, amely a relaxációt segíti,
- Kültéri rekreáció: túrázás, horgászat, természetben töltött tevékenységek,
- Kulturális tevékenységek: koncert-, színház-, múzeum látogatása,
- Hobbik: rajzolás, festés, varrás, egyéb kézműves tevékenység,
- Szabadidős utazások: fesztiválra való utazás, városnézés.

CSÍKSZENTMIHÁLYI és HUNTER (2003), illetve WONG és CSÍKSZENTMIHÁLYI (1991) az általánosan aktív, tevékeny élet és a „boldogság” összefüggéseit vizsgálta. Caldwell et al. (1992 in: JENKINS–PATTERSON 2008) azt bizonyították a vizsgált egyetemisták körében, hogy azok a hallgatók, akik szabadidejükben aktívabbak voltak, több szabadidős tevékenységet folytattak, sokkal jobban érezték magukat mind mentális, mind fizikai értelemben, mint azok, akik kevésbé aktívnak mutatkoztak.

A szubjektív életminőségnek és az egyes szabadidőben végzett tevékenységeknek az összefüggésével számos kutatás foglalkozik:

- Csíkszentmihályi áramlatélmény-konceptiójának kidolgozásához elvégzett kutatásai rámutattak, hogy a flow legtöbbször nagy koncentrációt igénylő munka kapcsán jelenik meg, a szabadidős tevékenységek közül különösen a zenélés és a mozgással kapcsolatos tevékenység hozható kapcsolatba a flow speciális jelenségével (HAWORTH–EVANS 1995, CSÍKSZENTMIHÁLYI–LeFEVRE 1989).
- Cassidy (1996 in: JENKINS–PATTERSON 2008) vizsgálatai azt mutatták, hogy a bevonódást, koncentrációt igénylő tevékenységeket végzők sokkal ellenállóbbak stresszes helyzetekben, mint a kevésbé aktív és koncentráció-igényes tevékenységeket végzők.
- PINE és GILMORE (1999) szerint szabadidőnkben akár olyan, meglehetősen hétköznapi tevékenységeket is élvezünk, mint a bevásárlás, az egyszerű események is élménnyé válnak.
- DIENER és SELIGMAN (2002) szerint az emberi kapcsolatok ápolása javíthatja a jóllétet.
- GREEN et al. (2006) az életvezetési programokon való részvétel szubjektív életminőségre gyakorolt hatását igazolja.
- FOX (1999) kutatása alapján a fizikai aktivitás, sportolás, BERGER és szerzőtársai (2009) kutatásának tanúsága szerint a jóga hat pozitívan a szubjektív életminőségre.
- LAUKKA (2007) a zenélés és a szubjektív életminőség pozitív kapcsolatát igazolja.
- BJÖRK et al. (2008), NEWTON (2008), KINGSLEY et al. (2009), YORK–WISEMAN (2012) a kertészkedés szubjektív életminőségre gyakorolt pozitív hatásaira mutat rá.
- Orsega–Smith et al. (2004 in: JENKINS–PATTERSON 2008) vizsgálata értelmében a tematikus parkok látogatása is kedvezően hat a közérzetre.
- SILVERSTEIN és PARKER (2002) a szabadidőnek a „jól megélt” idős korban játszott szerepét kutatta. Mindezen vonalhoz csatlakozik HAWORTH (2010), aki kiemeli, hogy ezen szegmens számára az aktivitás nem csupán az anyagi megélhetés szempontjából, hanem a mentális jóllét tekintetében is hasznos.

A szabadidős tevékenységeknek a szubjektív életminőségre tehát számos pozitív hatásuk van: a szabadidős aktivitások segítik a fizikai egészség megőrzését, javítását, csökkentik a stresszt, és mentálisan is érintik a tevékenységet végzőket, önbecsülésük, közérzetük, érzelmi kötődésük mentén. Mindez hozzájárul a fizikai egészséget, a pszichológiai és a társas jóllétet magában foglaló holisztikus egészség javulásához, és hosszabb, egészségesebb élethez vezet. Kiemelendő ugyanakkor az egyéni „szűrők” szerepe: a szabadidős tevékenységek hatásosságát a személyes erőforrások és körülmények szabják meg (JENKINS–PATTERSON 2008).

#### **1.1.5.2. Szubjektív életminőség és turizmus**

A jelentős részben a szabadidőben megvalósuló turizmus, amelynek lényege az állandó lakhelyünk elhagyásában ragadható meg (LENGYEL 2004), egyre több ember számára és egyre gyakrabban elérhető élmény: napjainkra az utazás az európai országok zömében és Észak-Amerikában a fogyasztói kosár szerves részévé vált, a BRIC országok turizmusa eltérő dinamikával, de lendületesen fejlődik. Az elmúlt évtizedekben a nemzetközi turistaérkezések száma csaknem töretlenül bővült, 2012 óta meghaladja az évi 1 milliárdot, a belföldi turizmus volumene szakértői becslések szerint ennek mintegy tízszeresét teszi ki. A Turisztikai Világszervezet az elkövetkező másfél évtizedre a turizmus további jelentős bővülésével számol, amelynek eredményeként a nemzetközi turistaérkezések száma 2030-ra elérheti az 1,8 milliárdot [UNWTO 2014].



DOLNICAR et al. (2012) tizennégy, 1976 és 2009 között készített szubjektív életminőség témájú tanulmányt vizsgálva arra a megállapításra jut, hogy *a turizmus a szabadidő részeként csaknem a kutatások felében jelenik meg jóllét-tényezőként, külön elemként azonban mindössze egy tanulmányban vizsgálták.* Az önálló tényezőként való elkülönítés fontosságát azzal indokolják, hogy míg a szabadidőt otthoni környezetben és gyakran rutinszerű elfoglaltsággal töltjük, addig az utazás ritkább és szokásos környezetünkől távol lévő aktivitásokat foglal magába.

A turizmusnak a *szabadidős fókuszú kutatásokba* való beemelése egyértelműen kapcsolódik az amerikai Virginia Polytechnic and State University-n oktató Muzaffer Uysal, Richard R. Perdue és M. Joseph Sirgy nevéhez. Munkásságuk (NEAL et al. 1999, NEAL 2000, SIRGY 2001, SIRGY–CORNWELL 2001, NEAL–SIRGY 2004, NEAL et al. 2007, SIRGY et al. 2010, UYSAL et al. 2012, UYSAL 2014) a szubjektív életminőség és a turizmus összefüggései kutatásának jelentős lendületet adott, így mára számos kutatás, elméletalkotó és -szintetizáló tanulmány foglalkozik a szubjektív életminőség és a turizmus kapcsolatával (GILBERT–ABDULLAH 2004, CORVO 2011, NAWIJN et al. 2010, NAWIJN 2010, PUCZKÓ–SMITH 2011, FILEP 2012).

Az életminőség, a szubjektív életminőség és a turizmus kapcsolatát vizsgáló kutatások másik jelentős része a turizmus *gazdasági, társadalmi-kulturális és környezeti hatásainak vizsgálatával* függ össze. Ezen, számos desztinációra, illetve turisztikai termékre vonatkozóan elvégzett kutatások többek között a turizmus életszínvonal-növelő, jövedelemtermelő, munkahelyteremtő, a képzett munkaerő iránti keresletet növelő, infrastruktúra fejlesztő, és kulturális örökséget megőrző szerepét vizsgálják, de jelentős számban fordulnak elő a turizmus környezetromboló hatását, a turizmustól való gazdasági függőség kérdését, illetve a turizmus kultúraromboló hatását vizsgáló tanulmányok is (PUCZKÓ–RÁTZ 1998).

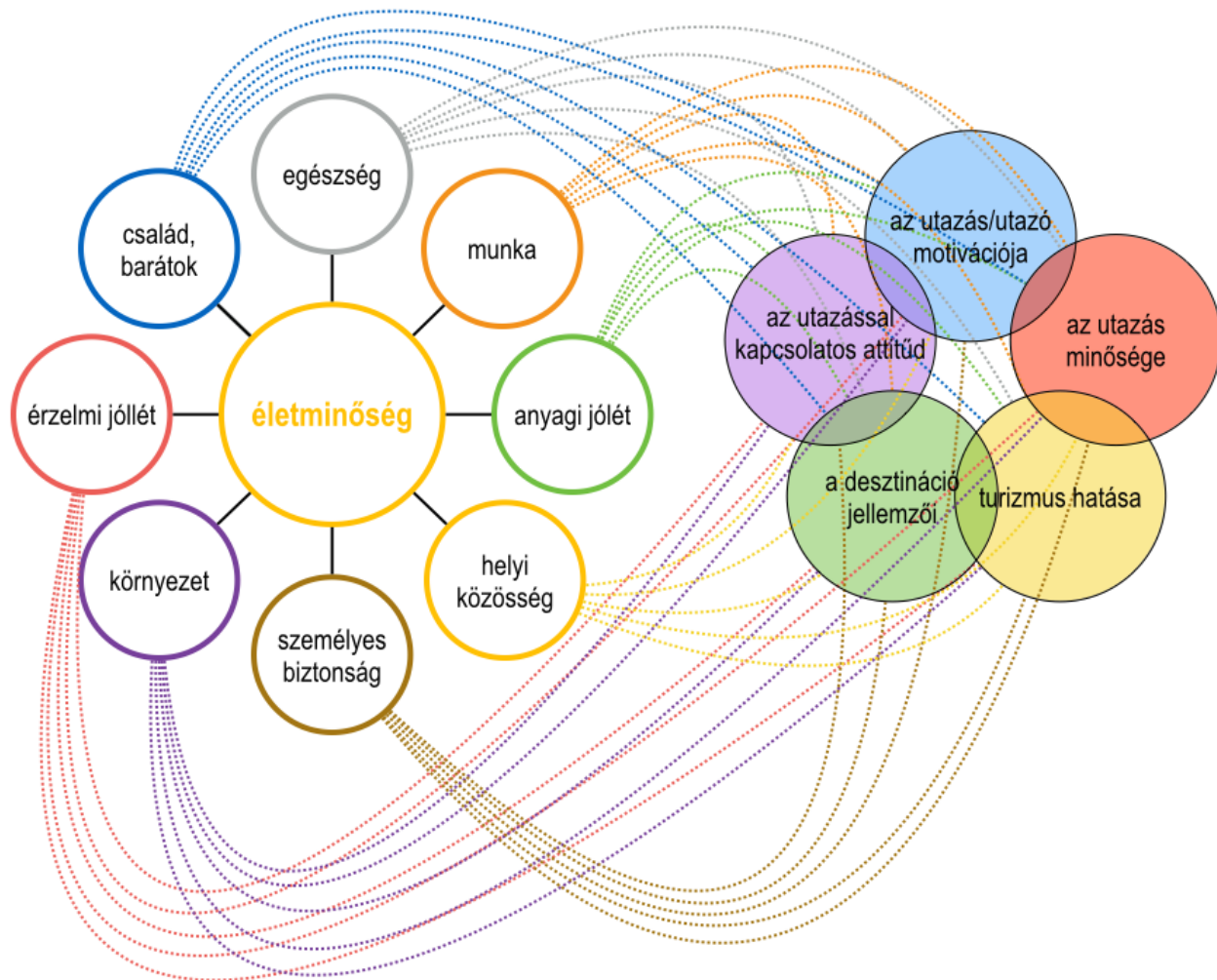
A hazai, életminőség-fókuszú turisztikai kutatások megjelenése egyértelműen a 2005-ben készült, 2007-2013-as időszakra szóló Nemzeti turizmusfejlesztési stratégiához köthető (EÖRY et al. 2005), amelynek fő célja az életminőség javítása volt. A turisztikai fejlesztések iránytűjeként szolgáló dokumentumban megjelenő életminőség a hazai kutatásokra rendkívül ösztönzőleg hatott: az életminőség gondolatiságának megjelenése, a mérési apparátusának kidolgozásával kapcsolatos munka, a modellalkotó tevékenység nyomán számos hazai és nemzetközi tanulmányban, kötetben, konferencián publikált kutatási eredmény látott napvilágot (KOVÁCS et al. 2006, KOVÁCS 2007, MICHALKÓ et al. 2008, 2009a, 2010, 2012, MICHALKÓ 2010, MICHALKÓ–RÁTZ 2010, 2011, 2013, PUCZKÓ–SMITH 2011, SMITH–PUCZKÓ 2012).

### **Turizmus-specifikus életminőség-modellek**

Az életminőség/szubjektív életminőség és a turizmus kapcsolatát leíró modellek közül az Uysal-iskola, valamint Puczko és Smith Budapest-modell néven létrehozott modelljét ismertetem.

Uysal, Neal és Sirgy a turizmus életminőségre gyakorolt hatásait a helyi lakosság és a turisták vonatkozásában egyaránt vizsgálta (NEAL et al. 1999, NEAL 2000, SIRGY 2001, SIRGY–CORNWELL 2001, NEAL–SIRGY 2004, NEAL et al. 2007, SIRGY et al. 2010, UYSAL et al. 2012, UYSAL 2014). Az első olyan, modellalkotás felé tett lépés, amely a turisztikai szolgáltatásokkal való elégedettség étellel való elégedettségre gyakorolt hatásait mutatja meg, NEAL és szerzőtársai (1999) nevéhez fűződik. Neal, Sirgy és Uysal azt feltételezte, hogy az egyes turisztikai szolgáltatásokkal való elégedettség jelentős szerepet játszik a turisztikai szolgáltatásokkal való általános elégedettség alakulásában. A turisztikai szolgáltatásokkal való általános elégedettség és az oda/visszautazás megítélése együtt vizsgálva lényeges szerepet játszanak a turisztikai élménnyel való általános elégedettség alakulásában. A turisztikai élménnyel való általános elégedettség és az otthoni szabadidő-kihasználás élménye együtt vizsgálva, lényeges szerepet játszanak a saját szabadidőélménnyel való általános elégedettség alakulásában. Végül, a saját szabadidőélménnyel való általános elégedettség és az egyéb tényezőkkel való általános elégedettség együtt vizsgálva, lényeges szerepet játszanak az étellel való általános elégedettség alakulásában.

PUCZKÓ és SMITH (2011) Rahman és szerzőtársai életminőség-tényezőire alapozva hozta létre a helyi lakosság és a turisták vonatkozásában egyaránt értelmezhető Budapest-modellt (4. ábra), amely a turizmus és a családi, baráti (társadalmi) kapcsolatok, az egészség, a munka, az anyagi jólét, a valahová tartozás, a személyes biztonság, a környezet, az érzelmi jóllét közötti kapcsolatrendszer szemlélteti. E tényezők relatíve objektíven mérhetőek, a turizmus mint speciális szolgáltatás adottságaiból adódóan azonban szükségessé vált az eredeti modell szubjektív dimenziókkal történő kiegészítése. A Budapest-modellnek az életminőség szubjektív vetületeit specifikusabban vizsgáló tényezői az utazás mint tevékenység megítélése, a látogató motivációi, az utazás jellemzői, a turisztikai desztináció jellemzői és a turizmus hatásai.



4. ábra: Az általános és a turizmus-specifikus életminőség-tényezők kapcsolatrendszere

Forrás: PUCZKÓ–SMITH (2011)

A modell, amely az általános életminőség-tényezőknek a turizmusban észlelhető leképeződéseit mutatja be, 11 objektív, statisztikailag is mérhető paramétert szubjektív és objektív tényezőket is vizsgáló kérdőíves kutatás eredményeivel szintetizál.

A modell alapján elvégzett kutatások (PUCZKÓ–SMITH 2011) egyértelműen megerősítették, hogy a turizmus a legtöbb életminőség-tényezőre hatással van, a legerősebb összefüggés az egészség, a munka és produktivitás, az érzelmi és szellemi jóllét és a családdal és barátokkal való kapcsolat tekintetében mutatható ki. A turisták utazásuk alatt egy új közösség részének érezhetik magukat, és több figyelmet fordíthatnak a környezetre is.

Bár McCABE és szerzőtársai (2010) szerint a turizmus évről évre növekvő népszerűsége ellenére az utazásnak a turisták boldogságszintjére gyakorolt hatása nem bizonyított, a legtöbb életminőség/szubjektív életminőség és turizmus fókuszú kutatás igazolja a turizmusnak a turistákat fogadó desztinációk helyi lakossága életminőségére és/vagy a turisták életminőségére gyakorolt hatását (DOLNICAR et al. 2012). FILEP (2012) szerint a jövőben a szubjektívéletminőség-kutatás minden jól megfigyelhető hibája ellenére folytatódni fog a turizmusban résztvevők jóllétének vizsgálata és az azzal kapcsolatos modellalkotó munka.

### **A turizmus hatása a helyi lakosság szubjektív életminőségére**

Az elmúlt évtizedekben a turisztikai fogadóterületeken élők turizmussal kapcsolatos attitűdjeinek és a turizmus helyi lakosság életére gyakorolt hatásainak vizsgálata népszerű kutatási téma volt. Ahogy az korábban említésre került, a turizmus-specifikus életminőség-, szubjektívéletminőség-kutatások jelentős része ezen, a turizmus hatásait a vizsgálódás középpontjába állító kutatások talaján született. A PUCZKÓ és RÁTZ (1998) által azonosított három turisztikai hatáscsoportnak például megannyi, életminőséggel kapcsolatos aspektusa van.

- A gazdasági hatások és a helyi lakosság életminősége közötti kapcsolatra utal az, hogy a turizmus munkahelyet teremt, jövedelmet termel, gazdasági hasznot hajt, ami hozzájárul(hat) a helyiek objektív és szubjektív életminősége növekedéséhez.
- A társadalmi-kulturális hatások és a helyi lakosság életminősége összefüggésének jó példája a turizmus kultúra- és hagyományos társadalmi struktúrákat romboló szerepének és a társadalmi jóllétnek a kapcsolata.
- A turizmus fizikai környezetre gyakorolt hatásai és a helyi lakosság életminősége szoros kapcsolatára utal az a tény, hogy a turizmus fizikai hatásainak jelentős része közvetlenül a helyiek állandó lakhelyén jelentkezik.

A fent bemutatott, a teljesség igényét messzemenően nélkülöző példák jól szemléltetik azt, hogy a turizmus hatásai az életminőség pilléreit és tényezőit egyaránt érintik, érinthetik. A turizmus hatásainak vizsgálatát célzó kutatások azonban alapvetően különböznek a kifejezetten a turizmus és a helyi lakosság szubjektív életminőségének kapcsolatát feltáró kutatásoktól, amelyek lényege a turizmus életminőségre gyakorolt hatásainak azonosítására való törekvésben ragadható meg.

Noha a turizmus helyi lakosság életminőségére gyakorolt hatásainak azonosítása újszerű kutatási területnek tekinthető, ilyen típusú kutatásokra mind nemzetközi, mind hazai vonatkozásában (ANDERECK–NYAUPANE 2010, MICHALKÓ et al. 2010, MICHALKÓ et al. 2012) találunk példát. Tekintettel azonban arra, hogy sem a turizmus hatásainak és az életminőség összefüggéseinek, sem a turizmus helyi lakosság életminőségére gyakorolt hatásainak azonosítása nem kapcsolódik közvetlenül értekezésem témájához, ezen kutatások eredményeit nem elemzem részletesen.

### **A turizmus hatása a turisták szubjektív életminőségére**

A turizmus a benne fogyasztóként részt vevők szubjektív életminőségét kétféleképpen javíthatja. Egyrészt az elutazás közvetlen hatásain keresztül, ahol három fázist különböztetünk meg: utazás előtt (a várakozás hatása), az utazás alatt (az élmény hatása) és az utazás után (az utóhatás). Másrészt, a megszerzett élmény indirekt módon járulhat hozzá a mindennapok boldogságszintjéhez, például az élmények emlékeinek felidézésével. A felidézést segítik az emléktárgyak, fotók, az utazás élményei által keltett érzelmek, benyomások (NAWIJN 2010).

SIRGY et al. (2010) tizenhárom életminőség-tényezőt vizsgáló kutatása igazolta, hogy az utazáshoz köthető pozitív és negatív érzelmek befolyásolják a szabadidőnkkel és az életünk egyéb területeivel (szeretet, család, társadalmi kapcsolatok) kapcsolatos elégedettségünket is. RICHARDS (1999:189) az életminőség és a társadalmi jóllét kapcsolatára utal azzal, hogy kiemeli: „a társadalmi érintkezésben, az egyén személyes fejlődésében és személyiségének alakulásában” a szabadidős célú utazások hozzájárulnak az életünk minőségéhez.

Az életminőség/szubjektív életminőség és a turizmus összefüggéseit a benne fogyasztóként résztvevők szemszögéből vizsgáló kutatásokból az körvonalazódik, hogy:

- a turizmusnak a turisták életminőségére gyakorolt hatása csekély, de mérhető (KEMP et al. 2008, NEAL 2000, DOLNICAR et al. 2012, GILBERT–ABDULLAH 2004, NAWIJN et al. 2010, SIRGY et al. 2010). Egyes kutatások (MILMAN 1998) a turizmusnak a benne fogyasztóként résztvevők életminőségére gyakorolt hatásait egy-egy szűkebb szegmensben igazolták.
- az utazások előtti, alatti és utáni szubjektív életminőség-specifikus turisztikai kutatások egy része (STRAUSS-BLASCHKE et al. 2000, WESTMAN–EDEN 1997, WESTMAN–ETZION 2001) az utazások stressz-csökkentő és/vagy egészségi állapot javító hatásáról számol be. DE BLOOM és szerzőtársai (2009) azonban hangsúlyozzák, hogy ezek a hatások csak rövid ideig állnak fenn.
- NAWIJN (2010), GILBERT–ABDULLAH (2004), KEMP et al. (2008) és LOUNSBURY–HOOPES (1986) kutatása az utazás hossza és az azt követő emelkedett „boldogságszint” között nem tudott kapcsolatot kimutatni, NEAL–SIRGY (2004), valamint NEAL et al. (2007) kutatása azonban igazolta az utazás hossza és az utazás alatti elégedettség és boldogság közötti kapcsolatot.
- NAWIJN-nak (2010) a turizmus hosszú távú hatásait a különböző rendszerességgel utazók körében végzett kutatása kimutatta, hogy az utazás előtti boldogság szintje kissé nagyobb a rendszeresen „nyaralóknál”, mint az ún. alkalmi turistáknál. Az utazás utáni (post-trip) boldogság szintjében nem mutatkozik különbség.

Az alfejezet zárásaként az életminőség/szubjektív életminőség és a turisták viszonyában a Budapest-modellben is nevesített, kiemelkedő jelentőségű életminőség-tényezők és a turizmus kapcsolatát vizsgálom.

- Családdal, barátokkal való kapcsolat (társadalmi jóllét) és valahová tartozás: az egyedül történő utazás – néhány kivételtől, mint például a hátizsákos turisták vagy a kezelésen résztvevő gyógyturisták, eltekintve – nem jellemző, az elvált, egyedülálló vagy gyermek nélkül utazó szegmens arányának növekedése azonban a turisztikai szolgáltatókat is új kihívások elé állítja. Az ember társas lény, az antropológiai kutatásokban gyakran jelenik meg az, hogy az utazás egyfajta közösségkeresés is. A közösségkeresés egy utazás alkalmával többféle formában, például az útitársakkal, a helyi lakossággal való kapcsolatkeresésében is megnyilvánulhat. Utóbbinak speciális példája a társadalmi felelősségvállalás egy példája, az „önkéntes turizmus”, amelynek fogalma DEVEREUX és CARNEGIE (2006) szerint igen közel áll a jólléthez. A falusi turizmus, az agroturizmus, a kulturális turizmus bizonyos formái, de akár a mostanában oly divatos megosztott turisztikai szolgáltatások igénybe vétele is hozzájárulhat a társadalmi jóllét növekedéséhez és a valahová tartozás érzésének erősödéséhez (SMITH 2015).
- Egészség (fizikai, szellemi és érzelmi jóllét): a turizmusnak mint a szabadidő eltöltés egy lehetséges formájának az egészségre való pozitív hatása kézenfekvőnek tűnik. Az életminőségre már maga a fizetett szabadság és a hétköznapi életből való kiszakadás ténye is pozitívan hathat. Néhány országban éppen ezért az alacsonyabb jövedelmű társadalmi rétegek utazásait – a szociálturizmus eszközrendszerével – maga az állam is ösztönzi (McCABE–JOHNSON 2013). A Közép- és Kelet-Európában, illetve az egykori Szovjetunió több utódállamában a gyógyfürdőkben és szanatóriumokban a társadalombiztosítás terhére igénybe vehető szolgáltatások az egészségturisztikai keresletet is bővítik. A nem vallásos spiritualizmus növekvő fontossága az egyre erősebbé váló elidegenedés és a hagyományos vallásokba vetett hit csökkenésének következménye. A spirituális turizmus – a zarándoklaton való részvétel, a jóga, a meditáció, de számos más utazástípus is – éppen erre a jelenségre ad választ.
- Munka: a munka-szabadidő arány fontos szerepet játszik az életminőségben, mint ahogyan azt a Eurofound [2007] egy korábbi kutatása is megállapítja. HONORÉ (2005) – francia és

skandináv példát alapul véve – a rövidebb munkaidő és a rendszeres időközönként beiktatott pihenőidő fontosságát hangsúlyozza. Tanulmányok azt is alátámasztották, hogy a munkavállalók számára biztosított egészségmegőrző programokon való részvétel növeli a termelékenységet, csökkenti a munkából való indokolatlan hiányzást, ezáltal a társadalombiztosítási költségeket és a munkahelyi konfliktusok számát is.

- Az életminőség személyes biztonság dimenziójának szerepe az elmúlt években a turisták körében jelentősen felértékelődött, terrorcselekmények, politikai konfliktusok, természeti katasztrófák miatt a turisták számára sok desztináció vált veszélyessé vagy éppen elkerülendővé.
- Környezet: SIRGY és CORNWELL (2001), RAHMAN és szerzőtársai (2005), MALLER és szerzőtársai (2006), valamint HUIJBENS és BENEDIKTSSON (2013) is hangsúlyozza a környezet életminőségben játszott kiemelkedő szerepét. A környezet minősége a turista számára, akit sokszor maga a szép természet, táj vonzanak a célterületre, is alapvető fontosságú. TODD (2009) szerint a tájnak jóval nagyobb lehet a szerepe a turizmusban, mint amit korábban tulajdonítottak neki. DE BOTTON (2003) a tájnak az emberi lélekre gyakorolt hatását vizsgálta a turizmus kontextusában. KAPLAN és KAPLAN (1989) és a NEF [2008] hasonló eredményre jut a természetnek a szellemi és érzelmi jóllétben játszott szerepét illetően: mindkét kutatás erős kapcsolatra utal. SMITH és KELLY (2006) a holisztikus utazások térspecifikus jellemzőit vizsgálja, de a későbbiekben részletesen is ismertető Alpine Wellness és Nordic Wellbeing koncepció is jó példái annak, hogy sok turisztikai termék/márka épül a természeti környezeti adottságokra vagy éppen a tájképre.
- Érzelmi (mentális és pszichológiai) jóllét: az életminőség szintén kiemelkedő fontosságú tényezője. A turizmus néhány formája a szubjektív életminőség ezen tényezőjére kifejezetten pozitívan hat: a vallási turizmus, a zarándoklaton való részvétel például új értelmet adhat a benne résztvevő életének. SMITH et al. (2010) az életközepi válság, turizmus és a jóllét, HANNAM és ATELJEVIC (2007), illetve RICHARDS és WILSON (2004) a hátizsákos turisták utazásai és a szubjektív életminőség kapcsolatát vizsgálták.

SMITH (2015) arra is felhívja a figyelmet, hogy a helyi lakosok és a turisták életminősége nem mérhető egyidejűleg, mivel a két szegmens életminőségét meghatározó tényezők más természetűek. A fogadóterületen a turisták jellemzően rövid ideig tartózkodnak, és lehet, hogy oda soha nem térnek vissza, míg a turista számára fogadóterületként szolgáló terek a helyi lakosság állandó lakhelyéül szolgálnak, ahonnan elképzelhető, hogy turistaként sohasem mozdulnak ki. Azok a helyek, ahol magas az életminőség, vonzó az épített környezet, fejlett az infrastruktúra, hatékony a közösségi közlekedés, tiszta a környezet általában mind fogadóterületként, mind állandó élettérként vonzóak az emberek számára.

Ideális esetben a turizmust olyan mértékben és szintig érdemes fejleszteni, amíg a helyiek életminősége javul. Ennek megvalósításában azonban problémát jelent az, hogy a turizmus – annak is elsősorban rövidtávú, pozitív – gazdasági hatásai a legtöbbször prioritást élveznek a környezeti vagy éppen a társadalmi-kulturális hatásokkal szemben. Pedig – ahogyan arra az Easterlin-paradoxon is felhívja a figyelmet – a gazdasági növekedés nem feltétlenül jár együtt az életminőség javulásával: a bővülő munkalehetőségek, a növekvő nemzetgazdasági vagy akár háztartási jövedelmek nem vonják automatikusan maguk után a helyiek magasabb életminőségét és jóllétét. A fejlődés következtében sérülhetnek a hagyományos társadalmi struktúrák, generációs vagy nemek közötti konfliktusok alakulhatnak ki, elértéktelenedhetnek vagy kommercializálódhatnak a hagyományok, sérülhet a természeti környezet – vagyis a turizmus hosszú távú hatásait elfedhetik a rövidtávú gazdasági hasznai. Mára, a fenntartható turizmus fejlesztés fontosságát sok desztináció felismerte, amelynek eredményeként a turizmus gazdasági, illetve környezeti és társadalmi-kulturális hatásait a fejlesztések értékelésekor egyaránt figyelembe veszik. A fenntarthatóság gondolata természetesen ma még messze nem érvényesül minden fogadóterületen vagy konkrét létesítményfejlesztés során, a jó gyakorlatok kidolgozása, illetve

megvalósítása azonban mind a desztinációs menedzsment szervezetek, mind a befektetők számára ösztönzőleg hat a fenntarthatóság gondolatának adaptálására.

## 1.2. Az egészség, az egészségturizmus és a szubjektív életminőség kapcsolata

### 1.2.1. Az egészség újraértelmezése felé

Az emberiség történetében az *egészségességre való törekvésnek* több ezer éves hagyománya van (MÜLLER–KAUFMANN 2001, COOK 2008, SMITH–PUCZKÓ 2009). Bár az egészségkép koronként és kultúránként változik, általánosságban elmondható, hogy hagyományos értelemben véve az *egészség* a betegség hiányát jelenti. A Magyar Értelmező Kéziszótárban olvasható definíció is ezt a megközelítést tükrözi: az egészséget az életműködés zavartalanságával, a szervezet, illetve a szervek betegség nélküli állapotával azonosítja, és azt nevezi egészségesnek, aki jó egészségben van, „ép”, nem beteg [MTA 2007].

Napjaink komplex szemléletű, a „hagyományostól” szemléletében, filozófiájában teljesen eltérő egészség meghatározása a második világháború utáni időszakban gyökerezik. Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organisation, WHO) 1948-as meghatározása szerint az egészség nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiányát jelenti, hanem az ember testi, lelki és szociális jóllétét egyaránt magába foglalja (HUBER et al. 2011). Az elmúlt csaknem hét évtizedben ez a meghatározás további aspektusokkal bővült, amelynek következtében az egészség fogalmában az 1980-as évek közepére megjelent, s mára széles körben elfogadottá és alkalmazottá vált az egyének a környezettel és kiemelten a társadalommal való kapcsolata is. Az Ottawai Charta ajánlása szerint „az egészség az, hogy az egyén vagy csoport milyen mértékben képes felismerni vágyait és kielégíteni szükségleteit, illetve megváltoztatni a környezetét vagy megbirkózni azzal. Az egészség a mindennapi élet erőforrása, nem pedig az élet célja; pozitív fogalom, amely a fizikai állapot mellett a társas és személyes tényezők jelentőségét is hangsúlyozza” [WHO 2009:1].

SMITH és PUCZKÓ (2010a) szerint napjainkban az *egészség és a wellness* fogalmát gyakran használják egymás szinonimájaként. A wellness az egészség dinamikus jelentéstartalmát tünteti zászlajára, célja a holisztikus, vagyis a fizikai, a pszichológiai és a társas egészség egyidejű elérése, illetve az ezek közötti harmónia megteremtése. A wellness filozófia abból indul ki, hogy egészsége megőrzése és a betegségek elkerülése érdekében minden egyén tehet valamit. MYERS et al. (2000) szerint a wellness az optimális *egészség és jóllét* elérésére irányuló életmód, amelynek segítségével az egyén megteremti az összhangot a test, a szellem és a lélek között annak érdekében, hogy teljesebb életet élhessen az emberiség és a természet részeként.

Mára a nemzetközi szakirodalomban megjelenő, összetett wellness-értelmezés nem csak az egészséget mint célt, hanem az egészséghez vezető „utat” is vonzóvá tette a fogyasztók számára. A wellness növekvő népszerűsége elsősorban a szolgáltatóiparban érezteti hatását, de az élelmiszeripari vállalkozások számára is a piaci lehetőségek széles körét nyitja meg (FÜREDINÉ 2008).

SMITH és KELLY (2006:1) kiemeli, hogy az egészség néhány definíciója magában foglalja a *jóllétet* is, például Saraccinál, aki szerint az egészség „a fizikai, mentális és szociális jóllét állapota és nem csupán a betegség vagy gyengélkedés hiánya”. BIRCHER (2005:338) az egészséget úgy definiálja, mint „a jóllét dinamikus állapota, amelyet olyan fizikai és mentális potenciál jellemez, amely kielégíti az élet igényeit az életkornak, kultúrának és a személyes felelősségnek megfelelően”.

Az egészséggel kapcsolatos felfogás főbb jellemzőit az 5. táblázat mutatja be.

5. táblázat: Az egészséggel kapcsolatos felfogás fontosabb jellemzői

	Az 1950-es évekig	1950-es évek - 1986	1986 óta
Az egészség fogalma	A betegség hiánya	Teljes testi-lelki-szociális jólét	A környezettel, a társadalommal való harmonikus együttélés
A betegséghez való viszony	A betegség kívülről jön, az ember a betegség passzív befogadója	Bizonyos embertípusok fogékonyabbak bizonyos betegségi típusok iránt	Az ember felelős az egészségéért, illetve előidézője betegségeinek
A betegség kialakulásának okai	Biológiai	Biológiai és pszichológiai	Biológiai, pszichológiai és szociális
A gyógyítás eszközei	Gyógyszerek, eszközök	A hozzáállás, lelki tényezők befolyásolása	Életmód (része a táplálkozás is)
Az egészségi állapot megőrzéséért felelős	Az egészségügy	Az egyén és az egészségügy	Az egyén és a közösség (társadalom)
A prevenció értelmezése	Korai kezelésbe vétel, harmadlagos prevenció	Korai diagnózis felállítása, másodlagos prevenció	Életmód (része a táplálkozás is), elsődleges prevenció
A népegészségügyi programok célja	Gyógyítás	Betegségek megelőzése	Az egyén és a közösség képes legyen az egészsége megőrzésére
Szemléletmód	Betegség-centrikus	Betegség-centrikus	Egészség-centrikus

Forrás: FÜREDINÉ (2008)

Az 1950-es évekig úgy tekintettek az emberre, mint a kívülről érkező betegségek passzív befogadjára (Aszmann 2007 in: FÜREDINÉ 2008). A betegségek hátterében fizikai, biológiai, biokémiai zavarokat, fertőzéseket feltételeztek, az egészségi állapot megőrzésének és javításának felelősét az egészségügyben látták. E szemléletmód azonban azon krónikus megbetegedések értelmezésében, amelyek kialakulásában szerepe van az életmódnak, az életeseeményeknek és lelkiállapotoknak, gyorsan létjogosultságát veszítette. Az egészségről való gondolkodásban egyre inkább felértékelődött az egyén aktív szerepvállalása, illetve életmódjának, táplálkozási szokásainak tudatos kialakítása saját egészségének megőrzésében.

Az egyén életmódjának és egészségi állapotának összefüggéseivel az 1950-es évek óta foglalkoznak: ekkor az ún. individualista megközelítés volt jellemző, amely szerint az életmód kizárólag az egyéni döntések eredményeként alakul ki. Ezzel kapcsolatban merül fel „az áldozat hibáztatásának” problémaköre, miszerint egyedül az egyént tartják felelősnek egészségtelen életmódja, és az ebből adódó betegségei miatt. A társadalmi és környezeti tényezők befolyásának vizsgálatára az 1970-es évektől fordítottak figyelmet. Ennek nyomán fejlődött ki az ún. biopszichoszociális megközelítés, amelynek központi gondolata az, hogy az egyéni szintű magatartásmódosulás nem lehet tartós, ha nem áll mögötte a társadalom mentális változása, a közösség szemléletének megváltozása. Ez a társadalmi szintű megelőzés problematikájához vezet el bennünket (FÜREDINÉ 2008).

A napjainkra jellemző egészségcentrikus irányzat esszenciáját az 1986-os Ottawai Charta az egészség-promócióban jelölte meg. E szerint a cél az, hogy az egyéneket és a közösségeket tegyék képessé az egészség feletti kontrollra, vagyis életmódjuk és környezetük befolyásolására. Az egészség-promóció az egészség megtartására és javítására fókuszál, ami nemcsak az egészséget veszélyeztető kockázati tényezők elkerülését, hanem jellemzően az életmód átalakítását is jelenti. Az egészség-promóció általánosságban próbál hatni a lakosságra azzal, hogy az egészséges életmód terjesztése érdekében – például a helyes táplálkozást és mozgáskultúrát népszerűsítő akciók programokkal – még a betegségfolyamat előtt kíván beavatkozni WHO [2009].

A napjainkban általánosan elfogadott egészség-megközelítés szerint az egészség csak akkor fenntartható, ha annak az alábbiakban felsorolt összes dimenziója kielégítő szinten működik (SIMON 2010):

- biológiai (fizikai) egészség: testünk megfelelő működése,
- mentális egészség: tiszta, racionális és logikus gondolkodás,
- érzelmi egészség: az érzések felismerése, megélése és kifejezése,
- szociális egészség: megfelelő kapcsolatok kialakítása és fenntartása embertársainkkal,
- lelki egészség: személyes világnézetünk, erkölcsi alapelveink, tudatunk nyugalma és az önmagunkkal szembeni békének a jele,
- szexuális egészség: az egyén a saját szexualitását megfelelően ki tudja fejezni,
- társadalmi egészség: a társadalom egészségessége feltétele tagjai egészségességének is.

### 1.2.2. Az egészség szerepe a szubjektív életminőségben

Az elmúlt néhány évtizedben az életminőség egyes tényezői szerepének és hatásmechanizmusainak vizsgálatával kapcsolatosan végzett kutatások feltárták az egészségnek az életminőségben és a szubjektív életminőségben játszott, kiemelkedően fontos szerepét.

CUMMINS (1997) az életminőséget hét tényező mentén definiálja: ezek egyike az egészség. Veenhoven és szerzőtársai a szubjektív életminőség és hat elégedettségi tényező (házasság, munka, pihenés, életszínvonal, barátság és *egészség*) között talált erős ok-okozati kapcsolatot (HEADY et al. 1991). HALLERÖD és SELDÉN (2013) kutatásában 39 indikátort használ öt szubjektív életminőség-tényező leírására: ezek az *egészség*, a pszichoszociális jóllét, a fizikai funkciók, a társadalmi kapcsolatok, a gazdasági nehézségek.

RAHMAN et al. (2005) arra a nyolc – az értekezés 1.1.3.1. fejezetében részletesen is bemutatott –, életminőséggel kapcsolatba hozható tényezőre koncentrált, amelyeket korábbi kutatások alapján a leginkább meghatározónak talált. A nyolcból öt tényező statisztikailag is igazolható, erős kapcsolatot mutat az életminőséggel: ezek egyike, mégpedig legerősebbike az *egészség*, ezt követi az anyagi jólét, a valahová tartozás, a munka és a környezet minősége.

DIENER (1984) szerint az egyén élettel való elégedettségét az életének különféle, jól elkülöníthető területein kell mérni (például munka, társas kapcsolatok, *egészség*, fizikai funkciók, életszínvonal stb.), felhívja azonban a figyelmet arra is, hogy az egyes területeken mért elégedettség nem okvetlenül jelenik meg a globális elégedettség mérőszámaiban. Diener későbbi munkáiban arra a következtetésre jut, hogy a magas szubjektív életminőség eléréséhez két dolog elengedhetetlen: a jó kapcsolatok és a mentális egészség (DIENER–BISWAS-DIENER 2000, DIENER et al. 1997).

2005-ben megjelent „Happiness: lessons from a new science” című könyvében Layard az anyagi helyzetet, a családi kapcsolatokat, a munkát, a közösséget és a barátokat, az *egészséget*, a személyes szabadságot, és az egyén számára fontos értékeket mint a „kiteljesedés” állapotának elérésében fontos szerepet játszó, a szubjektív életminőséget javító tényezőket határozza meg (HUPPERT–SO 2013).

Azt, hogy az életminőség/szubjektív életminőség és az egészség szoros kapcsolatban áll egymással, az is jól reprezentálja, hogy az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organisation, WHO) 1990-es évek közepén megalkotott életminőség-definíciójának az egészség is része. A WHO szerint az életminőség az egyénnek az életben elfoglalt helyzetével kapcsolatos észlelése, ahogyan azt életterének kultúrája, értékrendszerei, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják. Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magába foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet lényeges jelenségeihez fűződő viszonyát [WHOQoL GROUP 1998:1570].

VEENHOVEN (1996b) utal arra, hogy a szubjektív életminőség-kutatások az egészségközpontú vizsgálatokban kezdtek teret hódítani. Az élettel való elégedettséggel kapcsolatos első közvélemény-kutatásokat az 1960-as években az Amerikai Egyesült Államokban végezték. A hangsúly akkoriban a mentális egészségen volt, az egészségügyi ellátás felelősei később azonban belátták, hogy a betegségek előfordulásának mérése önmagában messze nem elegendő az



egészségi állapot meghatározásához. Az életminőség (tulajdonképpen HRQoL) és az egészség az orvostudomány területén napjainkban is hasonló jelentésű fogalmak (THEOFILOU 2013).

A FERRER-I-CARBONELL és FRIJTERS (2004), valamint a VEENHOVEN (2008) által áttekintett szubjektív életminőség-egészség fókuszú tanulmányok mindegyike igazolta az *egészség pozitív kapcsolatát* a szubjektív életminőséggel. Veenhoven azt is kiemeli, hogy mind a fizikai, mind a mentális egészség erősen kapcsolódik a szubjektív életminőséghez. DOLAN et al. (2008) tanulmánya szerint – amely ugyancsak számos, szubjektív életminőség-specifikus kutatás alapján tesz kísérletet a jóllétet meghatározó tényezők azonosítására – a rossz *egészségi állapot*, az egyedüllét, a munkanélküliség, a társadalmi kapcsolatok hiánya negatívan hat a szubjektív életminőségre.

A különböző egészségprogramok egészségre, illetve életminőségre gyakorolt hatását – elsősorban az idősök körében végzett egészségfókuszú életminőség-kutatások keretében – számos kutatás vizsgálta. KIM et al. (2003) kiemeli, hogy az egészségprogramokban való aktív részvétel segíti az időseket az étellel való elégedettség fontosságának felismerésében. A szakértők által segített egészségmegőrző programon való részvétel igazoltan járul hozzá a különböző betegségek megelőzéséhez, javítja a fizikai teljesítményt és fokozza az étellel való elégedettséget.

Az egészség szerepének hangsúlyozása mellett azt is fontos kiemelni, hogy a szubjektív életminőséget befolyásoló tényezők nem függetleníthetők egymástól, kölcsönösen hatnak egymásra.

- Az egészség és jövedelem közötti kapcsolatot számos kutató vizsgálta. A magasabb jövedelem jobb egészségi állapothoz, a jobb egészségi állapot magasabb jövedelemhez vezet. Számos vizsgálat igazolja, hogy az anyagi helyzet, illetve a társadalmi státusz összefüggésben van mind a testi, mind a lelki egészséggel: a magasabb jövedelműek, illetve magasabb társadalmi státuszú egyének és társadalmi csoportok elégedettebbek, boldogabbnak érzik magukat és egészségi mutatóik is jobbak (LONDON et al. 1977, LIKER–ELDER 1983, ALDWIN–EVENSON 1986, DIENER–BISWAS-DIENER 2002, HALLERÖD–SELDÉN 2013).
- Bizonyított, hogy a munka általában jó, a munkanélküliség épp ellenkező hatással van a fizikai, szellemi egészségre és a szubjektív életminőségre (HELLIWELL 2002, RANDALL 2013).
- A pozitív pszichológia képviselői szerint az egészség és az étellel való általános elégedettség a céltudatos életre való törekvéssel van szoros kapcsolatban (RYFF–SINGER 1998, DIENER–FUJITA 1995, SELIGMAN 2008a).

RAHMAN et al. (2005) korábbiakban bemutatott életminőség-modellje arra is rámutat, hogy az egészség közvetlenül, és közvetve, vagyis más életminőség-tényezőkre kifejtett pozitív hatásán keresztül is befolyásolja az életminőséget. Más szóval, a javuló egészségi állapot közvetlen hatással van az egyén életminőségére, de más életminőség-tényezőket befolyásolva az egészség közvetve is javítja az életminőséget.

Ahogy az életminőséget bemutató 1.1. fejezetben láthattuk, az életminőséget és a szubjektív életminőséget befolyásoló tényezők csaknem mindegyikének, így az egészségnek is van objektív és szubjektív leképeződése (VEENHOVEN 2002, CUMMINS 1997, HEGEDŰS 2001) (6. táblázat).

6. táblázat: *Az egészség mint szubjektív életminőség-tényező értékelésének lehetséges módjai*

	A kutatás fókuszában	
	a társadalom (egésze vagy egy szegmense)	az egyén
Objektív mutató	a település egészségügyi ellátásának jellemzői	egyes betegségekre vonatkozó statisztikák
Szubjektív mutató	az egészségügyi ellátással való elégedettség	a saját egészségi állapottal való elégedettség

Forrás: HEGEDŰS (2001)

Az elmúlt évtizedekben az *egészség mérésének két, egymást kiegészítő módja* terjedt el: az egyik az egészség szubjektív (angol szakirodalmi megfelelője: self-rated/reported/defined health vagy self-assessed state of health) értékelése, a másik az egészségi állapot objektív tényezőkön alapuló mérése (SKEVINGTON et al 2004). Előbbire a hazai szakirodalomban szubjektív egészségérzetként, az egészségi állapot önbecsléseként (KOPP–MARTOS 2011), szubjektív egészségként vagy szubjektív egészségi állapotként (KUCSERA 2008) hivatkoznak.

A szubjektív egészség az egyén öndiagnózisán, a saját laikus egészség- és betegségfelfogásán alapul és gyakran eltér az orvostudományi diagnózistól. A szubjektív egészségi állapot szerepe vitathatatlanul fontos: egyrészt irányítja az egyén érzelmeit, attitűdjeit, viselkedését, az egészségviselkedésén kívül is számos hétköznapi szituációban. Másrészt longitudinális felmérések szerint a szubjektív egészségi állapot hasonlóan jó vagy akár jobb előrejelzője is tud lenni a várható betegségtörténetnek és mortalitási esélyeknek, mint az orvostudományi (Szántó 2002 alapján KUCSERA 2008). A szubjektív egészségi állapotot az életkor, a nem, a mikro- és makrokulturális környezet, az idő és a helyszín, a társadalmi szerep, valamint generációs tapasztalatok is befolyásolják, amelynek következtében jellemzőit, fontosságát, hatásmechanizmusait kizárólag az érintett megkérdezése alapján lehet megismerni és megérteni.

Az egyén szubjektív egészségének értékeléséhez egyetlen kérdés is elegendő, például az, hogy a megkérdezett véleménye szerint milyen a saját egészségi állapota (DONOVAN et al. 2002). HELLIWELL (2002) szerint e kérdés mentén akár magának az étellel való elégedettségnek a mérése is lehetséges, s az így kapott eredmények más, kifinomultabb – az egyén ismerőseinek véleményére támaszkodó vagy a viselkedés-alapú (például a mosolygás gyakorisága) – mérések eredményeivel összhangban vannak. A szubjektív egészség ugyanis egyike az étellel való elégedettséghez legszorosabban kapcsolódó tényezőknek, szubjektív életminőségre gyakorolt hatása a válás vagy a munkahely elvesztés hatását is felülmúlja. Helliwell számítása szerint az 1-5-ös skálán mért egy egységnyi javulás az egészségben, 0,61 egységnyi javulást eredményez a szubjektív életminőségben.

Az egészség mint életminőség-tényező objektív pillérének számszerűsítésére számos mutatót alkalmaznak (az egészség korábban bemutatott, az életminőséggel, szubjektív életminőséggel kapcsolatos komplex mutatószámokban való megjelenését a 7. táblázatban mutatom be):

- a HDI-ben, amely az egészség, az életszínvonal és az iskolázottság számtani átlaga, az egészséget a születéskor várható élettartammal azonosítják [UNDP 2014],
- a WHR erősen kapcsolódik az élet egyes tényezőinek – nevezetesen a jövedelem, a társadalmi támogatottság, a születéskor várható egészséges élettartam, a döntéshozatali szabadság, a nagylelkűség és a korrupció – értékeléséhez, mivel azok mind az emberi fejlődés dimenziói. Az egyes országok átlagértékeiben tapasztalható különbségek háromnegyedét ez a hat tényező okozza (HELLIWELL et al. 2013),
- BÉRENGER és VERDIER-CHOUCHANE (2006) kutatásában két, az objektív egészséggel kapcsolatos aggregált mutatót is alkalmaz. Az egyik az *egészségsszínvonal*, amely a GDP arányos egészségügyi kiadásokat, az 1000 főre vetített orvosok számát, és az ivóvízzel ellátott népesség arányát integrálja, és a közszolgáltatások mennyiségét és elosztásuk minőségét jelzi, a másik az *egészségminőség*, amely a várható élettartam (vagyis a hosszú életre való képesség), a gyermekágyi halálozás aránya (az egészséges körülmények közötti gyermekszülésre való képesség) és a kis súlyú és alulfejlett öt év alatti gyermekek arányát foglalja magában.
- RAHMAN et al. (2005) az életminőség mérésekor a népességnövekedési rátát (a demográfiai nyomás reprezentálására), a születéskor várható élettartamot, a csecsemőhalálozási rátát, az AIDS és tuberkulózis előfordulásának gyakoriságát (a betegségek jellemzésére), a GDP arányos állami egészségügyi kiadásokat és az orvos/népesség arányt (az egészségügyi ellátás jellemzésére) használja.

7. táblázat: Az egészség megjelenése az életminőséggel/szubjektív életminőséggel kapcsolatosan leggyakrabban hivatkozott indikátorokban

	BLI	EQLS	ESS	GWl	GNHI	HPI	HDI	WtBB	WHR
Objektív egészségmutató	x					x	x	x	x
Szubjektív egészségértékelés	x	x	x	x	x				

Forrás: [www.oecdbetterlifeindex.org](http://www.oecdbetterlifeindex.org), EC [2013], Eurofound [2013a-c] és [2014b-d], Gallup [2014], URA et al. (2012), NEF [2014] és <http://www.happyplanetindex.org/>, UNDP [2014], KEKIC (2012), HELLIWELL et al. (2013) alapján saját szerkesztés

Az egészség és szubjektív életminőség összefüggése kapcsán értekezésem szempontjából is meghatározó kutatási eredmény, hogy egyes szerzők véleménye szerint (FEKETE 2006) a szubjektíven megélt egészség és a szubjektív életminőség között van, az objektív, azaz a mért egészségügyi állapot és szubjektív életminőség között nincs kapcsolat.

Az egészség 1.2.1. fejezetben bemutatott aspektusai közül a szubjektív életminőség-kutatásokban jellemzően a fizikai (physical) és/vagy a pszichológiai vagy mentális (psychological, mental) egészséggel találkozhatunk. Egyes tanulmányok (DOLAN et al. 2008, VEENHOVEN 2008) erős kapcsolatot mutatnak ki a szubjektív életminőség és mind a fizikai, mind a pszichológiai egészség között, CUMMINS (1997) szerint a fizikai egészség és szubjektív egészségérzet (és szubjektív életminőség) egymással kevésbé korrelálnak. A mentális egészségnek a szubjektív életminőségben játszott szerepét támasztja alá az EU Green Paper-e is (HUPPERT et al. [N.a.]), amelynek célja, hogy az unió országaiban felhívja a figyelmet a mentális jóllét fontosságára és a mentális problémák kezelési lehetőségeire.

Míg a szubjektív életminőség és a szubjektív egészség összefüggése széleskörűen elfogadott tény, addig az, hogy a szubjektív életminőség alapja az egészség vagy éppenséggel a jó egészség alapja a magas szubjektív életminőség, a szakirodalomban máig vitatott kérdés. HOORN (2007) több tanulmányra hivatkozva rámutat, hogy az ok-okozati kapcsolatok feltárása a jövőbeli szubjektív életminőség-kutatások feladata lesz.

### 1.2.3. Az egészségturizmus változó arculata

A szakirodalomban az egészséggel kapcsolatosan egyre gyakrabban használják az *egészségipar* kifejezést, amelynek tartalmával kapcsolatosan konszenzus nincs, de jellemzően az egészségügynél szélesebb értelemben használják. SIMON (2010) szerint az egészségiparba beletartozik a gyógyító-megelőző egészségügyi alap- és szakellátási szolgáltatások köre, a gyógyászat kiszolgáló ágazatai, beleértve a gyógyszeripart és az orvostechikai eszközök gyártását, a gyógyító tudományok és az azokhoz kapcsolódó alap kutatás és oktatás, az egészségügyi és gyógyászati eljárások fejlesztése, valamint az értekezés témája szempontjából kiemelkedő fontosságú rehabilitációs és rekreációs tevékenységek és erre épülő turisztikai szolgáltatások, illetve az egészségtudatos életmódhoz kapcsolódó szolgáltatások és termékek gyártása és forgalmazása.

Az egészséggel kapcsolatos utazások gyűjtőfogalmaként használt egészségturizmus története csaknem egyidős az emberiséggel, illetve a turizmus történetével (LENGYEL 2004). Napjainkra az egészségturizmust a társadalom minden szintjén megmutatkozó, élénk érdeklődés övezi. COOK (2008) a növekvő politikai érdeklődés okát a remélt anyagi előnyökben látja: mára a gyógyászat globális piaccá érett, amelyben a feltörekvő, a fejlődő és a fejlett országok egyaránt versengenek a gyógyulni vágyó turisták kegyeiért. Az egészségturizmusnak az egyes nemzetgazdaságok szintjén megmutatkozó pozitív gazdasági hatásai jelentősen hozzájárultak az egészségük javításának vagy megtartásának céljával utazó – egyre tehetősebb – turisták által igénybe vehető szolgáltatások bővüléséhez. A piac növekedését a külföldön is igénybe vehető egészségbiztosítási szolgáltatások is segítik. Noha a gyógyturizmus keresleti oldalának résztvevői továbbra is a fejlett

országokból származnak, a kínálati oldalon mind a fejlett, mind a fejlődő országok képviseltetik magukat, a globálissá vált versenyben utóbbiak közül is számos világszínvonalú szolgáltatásokkal versenyez.

Az elmúlt néhány évtizedben az egészségturizmussal kapcsolatos fogalmak köre igen sokszínűvé vált, s napjainkban is folyamatosan bővül: a health tourism, medical tourism/travel, wellness, selfness, soulness, medical wellness, clinical, surgical tourism, spa, holism szavak mind a nemzetközi, mind a hazai szakirodalomban gyakran használt fogalmak, amelyek meghatározását tekintve nemcsak az egyes kultúrkörökben, de gyakran még egy országban sincs konszenzus (COOK 2008). SZIVA (2010) ezt a sokszínűséget azzal indokolja, hogy az egészséggel kapcsolatos utazások során eltérő területekre helyeződik a hangsúly az egyes kultúrkörökben, de gyakran akár az egyes országok szintjén is. Ugyanakkor azonban azt sem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy az egészség, illetve az arra való törekvés napjaink egyik megatrendje (MESTER 2003, YEOMAN et al. 2006, TÖRŐCSIK 2007, LANTOS 2011), egy dinamikus, gyorsan változó, fejlődő terület. Mára az egészség, illetve a hozzá vezető út globális szintű jelenséggé vált, amely életünket átfogó módon és hosszú távon befolyásolja. A vele kapcsolatos – nemzetgazdasági és egyéni, háztartási szinten jelentkező – kiadások a fogyasztás egyre markánsabb részévé válnak; hatásai párhuzamosan több területen érzékelhetők és életünk egészét tekintve meghatározók.

### 1.2.3.1. Fogalmi lehatárolás

Az egészségturizmus (angol szakirodalmi megfelelője: health tourism) egyik legrégebbi meghatározása az IUOTO 1973-as definíciója. E szerint „az egészségturizmus egészségügyi létesítmények használata egy ország természeti erőforrásainak, különösen az ásványvíz és a klíma hasznosításával” (p. 7).

Goodrich (1987 in: MOLNÁR 2011) szerint az egészségturizmus „lényege, hogy egy desztináció vagy turisztikai létesítmény attrakciói mellett egészségügyi szolgáltatásait és létesítményeit is céltudatosan a piaci megjelenés középpontjába állítja és ezzel igyekszik odavonzani a látogatókat” (p. 25). Az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (ESKI) 2009-es definíciójában az egészségturizmust ugyancsak az egészségügyi és a turisztikai szolgáltatások együtteseként értelmezi: az egészségturizmust olyan helyváltoztatásként határozza meg, amelynek célja a gyógyulás vagy egészségmegőrzés, illetve -fejlesztés, és ehhez – különböző mértékben – turisztikai szolgáltatás is társul.

BENNETT et al. (2004) szerint az egészségturizmus „olyan élményorientált turizmusfajta, amelynek része a bennünk lévő feszültség oldása, azaz élvezetes és pihentető” (p. 8). HALL (2013) az egészségturizmust az egészség megőrzése érdekében tett utazásként definiálja, s azt emeli ki, hogy az ilyen motivációjú utazásokra szabadidős környezetben, otthonunkból kimozdulva kerül sor. Az egészségturizmusnak öt alszégmensét különíti el, ezek a napozással kapcsolatos tevékenységek, a nem kifejezetten az egészség javítását célzó, de az egészségességhez kapcsolódó tevékenységek, a kifejezetten az egészség javítását, megőrzését szolgáló tevékenységek, az egészségre specializált létesítményekbe történő, illetve az orvosi kezelések igénybe vétele céljából tett utazások.

MÜLLER és KAUFMANN (2001) az egészségturisztikai keresleten belül megkülönbözteti

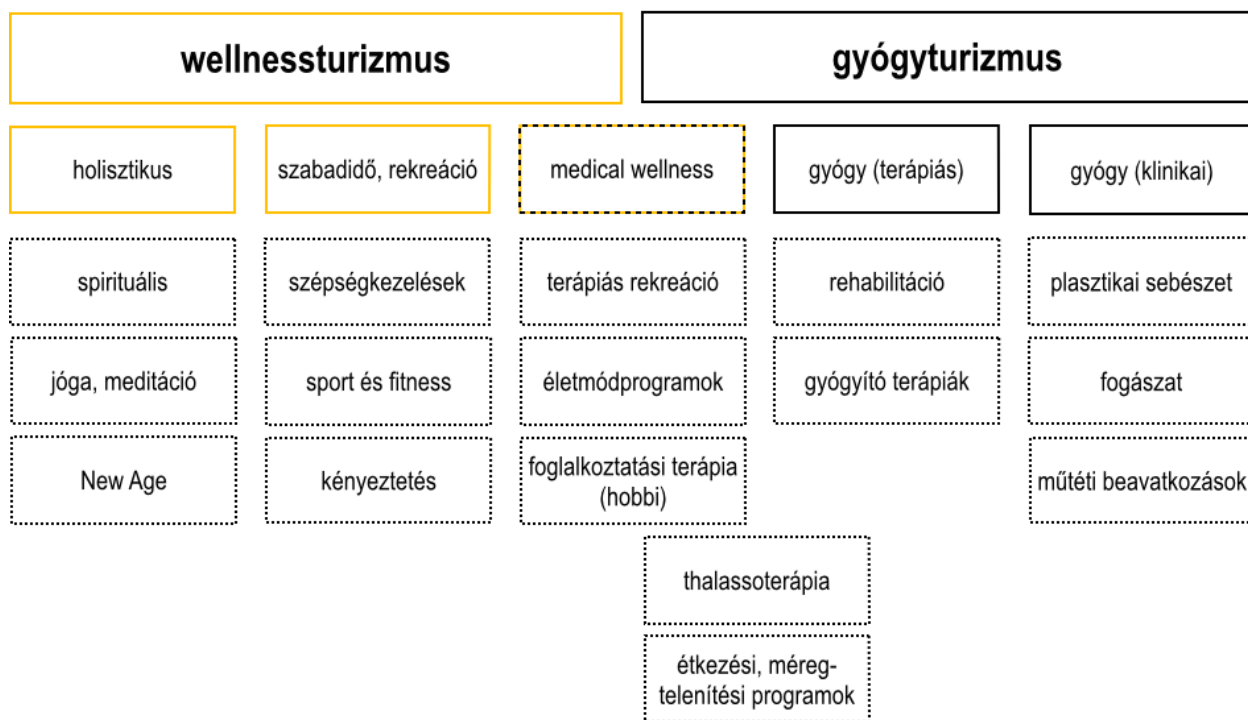
- a gyógyulni, betegségükből felépülni vágyó (a szerzőpárosnál „cure”, a legtöbb szerzőnél – például SMITH–PUCZKÓ 2009, BUSHELL–SHELDON 2009, VOIGT et al. 2010 – „medical tourism”) és
- az egészséges, betegségeket megelőzni kívánó turistákat (wellness tourism).

Az egészségturizmusnak mint ernyőkategóriának az alkalmazása az angol nyelvű szakirodalomban is megjelenik: SMITH és PUCZKÓ (2009) az egészségturizmus mint összefoglaló kifejezés használatát javasolja. Az egészségturizmus két alkategóriájának – a gyógy-

illetve wellnessturizmusnak – az elkülönítése a szerzőpárosnál ugyancsak a motiváció alapján történik.

COOK (2008) – többek között – Henderson, Carrera és Bridges, valamint Connell, az egészségturizmust mint ernyőkategóriát alkalmazó meghatározásainak kritikájaként fogalmazza meg, hogy bár az egészségturizmus és a gyógyturizmus elkülönítése elméletileg lehetséges, a gyakorlatban nehézségeket vet fel. E nehézségekre MÜLLER és KAUFMANN (2001) is felhívja a figyelmet: szerintük a wellness-vendégek gyakran ugyanazokat a szolgáltatásokat veszik igénybe, mint a gyógyturisták. Még nehezebb különbséget tenni a szolgáltatói oldal alapján, hiszen ugyanaz a szolgáltató különböző célcsoportok igényeit is kielégítheti. Ennek jó példái a „gyógyintézmények”, amelyek mind gyógyulni vágyó, mind wellness-turistákat fogadnak, akiknek hasonló (vagy azonos) infrastruktúra segítségével, ugyanazon szakmai ismeretekre alapozva hasonló (vagy azonos) szolgáltatásokat nyújtanak.

Az egészségturizmussal kapcsolatos fogalmakat, illetve azok tartalmát illetően egységes álláspont tehát napjainkban sincsen: az „egészségturizmus” kifejezést számos szerző a gyógyturizmus szinonimájaként használja, az egészség és wellness kifejezéseket pedig szintén egyre gyakrabban használják egymás szinonimájaként [GSS 2011].



5. ábra: Az egészségturizmus fogalom- és összefüggésrendszere

Forrás: SMITH–PUCZKÓ (2009)

Értekezésemben az egészségturizmust a Müller és Kaufmann, illetve Smith és Puczko által javasolt értelmezésben használom (5. ábra). Fogalomrendszeremben az egészségturizmusnak két alapvető fajtája van, a gyógy- és a wellnessturizmus, amelyek más-más motivációjú utazók igényeinek kielégítésére hivatottak. Ahogy az az alábbiakban részletesen bemutatásra kerül majd, a gyógyturizmusban résztvevők célja a gyógyulás, így az általuk igénybe vett termék elsősorban orvosi vagy gyógyászati szolgáltatásokra épül, míg a wellnessturizmusban résztvevők célja a megelőzés (SMITH–PUCZKÓ 2009). A gyógyturisták tehát inkább betegek, mintsem egészségesek (HALL 2013), bár a fogorvosi ellátás vagy a plasztikai sebészet esetében ez nem egyértelmű.

SMITH–KELLY (2006) és COOK (2008) az egészségturizmusnak az értekezés szempontjából is érdekes aspektusait veti fel. Szociológiai tanulmányok a turizmust az egyéb szabadidős tevékenységektől jelentősen eltérő, nem hétköznapi tevékenységként definiálják, amelynek során a turista a szokásostól eltérő környezetben a szokásostól eltérő tevékenységeket végez. Állandó, velünk élő egészségügyi problémáink azonban nem hagyhatók otthon, azok velünk utaznak, így az egészségügyi problémákkal utazók „szokásos környezetükből” nem tudnak teljes mértékben kilépni. Az egészségügyi problémákkal küzdők, de az egészségi állapotukat javítani kívánók utazásainak a mindennapi realitások is részei maradnak. Emellett az egészségturisták esetében a turizmus élménye nem függetleníthető a fájdalomtól, a kellemetlen érzéstől, saját tényleges vagy érzékelt egészségi állapotuktól. Végül az egészségturizmus mint szabadidős tevékenység nem okvetlenül határolható le sem térben, sem időben: a kezelések, beavatkozások hatásait magával „viszi” az utazó. Sőt, valójában az igénybevett szolgáltatások pozitív hatásai „a szokásos környezetben” jelentkeznek igazán.

### **A gyógyturizmus – tradíció és megújulás**

Az egészségturizmus fogalmának bemutatásánál ismertetett, MÜLLER és KAUFMANN (2001) által megalkotott definíció szerint a gyógyturizmusban résztvevők motivációja a gyógyulás és a betegségből való felépülés. SZIVA (2010:73) szerint „gyógyturizmus alatt a gyógyászati szolgáltatóhelyen, illetve gyógyüdülőhelyen való tartózkodás alatt konkrét betegségek gyógyítása érdekében nyújtott szolgáltatások igénybevételét értjük”. A gyógyturizmus napjainkban leggyakrabban használt definícióját a Medical Tourism Association [2013:N.h.] a következőképpen határozza meg: „Egy ország állampolgárai egy másik országba vagy saját országuk egy másik pontjára azzal a céllal utaznak, hogy orvosi ellátásban részesüljenek, mert ott lakóhelyükhöz képest ugyanolyan vagy magasabb szintű ellátást kapnak, vagyis olcsóbban vehetik igénybe ugyanazon szolgáltatásokat, vagy könnyebben/gyorsabban férhetnek hozzá a szolgáltatásokhoz, vagy magasabb színvonalú szolgáltatásokat vehetnek igénybe.”

SMITH és PUCZKÓ (2009) véleménye szerint érdemes meggondolni, hogy a megelőző célú egészségügyi szolgáltatásokat, gyógymódokat és a gyógyvíz-alapú kezeléseket a gyógyturizmus körébe soroljuk-e. Előbbiek ugyanis bizonyos szerzők szerint inkább a wellness-turizmus-hoz tartoznak, míg utóbbiak a bizonyítékalapját csak bizonyos országokban fogadják el.

A gyógyturizmusnak két alapvető fajtája van: a hagyományos gyógytényezőkre épülő, ún. terápiás gyógyturizmus és az egészségügyi vagy klinikai turizmus (SMITH–PUCZKÓ 2009, SZIVA 2010):

- A terápiás gyógyturizmus valamely természeti adottságra (például gyógyvíz, gyógybarlang, mikroklíma, gyógyiszap, mofetta) épül; a gyógyászati és a turisztikai szolgáltatások közül a fő hangsúly a gyógyászaton van, amelyet kiegészítenek az általánosabb turisztikai szolgáltatások és vonzerők.
- Az egészségügyi vagy klinikai turizmus alatt azokat az utazásokat értjük, amelyek során az utazó – saját döntéséből – egészségügyi beavatkozáson (például fogászati, nőgyógyászati, kardiológiai kezelésen) vesz részt. Az egészségügyi beavatkozások elsődlegesen a hagyományos orvostudomány kezeléseit, amelyeket az alternatív és a terápiás gyógyászat módszerei kiegészíthetnek. Az egészségügyi turizmusban részt vevők lehetnek fekvőbetegek, kórházi bennfekvéssel és járóbetegek, akik szálláshely-szolgáltatást vesznek igénybe.

Európa egyes országaiban a gyógyvízre és egyéb természetes gyógytényezőkre (iszapra, tengervízre, jó levegőre) épülő kúráknak jelentős hagyományai vannak. Ezek a kezeléseket a kontinens több országában a mai napig népszerűek. Napjainkban az orvosilag elrendelt és ellenőrzött programok bővülése figyelhető meg: a balneoterápiás és fizioterápiás kezeléseket étkezési és életmód-tanácsadással, egyéb programokkal egészítik ki. A nemzetközi piacon a gyógyturisztikai szolgáltatásokat újradefiniálják: a termékben a hagyományos terápiák mellett régi-új filozófiák és az egészség-promóciót szolgáló módszerek is megjelennek, holisztikus értelemben vett jóllétet biztosítva (KELLY 2007).

## **A wellness turizmus – innovatív termék**

A wellness definíciója és koncepciója összetett: a jelenség az 1950-es években kezdődő életstílus-változásban gyökerezik, az 1970-es évekre egyfajta „mozgalommá” fejlődött. A wellness egyik legrégebbi és leggyakrabban idézett fogalmát Dunn alkotta meg 1959-ben: értelmezése szerint az ember a test, a szellem és az értelem összessége – maga a wellness mindezek magas szintű állapota –, és függ a környezetétől (MÜLLER–KAUFMANN 2001). Az elmúlt évtizedekben, években a wellness definíciója egyre gazdagodott.

MÜLLER és KAUFMANN (2001) az észak-amerikai és európai wellness-koncepciók alapján a wellnesst olyan egészségi állapotként definiálja, amelyben a test, a szellem és a lélek összhangban van, és amelyben az önmagunk iránt viselt felelősség, a jó egészség, a szépségápolás, az egészséges táplálkozás, a pihenés, a meditáció, a szellemi tevékenység, a tanulás, a környezet iránti érzékenység és a társas kapcsolatok mint alapelemek egyaránt megjelennek. MESSERLI és OYAMA (2004) szerint a wellness egyfajta életmód, amely a megszerzett tudás és a pozitív cselekvés révén juttat minket egészséges testhez, szellemhez és lélekhez. MILLER (2005) wellness-meghatározásában az egyénnek a saját egészségével kapcsolatos aktív szerepe is megjelenik. A wellness fogalmának bővülésével kapcsolatosan ő az ezotéria megjelenését emeli ki. BUSHELL és SHELDON (2009) szerint a wellnessturizmus átfogó fogalom. A szerzőpáros a wellnessturizmust az utazás olyan holisztikus típusaként határozza meg, amely „egyesíti a fizikai egészség, a szépség, a hosszú élet utáni vágyat és/vagy emeli az öntudatunk (szellemi tudatosságunk) szintjét, illetve erősíti a közösséggel, a természettel vagy a természetfeletti összefüggésekkel való kapcsolatunkat” (p. 11).

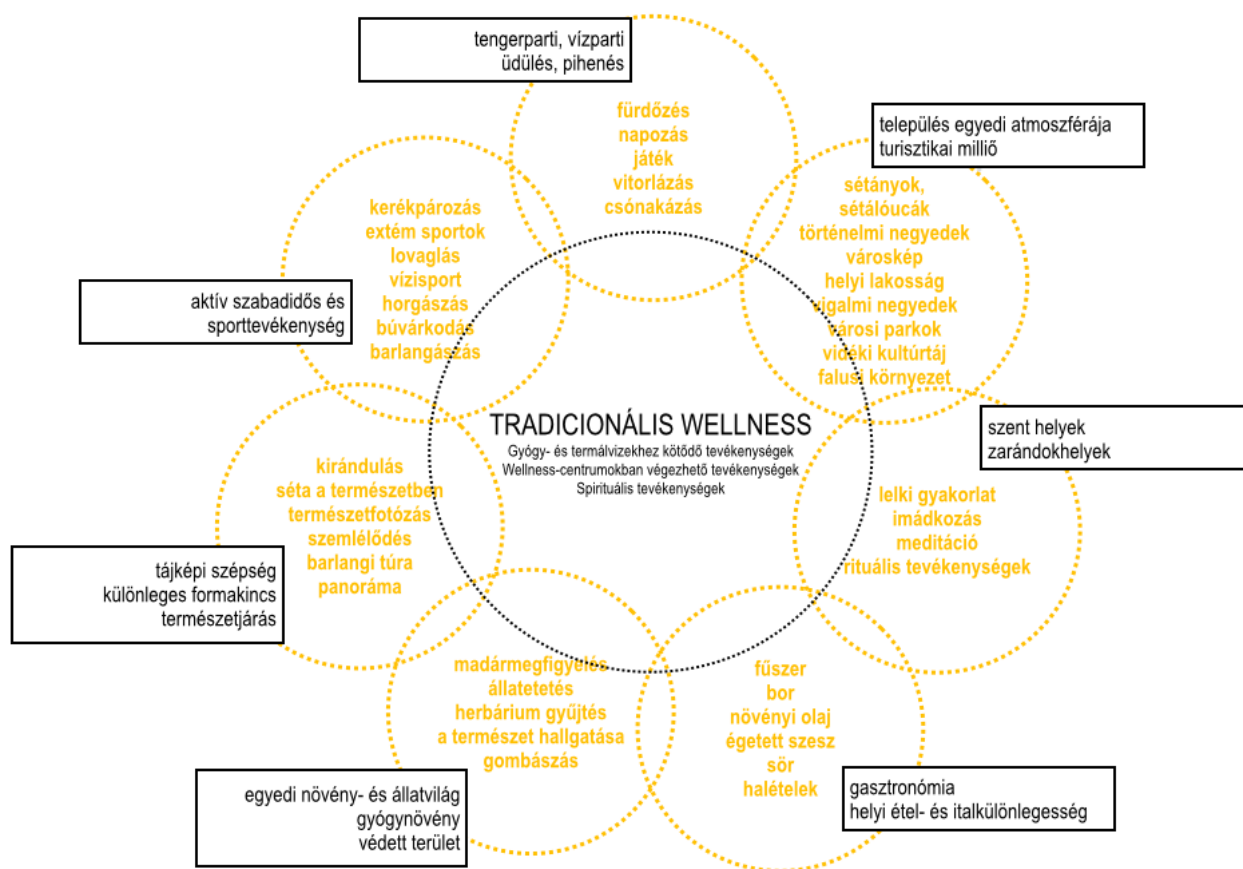
A wellnesst az amerikai National Wellness Institute [N.a.] olyan aktív folyamatként írja le, amely révén az emberek tudatára ébrednek a sikeresebb létezésnek, s ennek érdekében hozzák meg a döntéseiket. Az intézet hat dimenziós kerék-modelljében – amely Hettler nevéhez fűződik és amelyet az amerikai alap kutatások kiindulópontjaként tartanak számon (MILLER 2005) – az élet testi, szellemi, értelmi, érzelmi, társas és munkával kapcsolatos területei jelennek meg. SMITH és PUCZKÓ (2009) – összetettséget hangsúlyozó és az életstílust is integráló – saját modelljét ugyancsak a wellnesst alkotó főbb dimenziókat bemutató kerék formában jeleníti meg.

A wellness fogalma különböző környezetben és országokban különböző dolgokat jelenthet, hiszen a fürdözéstől kezdve az ázsiai spirituális hagyományokon, a mozgáson, az egészséges táplálkozáson, a mentális és szellemi kiteljesedést szolgáló életmódprogramokon át a kozmetikai sebészeti beavatkozásokon való részvételig megszámlálhatatlan formája létezik. SMITH és KELLY (2006) kiemeli, hogy a szakirodalomban a tekintetben egyetértés mutatkozik, hogy a wellness nem csupán testünk fizikai valójával foglalkozik. E kijelentés még a főként testi aktivitásokat tárgyaló tanulmányokra is igaz, hiszen legtöbbször megjelenik az élmény szellemi, pszichológiai, holisztikus dimenzióira vonatkozó utalás. MILLER (2005) véleménye szerint az európai wellness-fogalom sokkal gazdagabb jelentésű, mint az amerikai, előbbinek az élvezet, a jó érzés, a társadalmi státusz, és a presztízs fogyasztás is részei.

A wellness és a jóllét kapcsolatára több szerző is utal. MESSERLI és OYAMA (2004) értelmezésében a wellness a feszültséggel teli élet adta keretben kialakult önmegismerő életstílus, a jóllét pedig egyfajta holisztikus filozófia, amelyre a pillanatnyi boldogságérzés és a hosszú távú elégedettség épül. KONU et al. (2010) szerint a wellness magában foglalja a jóllétet, a boldogságot, az életminőséget és a spiritualitást is.

A fenti definíciókat összegezve elmondható, hogy bár a wellness-t, illetve a wellnessturizmust mint résterméket az elmúlt években növekvő érdeklődés övezte mind az alap, mind az alkalmazott kutatások tekintetében, egységes meghatározása, koncepciója nincsen. A wellness meghatározásokban ugyanakkor jellemzően megjelenik a többdimenziós jelleg, az életstílus és az egyén felelőssége saját egészségéért. Emellett a legtöbb definíció hangsúlyozza a wellness-nek a szubjektív életminőségben játszott lehetséges szerepét is.

Az értekezés szempontjából SMITH és PUCZKÓ (2009) azon megállapítása is kiemelkedő fontosságú, miszerint nem valószínű, hogy az utazás egyidejűleg a wellness minden dimenziójához hozzájárulhat, hacsak a turista nem törekszik erre tudatosan. Azt is kiemelik, hogy „bár az optimális wellnesst egyéni szinten kell a testi, szellemi és lelki környezet szinergiáján keresztül megvalósítani, a turisztikai szektorban sem él minden esetben az a holisztikus tudás vagy szándék, hogy termékét ily módon kínálja” (p. 58). Számos empirikus kutatás (MÜLLER–KAUFMANN 2001, CHEN et al. 2008, KAPCZYNSKI–SZROMEK 2008, MAK et al. 2009, MEDINA-MUNOZ–MEDINA-MUNOZ 2012) feltárta ugyanakkor, hogy a kikapcsolódás, pihenés, kényeztetés, az egészségmegőrzést közvetlenül szolgáló tevékenységek mellett a fogyasztó által definiált és elvárt wellness-élménynek a változatos rekreációs tevékenységek, a kulturális vonzerők és a természeti adottságok élvezete is kötelező – ugyanakkor olykor nem túl jól teljesítő – eleme. Az összetett egészségturisztikai szolgáltatások és a kulturális vagy természeti vonzerőn alapuló egyéb turisztikai programelemek szerepének fontosságára SZIVA (2010) is rámutat.



6. ábra: Az értekezésben alkalmazott wellness-értelmezés

Forrás: MICHALKÓ et al. (2015)

Ahogy azt a korábbiakban láthattuk, a wellness turizmuselméleti értelmezése tradicionálisan egészségturisztikai megközelítésű: az alfejezet korábbi részeiben idézett szerzők mindazon vonzerőt ebbe a kategóriába sorolják, amely a test–lélek–szellem harmóniáját szolgálva egyrészt betegségmegelőző (prevention), másrészt szélesen értelmezett egészségmegőrző (health-care), harmadrészt a szépészeti (beauty) funkcióval bír (ERFURT-COOPER–COOPER 2009, SMITH–PUCZKÓ 2010a). Mivel azonban a wellness-turizmus keresleti oldalát vizsgáló kutatások a termék multidimenzióális jellegét (6. ábra), a változatos, a helyi kultúrára és természeti vonzerőkre épülő szolgáltatás-elemek szerepének fontosságát hangsúlyozzák, a továbbiakban a wellness értelmezési



tartományát kitágítom és a korábban a wellness-megközelítések határmezsgyéjén elhelyezkedő tevékenységeket is vizsgálatom tárgyaként kezelem.

SZIVA (2010) a tipikus wellness fogyasztót az utazása alkalmával aktívan tenni akaró egyénként, SMITH és KELLY (2006) pedig olyan személyként írja le, aki céltudatosan keresi a wellnesst. Smith-ék rámutatnak, hogy számos kutatás tanúsága szerint a wellness turisták a wellness valamely formáját (leggyakrabban a jógát, a meditációt, a masszázst, az egészséges élelmiszerek fogyasztását) hétköznapjaik során is aktívan gyakorolják, mások éppen az utazásuk alatt megtapasztalt wellness-élmény hatására válnak hétköznapjaikban is wellness-fogyasztóvá, bizonyítva azt, hogy akár egy rövid utazás is lehet hatással a hétköznapokra is.

CHEN et al. (2008) kiemeli, hogy a wellness turisták motivációja többdimenziós, vagyis a wellness-szolgáltatások iránt érdeklődő vendégek olyan helyeket keresnek, ahol a testi, lelki, szellemi fáradalmaikat úgy pihenhetik ki, hogy közben különféle programokon is részt vehetnek, illetve élvezhetik a természet közelségét is. Ezeknek a kiegészítő termékelemeknek a fontosságára – ahogy azt a korábbiakban láthattuk – számos további szerző is felhívja a figyelmet.

MÜLLER és KAUFMANN (2001) a fogyasztói magatartás alapján a wellness szegmensen belül három célcsoportot különít el: „az egészségüket mindennél fontosabbnak tartó egészségturistákat”, a „törődést igénylő egészségturistákat” és a „kikapcsolódásra törekvő, rekreációs turistákat”. CHEN et al. (2013) ugyancsak három fogyasztói csoportot határoz meg:

- A „holisztikus csoport” célja, hogy az utazás során fizikailag, mentálisan és lelkileg is egyensúlyba kerüljön. Véleménye szerint a termál-hotelek kínálatával leginkább ezt a csoportot lehet megcélozni.
- A „fizioterápiás csoport” a megelőző kezelésekre, valamint az egészség fontosságát előtérbe helyező tevékenységekre és a kiegészítő orvosi kezelésekre helyezi a hangsúlyt. Az egyéb szolgáltatások e csoport számára kevésbé fontosak.
- A „pihenés és rekreáció” csoport akkor él a wellnessturizmus adta lehetőségekkel, ha az kapcsolódik az egészséges étrendhez, pihentető, és lehetőséget ad a barátokkal való együttlétre. Számukra az egészség kevésbé releváns hívószó.

### 1.2.3.2. Regionális wellness-koncepciók

Az elmúlt néhány évtized egyik leginkább meghatározó jelensége, a globalizáció az egészségipart és az egészségturizmust sem hagyta érintetlenül, amelynek eredményeként ma már szinte az egész világon használják azokat a módszereket és technikákat, amelyek korábban akár egy-egy kontinens csupán egy mikrorégiójában vagy akár csak egy népcsoportjában voltak jellemzőek (SZIVA 2010). Globalizált világunkban az ősi és hagyományos kultúrák által alkalmazott gyógymódok, életvezetési módok keverednek napjaink tudományos kutatási eredményeivel, a holisztikus és életmódhoz kapcsolódó megközelítések egyre elterjedtebbek, így bár a különböző egészség-, illetve wellness-koncepciókban sok hasonló jellemzőt találunk, a specializációnak a jövőben fontos szerepe lehet.

Arra, hogy napjainkban a lokális tényezők és kezdeményezések alapvető fontosságú szerepet játszanak a wellnessturizmusban érintett szolgáltatók versenyképességében, SZIVA (2010), HJALAGER et al. (2011) és MICHALKÓ és RÁTZ (2011) is rámutat: a nemzetközi piacon is versenyképes turisztikai terméknek természeti vagy kulturális szempontból egyedinek, különlegesnek tekinthető erőforrásokra kell épülnie. Emellett „további pozicionálási lehetőséget jelenthet a globálisan is elterjedt, de kulturális szempontból meghatározott földrajzi desztinációkhoz kapcsolódó kezelések, gyakorlatok esetében az érintett országok számára az autentikusság kihangsúlyozása”, mivel „a helyszín eredetisége képes felértékelni a globális szinten egyébként tömegszerűen kínált élményeket” (MICHALKÓ–RÁTZ 2011:16).

Az együttműködésnek általában az üzleti életben (PORTER 1990, 2003) és az egészségturisztikai desztinációk fejlesztésében való kiemelkedő fontosságát több tanulmány (LOCHER et al. 2013,

VOIGT–PFORR 2013, PFORR et al. 2013, VOIGT–LAING 2013) is alátámasztja. A különféle iparágak és érintettek (például vállalkozók, közszféra, non-profit szervezetek, kutatóintézetek) közötti együttműködés számos formát ölthet: az együttműködés hálózatok, klaszterek, közös projektek, partnerség, közösen fenntartott szervezetek stb. formájában egyaránt megvalósulhat. Az együttműködések területi fókuszja a helyitől a regionálison át a nemzeti, illetve nemzetközi szintig terjedhet.

PFORR–LOCHER (2013:266) szerint „az egészségturisztikai desztinációk fejlődésének elengedhetetlen feltétele a helyi és regionális egészségturizmus-szolgáltatók közötti szoros együttműködés.” VOIGT és PFORR (2013) a wellness-turizmus rendkívül sokrétű és széttagolt voltára hivatkozva kijelenti, hogy magas színvonalú és kompakt turisztikai élményt csak a desztinációs menedzsment szervezetek vagy ezek hálózata képes kialakítani és eljuttatni a fogyasztóhoz. Az erőforrás-alapú megközelítés önmagában nem elegendő, a piacépes turisztikai termék értékesítéséhez desztinációs menedzsment szervezetekre is szükség van.

Az egészség-, wellness- vagy gyógyturisztikai együttműködések, klaszterek jellemzően kórházak, fürdők, klinikák, további egészségügyi szolgáltatók, szállodák, utazásközvetítők és/vagy állami szervezetek olyan hálózata, ahol a résztvevők együtt népszerűsítik a kínálatukban lévő szolgáltatásokat és helyszíneket [Medical Tourism Association 2013]. További fontos céljaik között szerepel az információmegosztás, oktatás és képzés, termék- és szolgáltatásfejlesztés, illetve a kutatás. A tagok között egyetemek vagy más kutatóintézetek is megjelenhetnek, bár a klasztertagok többsége (különösen a gyógyturizmusban) inkább iparági szolgáltató.

Az alábbiakban bemutatásra kerülő Alpine Wellness és Nordic Wellbeing az adott régió egészségmegőrzéshez kapcsolható turisztikai erőforrásainak több országra kiterjedő együttműködés keretében, egy földrajzi márkanév alatt megvalósuló piacra vitelét szolgálja.

Az *Alpine Wellness* ernyőmárkát 2004-ben 26 – osztrák, olasz, svájci és német – wellness-szálloda hozta létre. A tagok, amelyek között megtalálható a Bayern Tourismus Marketing GmbH, az Alpine Wellness Austria Association (az osztrák szövetségi regionális alpesi turisztikai szervezet), a Svájci Turisztikai Hivatal és a Dél-tiroli Marketing Hivatal, olyan turisztikai márkát alakítottak ki, amelynek központi eleme az Alpok vidékének és klímájának pozitív hatása és amely hangsúlyozza az alpesi nyersanyagok alkalmazásának fontosságát, valamint az alpesi gasztronómia és az újra felfedezett alpesi gyógymódok hagyományos értékeit. Az Alpine Wellness mint márkanév a gyökerekhez való visszatérést, valamint a természettel, kultúrával kapcsolatos tudás újrafelfedezését testesíti meg.

Az Alpine Wellness esetében az együttműködés alapja az a felismerés volt, hogy a gyógyítás és a betegségmegelőzés területén a megfelelő kompetencia, a minőség és a megbízhatóság különösen fontos. Az Alpine Wellness-t az érintett területek turizmusának és a szolgáltatók fejlesztéseinek, valamint a fogyasztók keresletének tematizálására alkották meg: a létrehozott márka egyik fő célja az volt, hogy olyan paramétereket tudjanak azonosítani és kiválasztani, amelyek alapján lehetőség van a szolgáltatók és a fejlesztések tipizálására és minőségi kategorizálására. Az Alpine Wellness négy almárkája az Alpine Karakter (karakter, (építészeti) stílus), az Alpine Gesundheit (egészség), az Alpine Verwöhnen (termékek) és az Alpine Fitness (PECHLANER–FISCHER 2006, PFORR et al. 2013).

A *Nordic Wellbeing* koncepció megalkotásának céljai az Alpine wellness koncepcióéhoz nagyon hasonlóak voltak. Az öt ország – Dánia, Finnország, Izland, Norvégia, Svédország – együttműködésében megvalósult projekt keretében a turisztikai szolgáltatók és fejlesztők számára olyan ismereteket és információkat gyűjtenek, illetve rendszereznek, amelyek a helyi adottságokra építő és az egészségturisztikai motivációjú látogatók számára releváns márkák, termékek és szolgáltatások meghatározásához, fejlesztéséhez és bevezetéséhez nyújtanak segítséget. A Nordic Wellbeing koncepció megalkotói a wellness zászlajára tűzött test–lélek–szellem egészségmegőrzést szolgáló harmóniájának biztosításából indultak ki, amelyhez a szolgáltatás tágabb fizikai és társadalmi környezetét, vagyis az észak-európai országok tiszta, élhető földrajzi

környezetét rendelik (HJALAGER et al. 2011, KONU et al. 2014). Az ernyőmárka alá rendezett termékek elsősorban olyan aktivitásokra épülnek, amelyek alapvetően a természethez kötődnek, erdőkben, tavakban vagy vízparti területeken, hegyek és völgyek uralta vadonban valósulnak meg és hagyományosan az északi emberek életmódjához kötődnek.

### 1.2.3.3. A gyógy- és wellnessturizmus trendjei

Az egészségturizmus az elmúlt évtizedek egyik legdinamikusabban fejlődő turisztikai termékévé vált (MESSERLI–OYAMA 2004, ARANYOSSYÉ 2010, MICHALKÓ–RÁTZ 2011), amelyben számos tényező játszott szerepet (CHEN et al. 2008 és 2013, KESAR–RIMAC 2011, KISS–TÖRÖK 2001, KORKMAZ et al. 2014, LOUREIRO et al. 2013, MAGYAR TURIZMUS ZRT. 2014, MICHALKÓ–RÁTZ 2011, RÁTZ 2001, SMITH–KELLY 2006, SZIVA 2010, TUDOR et al. 2012):

- A nyugati, fejlett társadalmakat jellemző anómia, a közös értékek, normák meggyengülése,
- A hagyományos közösségek gyengülése,
- A hagyományos vallások szerepének csökkenése,
- A természettől való eltávolodás,
- A növekvő környezetszennyezés és az annak következtében romló életkörülmények,
- A nagyvárosi életformából adódó kiegyensúlyozatlanság és az annak következtében kialakuló pszichoszomatikus betegségek (stressz, szorongás, depresszió),
- Egészségtelen életvezetés: a mozgásszegény életmód, az egészségtelen étkezés, a rossz minőségű élelmiszerek, a nem kontrollált diéták, a növekvő alkoholfogyasztás és dohányzás és az ezek következtében kialakuló fizikai, mentális, pszichológiai és érzelmi problémák,
- Az egyedülállók számának növekedése, valamint annak érzelmi és szellemi következményei,
- Az idősödő társadalmak, amelynek tagjai az egészségükre mindinkább odafigyelnek, az utazás terén pedig egyre tapasztaltabbak,
- Az orvostudomány fejlődése, ebből következően kevesebb beteg és jobb általános fizikai állapot,
- Életstílus változások,
- Növekvő egészségtudatosság, az egészség szerepének felértékelődése,
- A saját finanszírozású egészségügyi kezelésekre iránti igény növekedése a jóléti társadalmakban,
- A turisztikai kereslet folyamatos bővülése,
- Az egészségturizmushoz szükséges szolgáltatások volumenének, körének és színvonalának növekedése.

A hagyományosnak tekinthető egészségturisztikai desztinációk mellé részben a keresleti oldalt jellemző változások, részben a kínálati trendek miatt számos új fogadóterület lépett be, s szerzett mára jelentős piaci részesedést. Az egészségturizmus – pozitív gazdasági és társadalmi hatásai miatt – jellemzően jelentős fejlesztési terület a legtöbb olyan országban, amely megfelelő természeti adottságokkal rendelkezik. Az egészségturisztikai termék azonban ma már nemcsak természeti gyógytényezőkre, hanem orvosi szolgáltatásokra alapozva, illetve innovatív megoldásokkal is kialakítható, ezért „olyan országok is megjelennek az egészségturizmus kínálati térképén, amelyek gyógytényező nélkül, kreatívan építik ki sajátos terméküket” (SZIVA 2010:74). Ennek jó példája az egészségturizmus új és dinamikusabban fejlődő területként megjelenő medical wellness (POLGÁR 2007), amely a gyógyturizmus és a wellness ötvözeteként értelmezendő (5. ábra)<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> „Medical wellness alatt olyan tudományosan igazolt, orvosi eljárásokat tartalmazó szolgáltatásokat értünk, amelyek az életminőség és a szubjektív egészségérzet tartós javulását segítik elő preventív szemléletben, illetve egészségtudatos életforma támogatását szorgalmazzák” (Medical Wellness Szövetség egységes definíciója 2007 in: SZIVA 2010:74). A medical wellness kiemelkedő fontosságú eleme az orvosi állapotfelmérés, amit az orvos által

A gyógy- és wellnessturizmus határainak összemosódásáról az egészségturizmushoz kapcsolódó fogalmak ismertetésekor már esett szó. Az egészségturizmusban egyre inkább az átfogó, ún. wellneszélményre helyeződik a hangsúly: a gyógyulni kívánók körében is teret nyer az életmódváltás, és változnak a szolgáltatásokkal kapcsolatos elvárások (SZIVA 2010). A gyógyulás megfelelő környezetének, a testreszabott, széles körű, professzionális kezelések és a korábban inkább a wellness-turisztikai szolgáltatásokat jellemző „gondoskodás és kényeztetés” érzésének biztosítása sikertényezővé válik. A wellneszélmény térnyerése ugyanakkor nem jelenti azt, hogy a gyógyturizmus háttérbe szorulna: az egészség szerepének felértékelődése, a természetes gyógy módok divatja, az idősödő társadalmak jellemzői és a jóléti államok strukturális problémái miatt a gyógyturisztikai szolgáltatások piaca is dinamikus fejlődést mutat. A jövőben motivációjuk alapján továbbra is jól elkülöníthetően megmarad – az egyre kevésbé differenciált szolgáltatási igényekkel leírható – két célcsoport, ezért fontos, hogy a gyógy- és wellness-szolgáltatók specializálják szolgáltatásaikat.

Az egészségturisztikai élmény jellegének, szerepének változása számos kutatásban megjelenik. Mára a turizmus az élménygazdaság egyik legfőbb szektorává vált (ZÁTORI 2014), amelynek következményei az egyes turisztikai terméktípusok tekintetében is megmutatkoznak. Napjainkban mind a gyógy-, mind a wellnessturizmus esetében a hangsúly egyre inkább az élményen van, amelynek az autentikus, helyi kezelések jelenthetik az alapját. A XIX. és különösen a XX. században az egészségturisták motivációja kizárólag az egészség javítására, megőrzésére korlátozódott, mára COOK (2008) szerint a „turizmus élménye” átvette a vezető motivációs szerepet. A nemzetközi resortokban és a turistahajókon a gyógyászati és szépségügyi kezeléseket egy csomagban kínálják a városnézéssel, a marketingkommunikációban pedig a desztináció egyedi vonzerőire, nevezetességeire koncentrálnak.

Nemzetközi szinten az utóbbi évtizedben általánosan megfigyelhető trend az egészségturizmus vendégkörének folyamatos átalakulása, új küldőterületek (Oroszország, Közel-Kelet ARANYOSSY-NÉ 2010, CONNELL 2006) megjelenése és *fiatalodása is*, utóbbi a wellness szektor bővülésének eredménye (RÁTZ 2001). Mindemellett szintén főként a wellnessturizmusban új, speciális igényekkel és magas fizetési hajlandósággal jellemezhető szegmensek – például az egészségtudatos férfiak; a fiatalok (Y generáció); a többgenerációs családok; az anya-lánya, illetve az anya-baba szegmens; az X generáció – is megjelennek (PUCZKÓ-SMITH 2009).

MEDINA-MUNOZ és MEDINA-MUNOZ (2012) véleménye szerint a turizmus elmúlt évekbeli növekedésében a wellnessturizmus népszerűségének növekedése jelentős szerepet játszott. A UNWTO [2009] közép- és YEOMAN (2008), illetve YEOMAN et al. (2006) hosszú távú előrejelzése alapján ebben a szegmensben a kereslet bővülése folytatódni fog, amelynek eredményeként az egészségipar és a turizmus már a 2020-as évek elejére a világ egyik meghatározó gazdasági ágazatává válik (p. 6).

#### **1.2.4. Egészségturizmus és szubjektív életminőség**

Ahogy azt az 1.1.5. fejezetben láthattuk, a szabadidő viszonylag régóta fontos szerepet játszik az életminőséggel kapcsolatos vizsgálatokban, a szabadidőnkben megvalósuló utazásoknak az életminőségben és a szubjektív életminőségben játszott szerepével azonban meglehetősen kevés kutatás foglalkozik (MICHALKÓ 2010). A 1.2.3. fejezetben bemutatott egészségturisztikai definíciókban azonban gyakran megjelenik a jóllét fogalma, ami arra utal, hogy a két téma közötti kapcsolat nem elhanyagolható: Myers et al., Messerli és Oyama, Konu és szerzőtársai korábban idézett, a jólléttel kapcsolatba hozható egészségturisztikai definíciói mellett Kaspar (1996 in: MÜLLER-KAUFMANN 2001) és Schofield (2004 in: COOK 2008) egészségturizmus definíciójának a fizikai, a mentális és a társadalmi jóllét, CHEN et al. (2008) wellnessturizmus

---

javasolt terápiák és eljárások követnek. Az egyéb wellness-szolgáltatásokhoz képest a termék újdonsága az orvosi ellenőrzés és a programozottság.

meghatározásának a „személyes jóllét” is eleme. CHEN és szerzőtársai empirikus kutatás alapján is igazolják, hogy a wellnessturisztikai szolgáltatások igénybevételének egyik lehetséges motivációja az életminőség javítása.

Hobson és Dietrich (1994 in: DOLNICAR et al. 2012) rámutat, hogy a modernkori társadalmakban alapfeltételezés, hogy „a turizmus egy testre és lélekre egyaránt egészséges szabadidős tevékenység” (p. 23), ezért fontos szerepet tölthet be az életminőség javításában.

SMITH és PUCZKÓ (2012) véleménye szerint a turizmus különböző fajtái különböző módon hatnak az életminőségre, illetve a szubjektív életminőségre mind a helyi lakosság, mind a turisták vonatkozásában. Az egyes turisztikai termékek és az életminőség/szubjektív életminőség kapcsolatának vonatkozásában az elmúlt években meglehetősen kevés kutatás készült (MICHALKÓ–RÁTZ 2011), így arról, hogy a különböző turisztikai termékek hatása mennyi ideig érezhető, illetve hogy a különböző termékek pontosan hogyan hatnak a turisták és a helyi lakosok (szubjektív) életminőségére, kevés információ áll rendelkezésre. A meglévő kutatási eredmények más és más utazástípusokra, desztinációkra és közösségekre vonatkoznak, ezért általános következtetéseket – néhány kivételtől eltekintve – igen nehéz levonni.

Noha maga az utazás ténye fontos szerepet játszhat az életminőségben és a szubjektív életminőségben, ezekre hosszú távon csak néhány turisztikai terméktípus képes hatni. A kontinuum egyik végén az ún. 3S (napfény, tenger, homokos tengerpart) utazások állnak, ahol az élmény alapja a pihenés, a kikapcsolódás, az élet élvezete – ezek az utazások a szubjektív életminőség javításához rövid távon járulnak hozzá. A kontinuum másik végén azok az utazások állnak, amelynek során a turista tudatosan választ az önfejlesztésre, belső egyensúly megteremtésére és az egészség javítására szolgáló desztinációkat/szolgáltatókat, és amelynek során olyan élmények érik, amelyek az utazást követően a hétköznapi életére is hatással vannak.

SMITH (2015) a Rahman és szerzőtársai által megalkotott modellt (2. ábra) az egészségturizmusra alkalmazva megállapítja, hogy mind a gyógy-, mind a wellnessturizmus hozzájárul(hat) a turista életminőségének és szubjektív életminőségének főbb tényezőihez.

- Az egészségturisztikai motivációval utazók ugyanis elsősorban *egészségük* miatt utaznak (kivéve például azt, amikor a turista a fürdőt inkább szabadidős, rekreációs céllal keresi fel, bár a kikapcsolódás és a feltöltődés motívuma az egészség szempontjából sem elhanyagolható),
- Az egészségturisták, különösen a fürdőket látogatók, gyakran utaznak egyedül, de sokan vannak azok is, akik szívesen csatlakoznak hasonló gondolkodású utitársakhoz például jóga, meditáció vagy sportfoglalkozások keretében, ami javítja a *szociális és kulturális jóllétet*. Még az orvosi kezelésre utazó turisták között is megfigyelhető egyfajta szolidaritás a hasonló problémákkal küzdő társakkal: ha megoszthatják tapasztalataikat, az sokszor még a gyógyulásban is segíti őket.
- Az egészségturizmus javítja a *munkahelyi hatékonyságot* és a munka/magánélet közötti egyensúlyt – ez az oka annak, hogy a fizetett szabadság intézménye kialakult és hogy sok cég biztosít az alkalmazottai számára wellness-programokat és/vagy incentive utakat.
- Az egészségturizmus nagyban függ a *környezet* minőségétől, minthogy az egészségturisták tiszta levegőre, szép tájra, pihentető vízpartra vagy a hegyekbe vágnak, és jellemzően tudatosan keresik az érintetlen, tiszta természeti környezettel jellemezhető desztinációkat. A természet egészségmegőrző szerepével számos kutatás foglalkozik, az ember természettel való kapcsolatának hiányát egészségre káros tényezőként tartják számon.
- Az egészségturizmus (különösen például a jóga, a meditáció, vagy a természettel való szorosabb kapcsolat útján) segíti az *érzelmi és szellemi jóllétet* azzal, hogy önfejlesztésre ösztönöz és gyakran hosszú távú elköteleződést fejleszt ki bennünk az egészségesebb életvitel és a pozitív életszemlélet iránt.

A 8. táblázat az egészségturizmus turistákra gyakorolt lehetséges hatásait, illetve azoknak a szolgáltatók számára releváns konzekvenciáit mutatja be.

8. táblázat: Az egészségturizmus lehetséges hatásai a turistákra

Turistákra gyakorolt pozitív hatás	Turistákra gyakorolt negatív hatás	Az optimális életminőség/szubjektív életminőség eléréséhez szükséges körülmények
Gyógyulás és feltöltődés: kipihentség, a stressz elengedése Szellemi feltöltődés Az utazás során végzett fizikai tevékenységeknek köszönhetően jobb saját egészségi állapot érzés Az egészséggel és az egészséges életmóddal kapcsolatos ismeretek bővülése tudásgyarapodás Hosszú távú önfejlesztés	Fáradtság, kimerültség érzése Betegség Súlygyarapodás Az esetlegesen elkapható betegségek miatti aggodalom A személyes biztonság és az esetleg előforduló bűncselekmények miatti aggodalom.	A fenntarthatóság gondolatának adaptálása a tervezésbe és a gyakorlatba A helyi lakosság foglalkoztatása, illetve az általuk előállított termékek és szolgáltatások preferálása A turisták tájékoztatása arról, hogy hogyan javíthatják egészségi állapotukat és hogy milyen életvitel lehet hasznos számukra hosszútávon.

*Forrás: SMITH (2015) és SIRGY et al. (2010) alapján saját szerkesztés*

Az egészség-, illetve különösen a wellnessturizmus keretében igénybe vehető szolgáltatások révén elképzelhető, hogy a fogyasztó saját életvitelével vagy egészségével kapcsolatos attitűdjei, gondolkodásmódja megváltozik. A munka/magánélet egyensúly vagy a stressz oldás fontosságának felismerése szokásos környezetünkbe visszatérve hosszú távon is segítheti egészségünk megőrzését (SMITH 2015). Az egészségturizmus egészségre gyakorolt lehetséges hatása tehát kettős:

- az egészségi állapot egyrészt javulhat az utazás alatt, ha törődünk fizikai állapotunkkal (sportolunk), szellemi jóllétünkkel (jóga, meditáció), odafigyelünk táplálkozásunkra,
- másrészt a turisták az egészségük javulását eredményező új hobbi iránti „lelkedésüket” haza is vihetik, amely így hétköznapijaink részévé válhat.

Noha az egészségturizmus helyi lakosság életminőségére gyakorolt hatásainak azonosítása nem fő témája értekezésemnek, fontos megjegyezni, hogy az egészségturizmus a jövedelemtermelés, a munkahelyteremtés révén, a helyi, hagyományos gyógy módok megőrzésével vagy éppen a helyi lakosság által (is) igénybe vehető egészségturisztikai szolgáltatásokkal elméletileg javíthatja a helyi lakosság szubjektív életminőségét is. MICHALKÓ-nak és szerzőtársainak (MICHALKÓ et al. 2009b, 2010, 2012, RÁTZ–MICHALKÓ 2011) magyarországi fürdővárosok statisztikai adatainak és a településeken végzett kérdőíves megkérdezéseken alapuló vizsgálataival ezt ugyanakkor, csakúgy mint az egészségturizmusban fogyasztóként érintett turisták magasabb életminőségét, nem sikerült igazolni, vagyis az általuk vizsgált mintákban „sem az egészségturisztikai motivációval útnak indulók, sem az egészségturisztikai fogadóhelyeken élők nem tekinthetők az átlag utazónál vagy az átlag lakosnál szignifikánsan boldogabbnak” (MICHALKÓ et al. 2012:372).

## 2. ANYAG ÉS MÓDSZER

*„A balkáni régió valójában a kulturális hagyományok, vallások, szokások és népszokások olyasféle, egymással összefonódó mozaikképe vagy olajfestményszerű keveréke, amely saját határait sem látja egészen tisztán, egy néprajzi múzeum, ahol a fő rendezőelv a sokszínűség ”*

Akova–Demirkiran 2013:8

---

### 2.1. Anyag

LENGYEL (2004) a turizmust komplex, a környezetével kölcsönhatásban álló rendszerként határozta meg. A turisztikai erőforrások hasznosítása során JANCSIK (2007) szerint éppen ezért meglehetősen fontos szerepet játszanak a környezet elemei, például „a gazdaság más területein is érvényesülő általános körülmények és befolyásoló tényezők, azonban gyakran sajátos hangsúlyokkal vagy hatásmechanizmussal” (p. 37).

Vizsgálati területemre, a Balkánon fekvő országokra ez a kijelentés hatványozottan érvényes, ezért fontosnak tartottam, hogy a környezeti elemek közül a gazdasági környezet specifikumait, valamint a Balkán esetében talán még a gazdasági környezetnél is fontosabb szerepet játszó társadalmi-politikai környezet jellemzőit is elemezzem. A fejlesztéseket befolyásoló környezetelemzések viszonylagosan általánosan elterjedt típusát megtestesítő PEST-elemzés<sup>9</sup> negyedik pillérét, a műszaki-technikai környezet jellemzését, a vizsgálati terület turizmusát bemutató 2.1.3. fejezetben szerepeltetem.

#### 2.1.1. A vizsgálati terület

„A Balkán megismerése és megértése évszázadok óta az utazók, gondolkodók és különböző tudományokat képviselő kutatók reménytelenül célkitűzése” (MICHALKÓ et al. 2014:43), amelynek elérését MEZŐ (2000) szerint az teszi különösen nehézé, hogy – a Kaukázushoz hasonlóan – a Balkánt sem lehet a nyugat-európai gondolkodásmód alapján vizsgálni. A Balkánnal kapcsolatos tanulmányok számottevő része magának a területnek a lehatárolásával foglalkozik: ezekből az látható, hogy a régiót sem földrajzi, sem történeti-kulturális szempontok szerint nem lehet egyértelműen meghatározni, fogalmáról és a hozzá tartozó országok köréről a földrajztudományok képviselői mellett a politológusok is heves vitákat folytatnak is (TAMMINEN 2004, AKOVA–DEMIRKIRAN 2013).

A Balkán természetföldrajzi keretét jelentő Balkán-félsziget névadója a Bulgária területén húzódó, erdőkkel gazdagon borított Balkán hegység (SZÉKELY 1970). Abban, hogy a Balkán, illetve a Balkán-félsziget a dél-európai nagy félszigetek közül a legkeletebbre fekvő, illetve hogy területét délről a Földközi-, az Adriai-, a Jón-, az Égei- és a Fekete-tenger (AKOVA–DEMIRKIRAN 2013) határolja, többé-kevésbé egyetértés mutatkozik a szakirodalomban. A terület északi határát ugyanakkor, amelyet általában a Duna–Száva–Kupa folyókkal azonosítanak (JELAVICH 2006, KOCSIS 2005, PAP 2013), már többen vitatják.

---

<sup>9</sup> Political, Economic, Social and Technical Environment, azaz politikai, gazdasági, társadalmi és műszaki-technikai környezet.

A Balkán értelmezésével kapcsolatos problémát tovább árnyalja az, hogy fogalma mára jóval több, mint földrajzi név, a Balkán az elmúlt évszázadokban igen összetett kifejezéssé, politikai térfogalommal vált. „A régió globális szinten is az egyik legjelentősebb példája az együttélés kultúrájának, fogalma a földrajzi felosztást, az etnikai sokféleséget, a multikulturalizmust, a politikai és kulturális különbségeket is magába foglalja. A régió emellett világszinten jegyzett melegágya a nacionalizmusnak. Mindezek miatt a balkáni régiót gyakran azonosítják az olvasztótégely, a puszkaporos hordó, a harctér kifejezésekkel” (AKOVA–DEMIRKIRAN 2013:8). A Balkánnak mint fogalomnak ez az aspektusa mára olyan erőssé vált, hogy a nemzetközi politika, illetve politikai földrajz önálló fogalmat hozott létre a térség folyamatainak azonosítására (HAJDÚ 2010a): a balkanizáció kifejezés egy birodalom kis egységekre való széthullását, az etnikai rivalizálást és a destabilizációt jelenti.

NEDELICHEVA (2013:79) a Balkán-félszigetet Délnyugat-Európa részeként, „Európa és Ázsia ősi kultúráinak történelmi keresztútja”-ként azonosítja. A régióval kapcsolatosan számos amerikai, illetve európai kutatásban megjelenő Délkelet-Európa kifejezés a hajdani Jugoszlávia utódállamait, Szerbiát és Montenegrót, Macedóniát, Bosznia-Hercegovinát, Horvátországot, Szlovéniát, valamint Albániát, Bulgáriát és Romániát foglalja magában (KOCSIS 2005). Ezen elnevezések megkönnyítik a térségben zajló társadalmi-gazdasági folyamatok kevesebb axiológiai tartalmat hordozó tárgyalását és politikailag is korrektebb megközelítést biztosítanak (Kocsis 2007 in: MICHALKÓ et al. 2014).

A Balkánnal – illetve annak egy kisebb területi egységével – kapcsolatosan gyakran merül fel a Nyugat-Balkán fogalma is, amelyet 1998-ban a brit diplomácia hozott létre a bővítésből akkor még kimaradó országok megnevezésére, majd az EU a korábbi Jugoszlávia (Szlovénia nélküli) területeivel – Bosznia-Hercegovina, Horvátország, Koszovó, Macedónia, Montenegró, Szerbia – és Albániával tett egyenlővé (CSÜLLÖG–CSÁSZÁR 2013). E politikai fogalom létrehozásának oka abban a szándékban keresendő, hogy világosan elkülönítsék az Unióhoz való csatlakozási folyamatban akkorra már előrehaladott pozíciókkal rendelkező Romániát, Bulgáriát, valamint Törökországot a Balkán-félszigeten fekvő többi délkelet-európai országtól.

Értekezésemben a Balkán-félszigeten fekvő országokat sorolom a Balkánhoz, vizsgálati területem tehát Albánia, Bulgária, Bosznia-Hercegovina, Görögország, Horvátország, Macedónia, Montenegró, Románia, Szerbia és Szlovénia mellett a részben Európában, részben Ázsiában fekvő Törökország is. (Koszovó a helyi albán többség által egyoldalúan kikiáltott állam, amelyet a világ országai csak részben ismertek el, ezért értekezésemnek nem képezi tárgyát.) Ezek az országok társadalmi-kulturális, etnikai, politikai és gazdasági szempontból egyaránt rendkívül színes mozaikot alkotnak. A 11 országból öt már ma is az Európai Unió teljes jogú tagja, öt, a Nyugat-Balkánhoz tartozó ország afelé tart, Törökország pedig az Unió társult tagja.

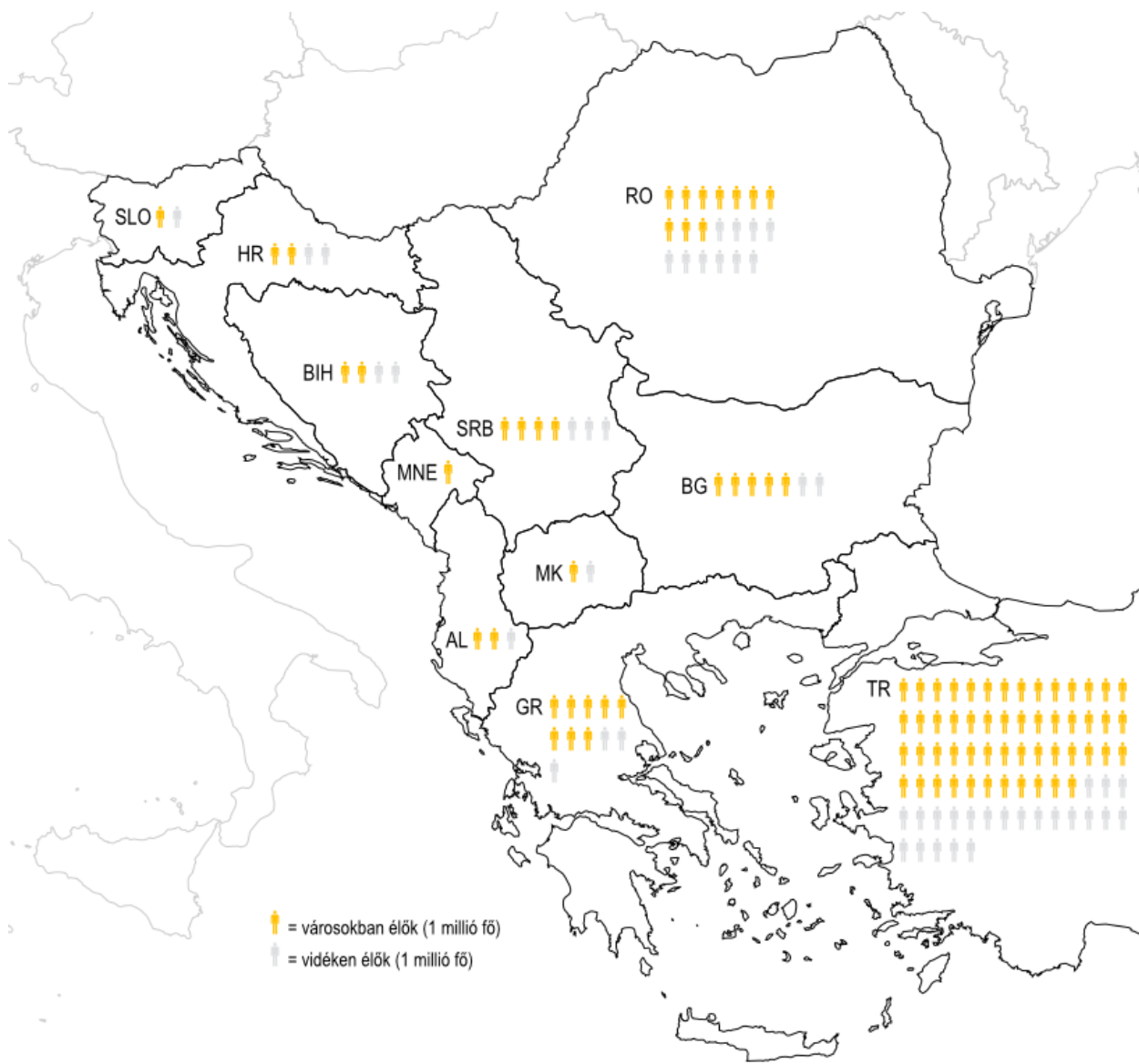
### **2.1.2. A vizsgálati terület turizmusának feltételrendszere**

A Balkánhoz földrajzi és történelmi szempontból többé-kevésbé hasonló adottságokkal rendelkező, politikai, társadalmi-kulturális és gazdasági szempontból sok vonatkozásban azonos, más aspektusokból azonban nagyon is különböző országok tartoznak.

A régió területi nagyság és lakosságszám alapján is legkisebb országa Montenegró (7. ábra), amelynek fővárosát mindössze 200 ezren lakják. Az értekezés keretében vizsgált országok közül a legnagyobb a két kontinensen fekvő Törökország, amelynek területe 57-szerese, lakosságszáma 120-szorosa a montenegróinak. A vizsgált országokban a városi lakosság aránya jellemzően 55 és 80% között alakul, Bosznia-Hercegovinában azonban minden 100-ból csak 39-en laknak városban. A Balkánon fekvő országok városai még közép-európai szemmel nézve is csak kisebb városoknak számítanak. Milliós lélekszámú városa Bulgáriának, Görögországnak, Romániának, Szerbiának és Törökországnak van, igaz utóbbiban hat város lakosságszáma is meghaladja az egy milliót, s fővárosában csaknem másfélszer annyian élnek, mint a vizsgált régió összes többi fővárosában összesen. (A vizsgálati területhez tartozó országok általános jellemzőit – területüket,



lakosságszámukat, fővárosaikat és nagyobb városaikat, illetve a városi/vidéki lakosság arányát – az M4. mellékletben mutatom be.)



7. ábra: A vizsgált országok lakosságszáma (2013)

Forrás: WB alapján saját szerkesztés

A Balkán-félsziget talán legerőteljesebb és leginkább meghatározó vonása, hogy évszázadok óta Európa egyik, feszültségekkel leginkább terhelt térsége, ahol a konfliktusok hosszabb-rövidebb nyugalmi periódus után újratermelődnek (REMÉNYI 2014): az ókori eredetű vallási-világnézeti-kulturális különbségek, az egyes országokat ért külső behatások: a török megszállás, a Habsburg és az orosz befolyás, a részben ezek következményeként kialakult nacionalizmus, a dél-szláv háború mind-mind okai és egyúttal következményei is a térséget egyértelműen jellemző problémáknak. Ezen „birodalomformáló”, történeti alapkövekre napjainkban igen összetett, erős politikai meghatározottságú régió épül.

### 2.1.2.1. Társadalmi-kulturális és politikai környezet

A Balkánnal kapcsolatos nemzetközi és hazai, különböző tudományterületekhez tartozó szakirodalomban szinte nincs olyan írás, amelyben a régió és a hozzá tartozó etnikumok szoros kapcsolata, a balkáni régió etnikai és kulturális sokszínűsége ne jelenne meg. REMÉNYI (2014)

szerint a Balkán-félsziget egyik alapvető sajátossága, mely a régiót olyannyira jellemző „konfliktusok kialakulásában, elterjedésében, illetve lezajlásuk módjának meghatározásában döntő fontosságú szerepet játszott a múltban és játszik ma is, az az etnikai heterogenitás, illetve az etnikai és politikai határoknak az eltérő futása” (p. 2). Reményi szerint, ha van Európának olyan térsége, ahol napjainkban kiemelkedően fontos az etnikai hovatartozás, a nemzet, akkor az éppen a Balkán. Az, hogy a „[Balkán-félsziget] ... sokféle etnikai és vallási közösségnek ad otthont”, NEDELICHEVA (2013:79) fentebb már részben idézett Balkán definíciójában is megjelenik, a terület egyik legfontosabb jellemzőjének ő is ezt tartja.

CARTER–TURNOCK (2000) és HAJDÚ (2010b) rámutatnak, hogy a kisebbségek számos balkáni országban, különösen a korábbi Jugoszlávia utódállamaiban a teljes lakosság kiemelkedően magas arányát képviselik, több országban a lakosság akár 30-50%-át is kitehetik. REMÉNYI (2014) kiemeli, hogy a régió országaiban a politikum és a társadalmi folyamatok szinte minden szegmense továbbra is többnyire etnikai alapon szerveződik. A Balkán számos országában – de leginkább Bosznia-Hercegovinában és Macedóniában – etnokratikus rezsimek kormányoznak, azaz etnikai alapon szerveződő pártok vezetik az országot, nacionalizáltak az oktatási és kulturális rendszerek, etnikai meghatározottságú a közjavakhoz való hozzáférés szintje, az államok politikai, gazdasági társadalmi, kulturális stb. folyamatait alapvetően etnikai tényezők befolyásolják, determinálják, s ez várhatóan a jövőben is meghatározó marad.

TAMMINEN (2004:414) szerint a „balkáni országokat gyakran gyenge államokként emlegetik”. A posztkommunista átmenetről szóló művében CLEMENS (2010:246) kiemeli, hogy „Számos balkáni közösség (...) szenvedett a sok éven át tartó polgárháborús és „határokon átnyúló” erőszaktól”, AKOVA és DEMIRKIRAN (2013:7) „a történelmi konfliktusokat, a polgárháborút és az instabilitástól sújtott környezetet” emelik ki. Jugoszlávia 1990-es évek elején bekövetkezett összeomlása Európa legpusztítóbb fegyveres harcának az előjátéka volt a II. világháború óta, az országban és utódállamaiban 1991 és 2001 között háborús cselekmények folytak (MATANOV et al. 2013). CLEMENS (2010) megjegyzi, hogy a kommunista rezsim bukása után két évtizeddel számos balkáni ország – Szlovénia kivételével – alacsony osztályzatot érdemel ki a demokrácia, a sajtószabadság és az emberi jogok terén.

VUJADINOVIĆ (2004) szerint a balkáni régió országai egyrészt szuverenitásra törekednek, másrészt pedig európai integrációra, amihez a jogállamiság, demokrácia és a kisebbségi jogok biztosítása szükséges, erős intézmények és robusztus piacgazdaság kell. A Balkán-félszigeten fekvő, az értekezés keretében vizsgált 11 ország közül öt az elmúlt körülbelül egy évtizedben az Unió tagjává vált, Törökország és a Nyugat-Balkán országai az Európai Unió bővítési menetrendjében tagjelölt, illetve potenciális tagjelölt országok; a csatlakozási folyamat más-más szakaszában járnak<sup>10</sup>.

A Balkánnal kapcsolatosan konvencionálisan legsúlyosabbnak tekintett problémák az etnikai és vallási-kulturális kérdések, a nacionalizmus, valamint a jogállami intézményrendszer és a demokratikus politikai kultúra hiányosságai. JUHÁSZ (2014) két további problémakört vet fel: az egyik a gazdasági sikertelenség és az abból fakadó szociális feszültségek (például a rendkívül magas munkanélküliség, illetve a 2008-as világválság óta csaknem mindegyik országot jellemző stagnálás, illetve recesszió), a másik a térséget kívülről érő kihívások, illetve az azokhoz való alkalmazkodóképesség gyengesége. Ebből a három csoportból véleménye szerint már nem az első, a kifejezetten helyi problémák, „belső okok” játsszák a főszerepet, hanem a másik kettő.

---

<sup>10</sup> Albánia, Macedónia, Montenegró, Szerbia és Törökország tagjelölt ország, Bosznia-Hercegovina potenciális tagjelölt ország.

### 2.1.2.2. Gazdasági környezet

A régió nemcsak társadalmi-kulturális, de gazdasági szempontból sem tekinthető homogénnek: a gazdasági teljesítményben, az egy főre jutó jövedelemben, a munkanélküliség terén, illetve a lakosság életszínvonalában jelentős eltérések voltak tapasztalhatók a szocialista blokkhoz nem tartozó, illetve tartozó, valamint a szocialista blokkon belüli országok között már a közép-kelet-európai rendszerváltás idején is, amelyet a térségben később zajló háborúk és azok következményei tovább növeltek.

Általánosságban elmondható, hogy a vizsgált régió országaiban az ezredfordulót követően, 2009-ig számos makrogazdasági mutató kedvezően alakult.

- Görögországot – ahol 2000 és 2007 között átlagosan 4,2%-kal nőtt a kibocsátás – 2010 óta a közép-kelet-európai országok 1990-es években lejátszódott transzformációjához hasonló mértékű recesszió jellemzi. GYŐRFFY (2014) szerint a fogyasztás által túlfűtött növekedés, a populista osztogatás és fogyasztás olyan gazdasági problémákhoz vezetett, amelyek következtében az országot a 2008-ban kezdődött globális pénzügyi válság legsúlyosabb veszteseként tartják számon. Görögország gazdasági problémái ráadásul jóval túlmutatnak az ország gazdaságán: a Balkánon fekvő országok mindegyikére hatással vannak.
- Szlovénia – jelentős recessziót követően – 2014-ben növekedési pályára állt, a növekedés mind az exportbővülésnek, mind a belföldi kereslet növekedésének köszönhető. Az országban jelentős, EU-finanszírozta infrastrukturális beruházások valósultak meg [EC 2015b].
- Habár Románia és Bulgária a vásárlóerő-paritáson számolt egy főre jutó GDP alapján az EU két legelmaradottabb országa, az értekezés keretében vizsgált 11 ország közül gazdasági teljesítményük relatíve jónak mondható, ami oka is, következménye is EU-tagságuknak. Románia jelentős kiigazításon van túl, ahol éledezik a belső kereslet, alacsony a lakosság eladósodottsága. A közösségi infrastruktúra szegényes, az EU transzferek felhasználásában az ország nem mutat túl jó teljesítményt (SAMU 2015). Bulgária gazdasági problémáit a 2008-ban kezdődött válság felerősítette, elavult gazdaságszerkezet és infrastruktúra, súlyos munkaerő-piaci problémák, politikai instabilitás jellemzi [EC 2015a].
- A nyugat-balkáni térségben 2004 és 2008 között a növekedés a korábbi évekhez képest kifejezetten gyors volt, a térség országainak nemzeti össztermékei átlagosan 4-7%-kal bővültek. 2009-ben, a válság mélypontján Albánia kivételével a Nyugat-Balkán országainak növekedése jelentősen visszaesett, majd rövid stabilizálódást követően 2012-ben, az eurózóna gazdasági folyamataival összhangban újabb lassulás következett be. Napjainkra a térség gazdasági fejlődése megrekedt, sem a beruházások, sem a kivitel nem mutat dinamizmust. A kisszámú jól működő, tőkeerős termelő/szolgáltató mellett ezen országokban a gazdaság döntő hányadára az elavult gazdaságszerkezet jellemző (NOVÁK 2014). Horvátország gazdasági teljesítménye az elmúlt években romlott, és várhatóan az elkövetkező években is gyenge marad. Munkanélküliségi rátája magas, versenyképessége, tőkevonzó képessége alacsony [EC 2015c].
- Törökország az elmúlt időszakban óriási változáson ment keresztül, és elmaradott, perifériális gazdaságból regionális gazdasági hatalommá vált. „A korábban gazdaságilag bezárkózó, később az európai integráció felé törekvő Törökország egyre inkább egy több lábon álló, a világ gazdaságba szervesen bekapcsolódó, a saját régiójában meghatározó gazdasági szereppel bíró középhatalom jellegét ölti” (SZIGETVARI 2013:35) (Az egyes országok éves GDP-változását a 2004 és 2013 közötti időszakra az M5. melléklet tartalmazza.)

NOVÁK (2014) a térség gazdasági helyzetét a kumulatív válság kifejezéssel írja le, amellyel arra utal, hogy a válságok és háborúk gazdasági következményei összeadódtak az utóbbi évek reformjainak problémáival, és ezt még súlyosbította a nemzetközi pénzügyi és gazdasági válság, amely piaci oldalról és finanszírozási szempontból tovább rontotta a gazdasági helyzetet. A régió országainak gazdaságait jellemző hasonlóságok, párhuzamos fejlődési utak mellett a térségen

belül több szempontból is divergencia figyelhető meg, ez azonban a lényegi kihívásokat nem érinti, inkább a problémák súlyosságának különbségeit jellemzi.

Összességében a térség jelentős részében a 2000-es évek viszonylag gyors gazdasági növekedése sem tudta a kilencvenes években elszenvedett veszteségeket ellensúlyozni, így egyrészt a 25 évvel ezelőtti életszínvonalától még ma is messze van számos ország (például Szerbia, Bosznia-Hercegovina és Montenegró), másrészt a térségben a vásárlóerő-paritáson számított egy főre jutó GDP az EU28 átlagának egyharmadát, egyes esetekben csupán egyötödét éri el. Így bár a GDP-növekedés mértéke vagy az inflációs ráta a legtöbb országban bizakodásra adhat okot, az egy főre eső GDP viszonylatában akár hosszú évtizedekig is eltarthat az Unió átlagához való felzárkózás (9. táblázat).

9. táblázat: A vizsgált országok főbb gazdasági mutatói

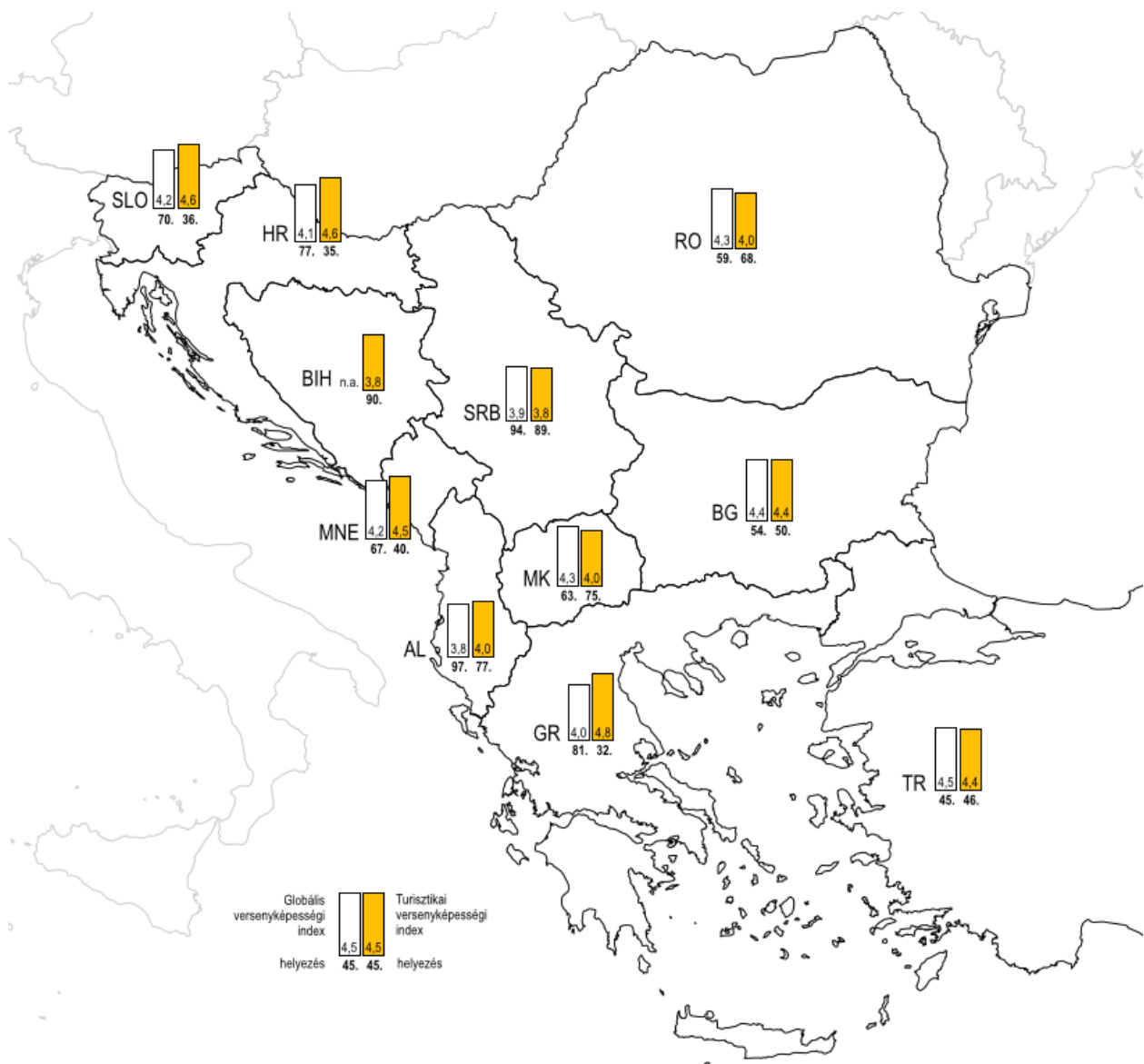
	Részesedés a világ GDP-jéből (1), (%) (2013)	GDP/fő (PPP) (2), (USD, 2013)	GINI/fő (PPP) (3), (USD, 2013)	Munkanélküliségi ráta (4), (%) (2013)	Infláció (5), (%) (2013)	GINI-index (6), (%) (2013)
Albánia	0,03	10 374	10 400	16,0	1,9	29,0
Bosznia-Hercegovina	n.a.	9 536	9 660	28,4	-0,1	33,0
Bulgária	0,12	15 732	15 210	12,9	0,9	34,3
Görögország	0,31	25 705	25 700	27,3	2,2	34,7
Horvátország	0,09	21 366	20 830	17,7	-0,9	33,6
Macedónia	0,03	11 612	11 520	29,0	2,8	44,2
Montenegró	0,01	14 132	14 440	19,8	2,2	30,6
Románia	0,33	18 991	18 410	7,3	4,0	27,3
Szerbia	0,09	13 020	12 480	22,2	7,7	40,3
Szlovénia	0,07	28 996	28 780	10,2	1,8	24,9
Törökország	1,35	19 020	18 800	10,0	7,5	40,0

Megjegyzés: GINI-index – Albánia, Románia (2012), Bosznia-Hercegovina (2007), Bulgária, Montenegró, Szerbia, Szlovénia, Törökország (2011), Görögország (2010), Horvátország, Macedónia (2008).  
Forrás: (1) – WEF (SCHWAB 2014), (2) – WB, (3) – WB, (4) – WB, (5) – WB, (6) – WB becslés

EL Ouardighi és Somun-Kapetanovic (2010) öt (nyugat)-balkáni ország – Albánia, Bosznia-Hercegovina, Horvátország, Macedónia és a korábbi Szerbia-Montenegró – tapasztalatait elemezte, és azt állapította meg, hogy a gazdasági növekedéssel párhuzamosan súlyosbodott az egyenlőtlenség és a szegénység. Novák (2014) szintén a szegénység terjedésében, valamint a fokozódó gazdasági feszültségekben, a lassú GDP-bővülésben és a munkanélküliség magas – több országban 20-30% közötti – szintjében látja az elsősorban a Nyugat-Balkán, de a régió más országainak megoldatlan strukturális problémáit, végső soron a gazdasági rendszerváltás kudarcait.

A World Economic Forum által 2005 óta összeállított Globális Versenyképességi Index jól tükrözi a vizsgált országok eltérő gazdasági fejlettségét és jövőbeli lehetőségeit (SCHWAB 2014, 8. ábra). A 2014-ben, 144 országra készített index három, országonként eltérő súlyozással figyelembe vett

részindex alapján kerül kiszámításra<sup>11</sup>. A Globális Versenyképességi Index-ben a Balkánon fekvő országok közül Bulgária szerepel a legjobb (54. pozíció), és Albánia (97. pozíció) a legrosszabb helyen, a régió országai e ranglista szerint a világ középmezőnyébe tartoznak. Az egyes részindexek jól mutatják az alfejezet korábbi részeiben már említett országonkénti különbségeket: az alapkövetelmények tekintetében a régió országainak pozíciója 49. és 101. között, a hatékonyságnövelő tényezők esetében 45. és 95. között, az innováció esetében 50. és 121. között alakul. Összességében a hatékonyságnövelő tényezők rontják, az innováció „felfelé húzza” a Balkánon fekvő országok globális versenyképességét, bár a régió egyes országai között a legnagyobb különbségek éppen ez utóbbi részindex – vagyis az innováció – tekintetében vannak.



8. ábra: A vizsgált országok globális és turisztikai versenyképességi mutatói (2014–2015)

Forrás: saját szerkesztés SCHWAB (2014) alapján

<sup>11</sup> Az „alapkövetelmények részindex” négy alindexből áll: ezek az intézmények, az infrastruktúra, a makrogazdasági környezet, az egészségügy és az alapfokú oktatás. A második részindex, vagyis a „hatékonyságnövelő tényezők” a magasabb fokú oktatást, a termékkínálat hatékonyságát, a munkaerőpiaci hatékonyságot, a pénzpiac fejlődését, a technológiai környezetet és a piacméretet aggregálja. A harmadik részindex („az innováció”) az üzleti vállalkozások szofisztikáltságára, illetve az innovációra utal. Az egyes alindexek 1-7 skálán kerülnek értékelésre.

A Globális Versenyképességi Index egyes országokra vonatkozó részletes adatai és a fejlesztésekkel kapcsolatosan azonosított nehézségek az M5. mellékletben kerülnek bemutatásra.

O' BRENNAN (2014) a gazdasági problémák kapcsán azt a következtetést vonta le, hogy mind a kormányzatok, mind pedig az EU politikája jórészt kudarcot vallott a Nyugat-Balkán életszínvonalának emelésében. PETROVIC (2008) szerint ugyanakkor inkább az áll a jelenlegi helyzet hátterében, hogy a balkáni államok első posztkommunista vezetői nem voltak hajlandók továbbvinni az 1989-1991-es időszakban megkezdett demokratikus és gazdasági reformokat, és elfogadni az EU segítségét és feltételeit a reformok megvalósításában. NOVÁK (2014) a gazdasági növekedés és az átfogó életszínvonal emelkedés elmaradásának veszélyét abban látja, hogy a gazdasági biztonság és a politikai stabilitás kockázatosabbá válik, ami a jelenlegi gazdasági, politikai berendezkedés és akár az Európai Unió ellen fordíthatja a lakosságot.

A kétezres évek első kétharmadában jellemző gyors növekedési pályára való visszalépéshez és a hosszabb távon is fenntartható felzárkózási pálya kialakulásához további gazdasági modernizáció szükséges. Ehhez a legfontosabb feladatok – országonként eltérő hangsúllyal – a WEF versenyképességet vizsgáló tanulmánya (SCHWAB 2014) szerint a politikai instabilitás „felszámolása”, a kormányzati tevékenység javítása, az adórendszerek újragondolása, a fejlesztések finanszírozásához szükséges források előteremtése, az infrastrukturális fejlesztések folytatása, zöldmezős, export-orientált beruházások támogatása, a politikai és gazdasági folyamatokat átható korrupció felszámolása, a külföldi tőkebefektetésekre alapozott export bővítése. A fejlesztések megvalósításánál azt is figyelembe kell venni (NOVÁK 2014), hogy

- a Balkánon fekvő országok jellemzően kis területűek, alacsony népességszámúak, így kis belső vásárlóerővel rendelkeznek. Ez megnehezíti vagy akár el is lehetetleníti a hazai keresletre alapozott tartós, fenntartható gazdasági növekedés megvalósítását,
- a regionális gazdasági kapcsolatoknak ebben a térségben nagy jelentősége van. „A munkahelyek megőrzésében, létrehozásában a helyi, regionális piacra termelő hazai cégek fejlődése kínálhat megoldást az olcsó termelési költségekre alapozott multinacionális beszállító vállalatok zöldmezős beruházásai mellett” (p. 13),
- a fejlesztési és fejlődési kényszerek, a források iránti igény ebben a térségben is erősíteni fogja az alternatív tőkeforrások iránti keresletet. Ez hosszabb távon, és az Unió nem adekvát térségbeli politikája esetén más globális szereplők befolyásának erősödését eredményezheti, aminek növekvő geopolitikai jelentősége lehet.

### **2.1.3. A vizsgálati terület turisztikai jellemzői**

#### **2.1.3.1. A Balkánon fekvő országok turisztikai kínálata**

Ahogy az a Balkán turizmusának környezetét bemutató 2.1.2. fejezetben láthattuk, a régióban található országok társadalmi-kulturális és gazdasági adottságai többé-kevésbé hasonlóak, kihasználásuk azonban meglehetősen töredezett képet mutat. A turizmus tekintetében a helyzet hasonló: a többé-kevésbé azonos adottságokkal rendelkező országokban a turizmus gazdasági-társadalmi mutatókkal és vendégforgalmi adatokkal leírható teljesítménye igencsak mozaikos képpel jellemezhető. Törökország és Görögország, valamint Horvátország és Szlovénia jelentős külföldi vendégforgalmat bonyolító országok, Bulgária és Románia fokozatosan felzárkózó országok, míg a régió többi országa a nemzetközi turizmusban ma még meglehetősen csekély szerepet játszik (MICHALKÓ 2005).

A turizmus elsősorban azokban a térségekben számíthat hosszú távon is sikerre, ahol a vonzerők mellett az alapinfrastruktúra, valamint a turisztikai infra- és szuprastruktúra elemei is adottak (MICHALKÓ 2012). A Balkánon fekvő, az értekezés keretében vizsgált országok ebben a tekintetben is leginkább a mozaikos szóval írhatóak le.

A turisztikai termék alapját képező vonzerőt (LENGYEL 2004) tekintve elmondható, hogy a tengerparti, a nagyvárosi, a hegyvidéki és a vidéki, falusias területek hasonló tevékenységeket

tesznek lehetővé az egész régióban. A Balkánon fekvő országok tradicionálisan legfontosabb turisztikai termékei a tengerparti üdülések, a kulturális, azon belül kiemelten a városlátogató és az örökségturizmus, valamint az aktív- és az egészségturizmus, az utóbbi években azonban a régió kínálatában speciális turisztikai termékek – például vallási turizmus, falusi és ökoturizmus, gasztronómiai, vadászturizmus, hajózás, golfturizmus – is megjelentek (MICHALKÓ 2005, METODIJESKI–TEMELKOV 2014). A forgalom jelentős része a tengerpartokon és – részben a hivatásturizmus kiemelkedő szerepe miatt is – a nagyvárosokban koncentrálódik. A WEF Turisztikai Versenyképességi Indexe<sup>12</sup> (BLANKE–CHIESA 2013) alapján a régió természeti és kulturális erőforrásai összességében gyenge közepes színvonalúak: az 1-7-ig terjedő skálán a régió természeti erőforrásai 3,3-es, kulturális erőforrásai 3,1-es átlagértékkel jellemezhetőek. Az egyes országok közötti eltérések itt is jelentősek: a természeti erőforrások esetében a kontinuum egyik végén Szerbia (átlagértéke 2,4), a másikon Görögország (4,2) áll, a kulturális erőforrások esetében a legalacsonyabb átlagértékkel Albánia (2,0), a legmagasabbal Törökország jellemezhető (5,2).

Az alpinfrastruktúra tekintetében a közlekedési lehetőségek, az infokommunikációs (ICT) szektor, a biztonság, a higiénia alacsony színvonala és a helyi lakosság alacsony életszínvonala is szerepet játszik abban, hogy a térség az utazók számára kevésbé vonzó.

- A közlekedési hálózatok (főleg a közúthálózat, kiemelten az autópályák, illetve a nemzetközi légi közlekedésben egyre fontosabb szerepet játszó regionális repterek) fejlesztése – ahogy az a turizmus gazdasági környezetét bemutató 2.1.2. alfejezetben már említésre került – a perifériális területen elhelyezkedő országok esetében általában véve is elengedhetetlenül fontos (MICHELBERGER 2007, TÁNCZOSNÉ 2007). A közlekedés fejlesztésének szükségessége a turisztikai szektor esetében hatványozottan jelentkező igény, hiszen a turisták desztinációba való eljutásának és desztináción belüli mozgásának fontos feltétele (MICHALKÓ 2012). A WEF Turisztikai Versenyképességi Indexe (BLANKE–CHIESA 2013) alapján a régió országaiban összességében a közlekedési infrastruktúrában jelentős elmaradás mutatkozik: az 1-7-ig terjedő skálán a légi közlekedés 2,9-es, a földi közlekedés (beleértve a közúti, a vasúti és a vízi közlekedés feltételeit is) 3,5-es átlagértékkel jellemezhető. A Balkánon fekvő egyes országok között e vonatkozásban is jelentős különbségek vannak, a légi közlekedési infrastruktúrát jellemző mutatószám értéke a legjobban teljesítő Görögországban 4,7, a legrosszabbul teljesítő Bosznia-Hercegovinában 1,8. A földi közlekedés esetében a különbség kissé kevésbé markáns, de jelentős: Szlovénia e tekintetben 5,0-es, Bosznia-Hercegovina 2,6-es átlagértéket kapott.
- Az ICT szektor alulfejlettsége a régió általános gazdasági és turisztikai fejlődésének is fontos korlátja (HORVÁTH 2015). A fentiekben hivatkozott WEF-tanulmány (BLANKE–CHIESA 2013) keretében vizsgált 14 tényező közül a Balkánon fekvő országok vonatkozásában – a közlekedési infrastruktúra mellett – az infokommunikációs szektor kapta az egyik legalacsonyabb értékelést: az 1-7-ig terjedő skálán mindössze 3,6-et. Albánia 2,5-es átlagával a legrosszabb, Szlovénia 4,5-es átlagával a legjobb teljesítménnyel jellemezhető e tekintetben.
- A biztonság vonatkozásában a mintegy két és fél évtizede kezdődött fegyveres konfliktusok, a délszláv háború, Szerbia 1999-es bombázása, a koszovói problémák komoly sebeket ejtettek a régió imázsán. A WEF turisztikai versenyképességi tanulmánya szerint (BLANKE–CHIESA 2013) ugyanakkor a régió a biztonságot illetően meglehetősen jól teljesít: a vizsgált 11

---

<sup>12</sup> A korábban idézett általános versenyképességi index mellett a World Economic Forum kifejezetten a turisztikai szektorra vonatkozó, a turisztikai szakirodalomban is egyre gyakrabban hivatkozott (például SIMAT et al. [N.a.], MORARU 2011) versenyképességi indexeket is készít. A Balkánon fekvő országok turisztikai kínálatának értékelésekor a 14 alindexre vonatkozó adatokat használok, az alfejezet összefoglaló részében az aggregált részindexek alapján elért versenyképességi mutatókat ismertetem. Az egyes országok részletes versenyképességi mutatóit az M6. melléklet tartalmazza.

országból négy 4,3 és 4,9 közötti teljesítménnyel, hat ország 5,0 vagy afeletti átlagértékkel jellemezhető.

- A térségre jellemző közegészségügyi viszonyok, a higiénia alacsony színvonalát (MICHALKÓ 2007) a WEF Turisztikai Versenyképességi Indexe (BLANKE–CHIESA 2013) nem erősíti meg: a Balkánon fekvő országok e mutatószámra<sup>13</sup> magas (5,6-es), egyes országokban – például Bulgáriában, Görögországban – kifejezetten magas (6,7, illetve 6,4-es) átlagértéket kaptak.
- A helyi lakosság alacsony életszínvonala az alfejezet korábbi oldalain bemutatott gazdasági környezetre vonatkozó elemzés alapján nem megkérdőjelezhető.

A Balkánon fekvő országok esetében – egyrészt abból adódóan, hogy a régió országai, Görögország és Szlovénia kivételével, nem tartoznak a schengeni övezethez, másrészt annak okán, hogy a régió számos, kisebb területű országból áll – az országhatárok átlépése nem annyira zökkenőmentes, mint amit az európai turisztikai kereslet meghatározó hányadát képviselő nyugati, illetve észak-európai országok turistái elvárhatnak.

A turisztikai infra- és szuprastruktúra tekintetében elmondható, hogy

- eltérő színvonalon és volumenben ugyan, de napjainkra a térség minden országában rendelkezésre állnak azok a keretfeltételek, amelyek biztosíthatják a turizmus fejlődését,
- a szálláshely-szolgáltatás tekintetében mind a nemzetközi szállodaláncok, mind a helyiek tulajdonában levő kisebb egységek jelen vannak, amit a magánszféra által kiadott ingatlanok jól egészítenek ki (MICHALKÓ 2005),
- az egyéb szolgáltatások tekintetében a kép töredezett, kevésbé homogén, bár az országok közötti különbségek folyamatosan csökkennek.

A WEF Turisztikai Versenyképességi Indexe (BLANKE–CHIESA 2013) alapján a régió országai a későbbiekben részletezendő 14 versenyképességi tényező közül a turisztikai infrastruktúra vonatkozásában kiemelkedően jól teljesítenek: a Balkánon fekvő országok az 1-7-ig terjedő skálán 5,4-es átlagértéket értek el, ami a higiéniát követően a második legmagasabb érték. Az értekezés keretében vizsgált 11 ország közül öt – Görögország, Bulgária, Horvátország, Szlovénia és Montenegró – ért el 6,0 és 6,8 közötti átlagértéket. A felmérés szerint a turisztikai infrastruktúra színvonala Albániában a legalacsonyabb (3,7).

A WEF Turisztikai Versenyképességi Indexéből (BLANKE–CHIESA 2013) képet kaphatunk a Balkánon fekvő országok turisztikai szolgáltatásainak árszínvonaláról is. A régió árszínvonala az 1-7-ig terjedő skálán 4,2-es átlagértéket kapott, az egyes országok átlagai 3,8 (Szerbia) és 4,8 (Macedónia) között alakulnak.

A turizmusnak a Balkánon fekvő országok gazdasági és társadalmi életében betöltött fontossága számos tényező mentén értékelhető. A WEF Turisztikai Versenyképességi Indexe alapján (BLANKE–CHIESA 2013) a turizmus elismertsége az egyes országok között jelentős különbségeket mutat. Az értekezés keretében vizsgált 11 ország közül a turizmus elismertségét jelző index Bosznia-Hercegovinában a legalacsonyabb (3,5 az 1-7-ig terjedő skálán) és Montenegróban, illetve Szlovéniában a legmagasabb (4,7-4,7), a régió országainak átlaga 4,3.

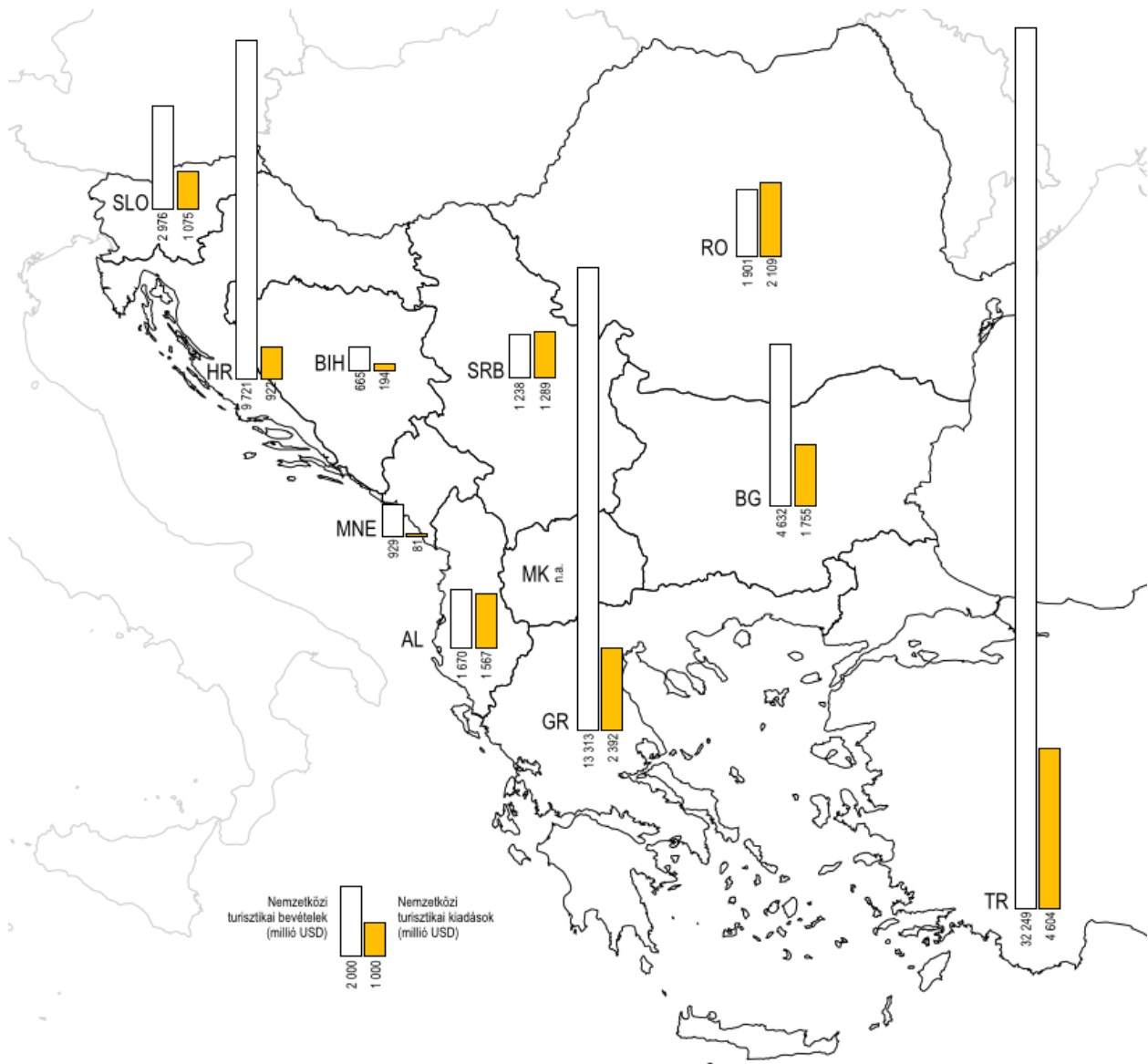
A nemzeti szintű turizmuspolitika ugyanakkor a régió szinte minden országában megjelenik. Ennek szervezeti leképeződései azok az intézmények, amelyek a különböző államigazgatási szinteken jelennek meg. A régió egyes országaiban a turizmus ügyeit vagy önálló minisztériumok vagy más területekkel közös minisztériumok képviselik (MICHALKÓ 2005, METODIJESKI–TEMELKOV 2014 és NGM Turisztikai és Vendéglátóipari Főosztály 2015). METODIJESKI és

---

<sup>13</sup> A WEF jelentésében szereplő „egészség és higiénia” mutató az 1000 lakosra jutó orvosok számából, a közegészségügyi szolgáltatásokhoz hozzáférő lakosok arányából, az ivóvízhez hozzáférő lakosok arányából és a 10 000 lakosra jutó kórházi ágyak számából tevődik össze. A statisztikai adatok forrásai a WHO és a World Bank.



TEMELKOV (2014) tanulmányukban arra is rámutatnak, hogy a régió csaknem minden országában közép-, illetve hosszú távú fejlesztési dokumentumok segítik a fenntartható turizmus megvalósítását. A Balkánon fekvő országok a turizmusmarketingre is komoly hangsúlyt fektetnek. Nemzeti szintű desztinációs marketing szervezete minden országnak van: e szervezetek a marketing széles eszköztárával ösztönzik országuk belföldi és/vagy beutazó turizmusát. Az értekezés keretében vizsgált 11 ország közül nyolc (Bulgária, Görögország, Horvátország, Montenegró, Románia, Szerbia, Szlovénia és Törökország) az európai nemzeti turisztikai hivatalokat tömörítő European Travel Commission-nek is tagja. (Az M7. mellékletben található táblázatok a turizmus államigazgatásában elfoglalt helyét, a Balkánon fekvő országok turizmusfejlesztési dokumentumait és az azokban szereplő kiemelt turisztikai termékeket, illetve a vizsgált országok „hivatalos” turisztikai weblapjainak elérhetőségeit részletesen is bemutatják.)



9. ábra: A nemzetközi turisztikai bevételek és kiadások a vizsgált országokban (2013)

Forrás: UNWTO (2015)

MICHALKÓ (2005) szerint az egy turistaérkezésre jutó nemzetközi turisztikai bevételek nagysága jól reprezentálja a régió turisztikai kínálatában megmutatkozó igen jelentős különbségeket vagyis azt, hogy a térség országai milyen mértékben jelentenek költsésoztönző környezetet. Az egy turistaérkezésre jutó fajlagos költség Bosznia-Hercegovinában, Szerbiában és Szlovéniában a legmagasabb, és Bulgáriában a legalacsonyabb (az egyes országokra vonatkozó adatokat az M8.

melléklet tartalmazza). A régióban megmutatkozó fejlődést jól szemlélteti az a tény, hogy az elmúlt években ez a különbség jelentősen csökkent: míg 2001-ben a legmagasabb és a legalacsonyabb fajlagos költséssel jellemezhető ország között több, mint hétszeres volt, addig 2013-ra a Bosznia-Hercegovinába látogató, a régió országai közül a legmagasabb fajlagos költséssel jellemezhető turisták kiadása a fajlagosan legkevesebbet költő, Bulgáriába látogató turisták költségének csak alig több, mint kétszerese volt.

A turizmus a vizsgált – exportlehetőségeit tekintve meglehetősen korlátozott lehetőségekkel jellemezhető – régió néhány országának gazdaságában igen jelentős szerepet játszik. Törökországban a turizmus csaknem 28 milliárd dollárnyi nettó exportbevételt termel, Görögországban 11 milliárdot (9. ábra). Emellett jelentős pozitívum mutatkozik Horvátország, Bulgária és Szlovénia nemzetközi turisztikai mérlegében is. A vizsgált 11 ország közül negatív turisztikai egyenleggel csupán két ország, Románia és Szerbia jellemezhető.

A WEF Turisztikai Versenyképességi Indexe részben a fejezet eddigi részeiben ismertetett alindexek (légi és földi közlekedési infrastruktúra, ICT infrastruktúra, biztonság stb.), részben további alindexek alapján kerül kiszámításra (8. ábra és M6. melléklet)<sup>14</sup>. A turizmus-specifikus versenyképességi mutató (BLANKE–CHIESA 2013) alapján a Balkánon fekvő országok helyzete jóval kedvezőbb, mint az általános Globális Versenyképességi Index (SCHWAB 2014) alapján. A turisztikai versenyképesség-mutató tekintetében az értekezés keretében vizsgált 11 országból hat – Görögország, Horvátország, Szlovénia, Montenegró, Törökország és Bulgária – a TOP 50-ben található (a vizsgált 140 országból), a Globális Versenyképességi Index esetében (a vizsgált 144 országból) csupán Törökország tudott bekerülni a legjobb 50 közé. A vizsgált 11 ország közül a legjobb teljesítményt Görögország tudja felmutatni (Turisztikai Versenyképességi Indexe 4,8, ezzel a vizsgált 140 ország közül a 32. helyet foglalja el), a legrosszabbat Bosznia-Hercegovina (Turisztikai Versenyképességi Indexe 3,8, ezzel a vizsgált 140 ország közül a 90. helyet foglalja el).

Összességében a szabályozási keretrendszer erősen javítja, a gazdasági környezet és infrastruktúra, valamint az emberi, kulturális és természeti erőforrások kismértékben rontják az aggregált turisztikai versenyképességi mutatót. A három részindex közül a Balkánon fekvő egyes országok között az emberi, természeti és kulturális erőforrások vonatkozásában tapasztalhatók a legnagyobb különbségek: emberi erőforrásai és turisztikai vonzerői Görögországnak a 30., Szerbiának a 109. pozíciót biztosítják a turisztikai versenyképességi ranglista erőforrásokat jellemző részindexének vonatkozásában.

### **2.1.3.2. A turizmus kereslete a Balkánon**

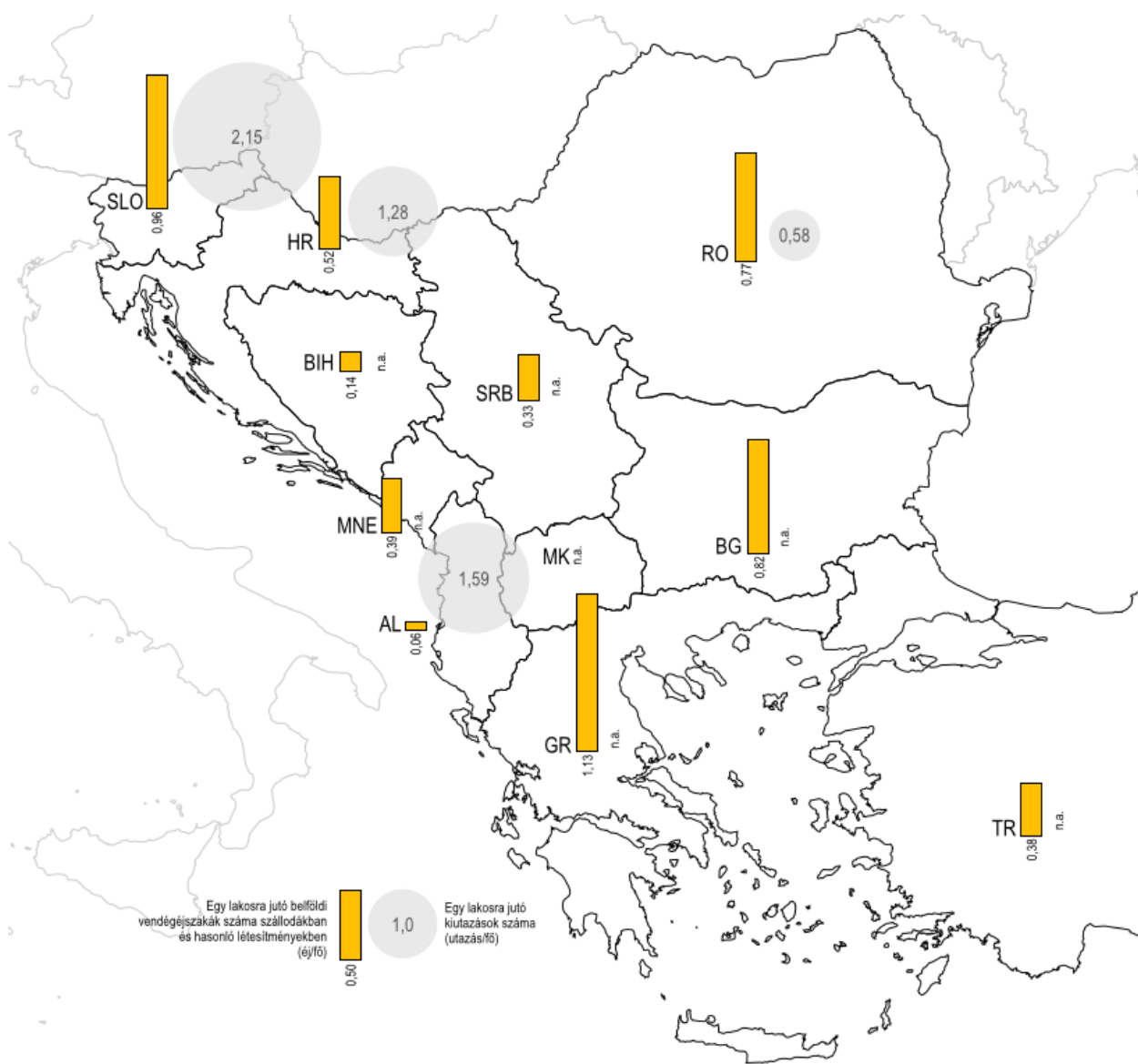
Jelen alfejezetben a Balkánon fekvő országok lakosságának utazásaihoz kapcsolódó belföldi, illetve kiutazó, majd a beutazó turizmust elemzem. A vizsgált országok lakosságának utazási szokásai – a szűkösen rendelkezésre álló, összehasonlítható és megbízható adatok hiánya miatt – gyakorlatilag kizárólag a belföldi és a kiutazó turizmus volumenében ragadhatók meg. Az értekezés témája szempontjából azonban az egyes országok beutazó turizmusának vizsgálata sem elhanyagolható fontosságú, hiszen a régió kívülről érkező turisták pótlólagos keresletet biztosítanak a turisztikai szolgáltatások tekintetében is, ráadásul mindezt egy olyan régióban, amely zömében alacsony népességszámú és vásárlóerővel jellemezhető, és az exportbevételi

---

<sup>14</sup> A Turisztikai Versenyképességi Index a Globális Versenyképességi Indexhez hasonlóan három részindexből, összesen pedig 14 alindexből áll. A szabályozó keretrendszer részindexet a politika és szabályozás, a környezeti fenntarthatóság, a biztonság, a higiénia, és a turizmus szektor elismertsége adja. A turizmus üzleti környezete és infrastruktúrája a légi közlekedési infrastruktúrából, a földi (utak, vasutak, kikötők) közlekedési infrastruktúrából, a turisztikai infrastruktúrából, az ICT infrastruktúrából és az árak versenyképességéből áll. A harmadik részindex, az emberi, a kulturális és a természeti erőforrások alindexei az emberi erőforrás, az utazási hajlandóság, a természeti erőforrások és a kulturális erőforrások. Az egyes alindexek értékelése 1-7-ig terjedő skálán történik.

lehetőségekben is szűkölködő országokból áll. (A jelen alfejezetben szereplő elemzés összeállításához használt részletes adattáblákat az M8. melléklet tartalmazza.)

A belföldi utazások számával kapcsolatosan rendelkezésre álló adatok köre meglehetősen korlátozott, hiszen a vizsgált 11 országból mindössze négyre vonatkozóan található információ a UNWTO (2015) évkönyvében. A legteljesebb kép a szállodákban és hasonló létesítményekben regisztrált vendégéjszakák száma alapján alakítható ki. E szerint a legtöbb vendégéjszakát Törökország, Románia és Görögország lakói töltik el saját országaik szálláshelyein. A belföldi turizmus intenzitását objektívebben mutatja az egy lakosra jutó belföldi vendégéjszakák száma. Görögország, Szlovénia és Bulgária esetében ennek a mutatónak az értéke 0,82 és 1,13 között mozog, ami azt jelenti, hogy ezen országok lakosainak mindegyikére vagy csaknem mindegyikére jut évente körülbelül egy, szállodában vagy hasonló létesítményben eltöltött vendégéjszaka. Fajlagosan a legalacsonyabb utazási intenzitással Albánia lakossága jellemezhető: itt minden 100 lakosra évente csupán hat vendégéjszaka jut (10. ábra). (Összehasonlításképp: Magyarországon a szállodákban és hasonló létesítményekben eltöltött, egy lakosra vetített fajlagos vendégéjszaka-szám 0,87.)



10. ábra: A Balkánon fekvő országok lakóinak utazási intenzitása (2013)

Forrás: UNWTO

A régióban található országok kiutazó turizmusával kapcsolatosan rendelkezésre álló adatok köre szintén igen szűkösnek tekinthető (10. ábra). A legteljesebb képet itt a kiutazó turizmushoz kapcsolódó kiadások elemzése adja, amelynek alapján a külföldön turisztikai céllal legtöbbet költők Törökország (4,6 milliárd USD), Görögország (2,4 milliárd USD) és Románia (2,1 milliárd USD) lakói. Az egy lakosra jutó, kiutazó turizmushoz kapcsolódó kiadások Albániában a legmagasabbak (565 USD), és Bosznia-Hercegovinában (mindössze 51 USD) a legalacsonyabbak. (Magyarországon az egy lakosra jutó kiutazások száma 1,61, az egy lakosra jutó – külföldi utazásokhoz kapcsolódó – turisztikai kiadások összege 255 USD.)

A beutazó turizmushoz kapcsolódó statisztikai adatok tanúsága szerint a régió legjelentősebb fogadóországai mind a nemzetközi turistaérkezések száma alapján, mind a beutazó turizmusból származó bevételek volumene alapján Törökország, Görögország, illetve Horvátország (10. ábra). Az egy lakosra jutó nemzetközi turistaérkezések száma és az egy lakosra jutó nemzetközi bevételek Horvátországban és Montenegróban a legmagasabbak. (Magyarországon az egy helyi lakosra jutó nemzetközi turistaérkezések száma 1,08, az egy lakosra jutó – nemzetközi turizmusból származó – bevételek összege 664 USD. A Magyarországra látogató turisták fejenként 610 USD-t költenek turisztikai szolgáltatásokra.)

A turisztikai kereslet jellemzőit tekintve összességében elmondható, hogy

- a belföldi turizmus a tengerparttal rendelkező országokban relatíve jelentős. A Balkánon fekvő országokban a belföldi vendégforgalom jelentős része nem szállodákban és hasonló, hanem vélhetően kisebb, egyúttal alacsonyabb színvonallal jellemezhető létesítményekben realizálódik. A fajlagos belföldi turisztikai mutatók a szállodákban és hasonló létesítményekben meglehetősen alacsony értéket mutatnak.
- A kiutazó turizmus tekintetében rendelkezésre álló szűkös és vélhetően nem túl megbízható adatok alapján a legtöbben Romániából, illetve Szlovéniából és Albániából kelnek útra.
- A beutazó turizmus tekintetében – ahogy korábban láthattuk – Törökország a világ legjelentősebb fogadóországainak egyike, de – tengerpartja miatt – Görögországban, Horvátországban és Bulgáriában is magas az országba látogató külföldi turisták száma.

### 2.1.3.3. A Balkán turisztikai imázsa

„A Balkán a negatív konnotációkat hordozó földrajzi nevek egyike, ebből eredően az esetek többségében a balkán(i)ság fogalomkör is a világ árnyékosabb oldalát eleveníti meg” (MICHALKÓ et al. 2014:43). PAP (2010) az előítéletekkel és sztereotípiákkal terhelt Balkánt, pontosabban annak a „fejekben” élő képét egy vad, pásztorkodásra használt hegyvidékként jeleníti meg, amelyet gondozatlan, vallási sokszínűséget tükröző, dominánsan iszlám elemeket és keleties atmoszférát hordozó települések tarkítanak, ahol a szegénység és a gazdagság kettősségében élő, a nemzeti hovatartozását intenzíven megélő, konfliktusait az erőszak eszközével kezelő, tekintélyelvű társadalom él. A balkán(i)ság ilyenén interpretációja nem új keletű, nem is a XX. század történelmi viharainak hozadéka, hanem sokkal korábról eredeztethető. A térség az oszmán birodalom XV. századi hódításaitól kezdődően háborús övezetté vált, történelme a létért, a területért való folytonos küzdelemként ragadható meg, amely generációról generációra formálta a helyiek lelki alkatát, a kívül állók Balkánhoz való viszonyulását és amely szegénységben, elmaradottságban tartotta az ott élőket (MAZOWER 2004, ÁBRAHÁM 2007, M. CSÁSZÁR–PAP 2011). Azok a képek, amelyek a XIX.–XX. század fordulóján a Balkánt jellemezték („Európa beteg embere”, „puskaporos hordó”) mind a mai napig tetten érhetők a térséggel kapcsolatos közgondolkodásban (GLATZ 2007, HAJDÚ 2007). A balkán(i)ság negatív konnotációját erősíti az angol-amerikai társadalomtudományi szakirodalomban elterjedt, a korábbiakban már említett „balkanisation” kifejezés is, amely egy közösség vagy egy nemzet széttöredezésének, megosztottságának leírására használnak (ELLIS–WRIGHT 1998).

A Balkánt megtestesítő pejoratív asszociációk elsősorban kulturális, mintsem földrajzi értelemben élnek az emberek fejében (REDEPENNING 2002, GARDE 2007). Tehát a balkán(i)ság

alapvetően a térség történelméből, kulturális hagyományából fakadó jellemvonások kiterjesztését, másrészt a Balkán-félsziget országaival összefüggő jelenségek és folyamatok területi kötődését fejezi ki. Objektív és szubjektív elemek egyaránt keverednek benne, ezek eredője azonban ritkán generál pozitív asszociációkat. A fogalom erős társadalmi-gazdasági színezettel rendelkezik, amely közvetve és közvetlenül is utal a mindennapi élet minőségére.

A desztinációs imázsban a saját tapasztaláson alapuló ismeretek vitathatatlanul fontos szerepet játszanak (SULYOK 2006, KISS–SULYOK 2007): egy turisztikai desztinációról azok fejében, akik személyes tapasztalattal rendelkeznek róla, jellemzően jóval pozitívabb kép él, mint azokéban, akik nem személyes tapasztaláson alapuló kövekből építik fel a (potenciális) úti céllal kapcsolatos vélekedésüket. E kijelentés a fentiekben bemutatott, negatív asszociációkkal társított Balkán esetében különösen igaz, amelyet MICHALKÓ et al. (2014) a Balkán országaiban járt, személyes élménnyel rendelkező turisták TripAdvisor utazási portálon megosztott véleményeinek elemzésével kapcsolatos kutatása is megerősít. Az utazási portálon a turisták valamelyik balkáni országban szerzett tapasztalatainak megosztása során a „Balkán/balkáni” szavakat tartalmazó kifejezések alapvetően három téma köré csoportosultak: a konyha (1), a vendégfogadás (2) és az atmoszféra (3) képviseli azokat a csomópontokat, amelyekkel kapcsolatos élmények balkániként kerültek közreadásra. A kutatás tanúsága szerint az, aki valamelyik balkáni országba személyesen ellátogat, egy utánózatlan életérzéssel lesz gazdagabb, olyan benyomások érik, amelyeket a térség konyhaművészete, vendégfogadása és atmoszférája táplál. A TripAdvisor utazási portálon megosztott élmények balkáni minősítése domináns mértékben pozitív kisugárzású, alapvetően elégedettségről számot adó szöveggörnyezetben szerepel, vagyis azok körében, akik már jártak a régióban a balkáni kifejezés nem feltétlen hordozója a kedvezőtlen konnotációknak.

#### **2.1.3.4. A Balkánon fekvő országok egészségturisztikai kínálata**

A Balkán-félszigetre jellemző mozaikosság az egészségturisztikai kínálat tekintetében is jellemző. Az értekezés keretében vizsgált azon országok, amelyeket gyakran a közép- és kelet-európai országokhoz sorolnak (például a Jugoszláv utódállamok, Románia, Bulgária), vonatkozásában elmondható, hogy egészségturizmusukat illetően a rendszerváltás előtti években meglehetősen egységes képet mutattak, a rendszerváltást követően azonban különböző fejlődési utakat jártak be. Ennek alapján a közép- és kelet-európai régióban fekvő országok két csoportját különíthetjük el:

- az egyik csoportba azon országok tartoznak, ahol vagy állami és/vagy magánberuházások nyomán az egészségturisztikai szolgáltatók – az infrastruktúra, a termékínálat, a szolgáltatási paletta tekintetében – képesek voltak a megújulásra,
- a másik csoport azon országokat öleli fel, ahol valamilyen okból (például a privatizáció sikertelensége nyomán) a modernizáció nem következett be (SMITH–PUCZKÓ 2010b).

A Balkánon fekvő országok közül Szlovénia az első csoportba tartozik: itt a jelentős tradíciókkal rendelkező fürdőkben komoly beruházások valósultak meg, amelynek következtében képesek a napjainkban elvárt szolgáltatási színvonalat nyújtani [Healtour n.a.]. Bulgáriában, Romániában, Horvátországban és Szerbiában ugyanakkor a megkésett és nehézkes privatizáció nyomán a szükséges fejlesztések elmaradtak. Ennek eredményeként – noha ezeknek az országoknak az egészségturisztikai adottságai – különösen a gyógyvizek és a klíma – és hagyományai hasonlóak, – ma az egészségturizmus a termékélet-görbe más-más szakaszán helyezkedik el: Szlovéniában modern, a kor igényeinek megfelelő szolgáltatások épültek ki mind a gyógy-, mind a wellnessturizmus tekintetében, Románia ugyanakkor – ahol csaknem 3000 termálforrás és 70 gyógyturisztikai desztináció található – az európai egészségturisztikai fejlesztések egyik legjelentősebb potenciális fejlesztési területe maradt. A román fürdőkben az infrastruktúra, a termékportfólió, a szolgáltatási paletta wellnessturizmus irányába történő elmozdítása, az újrapozicionálás, a társadalombiztosítástól történő függetlenség megteremtése továbbra is komoly kihívást jelent.

A dél-európai országok egészségturisztikai kínálata (SMITH–PUCZKÓ 2010b) a természeti erőforrások közül elsősorban a tengerpartokra és a mediterrán klímára, a társadalmi-kulturális erőforrások közül a mai mércével mérve is egészséges hagyományos konyhára, a jó minőségű mezőgazdasági termékekre, az életstílusra, a kulturális örökségre épül. A régió egyedi, megkülönböztető terméke a thalasso-terápia, a tengervízen alapuló egészségturisztikai kínálat. Görögországban emellett néhány történelmi jelentőségű fürdő is található. Törökország egyike a világ legjelentősebb termálfürdővel rendelkező országainak. Az ezekre épülő hammamok, amelyek az iszlám fürdő- és egészségkultúra fontos részei, az ország egészségturisztikai kínálatának markáns elemei.

Az alábbiakban a vizsgált országok mindazon természeti és kulturális adottságai kerülnek bemutatásra, amelyek jelenleg is hasznosított, illetve potenciális turisztikai vonzerőként bázisát képezhetik az értekezés 1.2.3. fejezetében bemutatott, szélesen értelmezett – holisztikus – egészség megőrzését célzó turisztikai termékek kialakításának (6. ábra).

MICHALKÓ et al. (2015) a Balkánon fekvő országok táján értelmezett egészségturizmusában hasznosítható vonzerőket kilenc csoportba sorolta. Tanulmányukban egy 450 elemből álló kataszter létrehozásáról számoltak be, amely előre meghatározott, strukturált rendszerben mutatja be és értékeli a térség vonzerőit.

10. táblázat: A Balkán egészségturizmus-specifikus vonzerőinek megoszlása

Vonzerő típusa	Aránya (%)
Termálfürdő, gyógyfürdő, gyógyvíz, klimatikus gyógyhely	17,1
Wellness létesítmény	0,9
Tengerparti, vízparti üdülés, pihenés	6,8
Tájképi szépség, különleges formakincs, természetjárás	15,4
Aktív szabadidős és sporttevékenység	12,9
Egyedi növény- és állatvilág, gyógynövény, védett terület	22,6
Gasztronómia, helyi étel- és italkülönlegesség	8,3
Szent helyek, zarándokhelyek	6,1
Település egyedi atmoszférája, turisztikai miliő	9,9

Forrás: MICHALKÓ et al. (2015)

A kutatás eredményeit összefoglaló 10. táblázat és az M9. mellékletben található elemzés alapján megállapítható, hogy a Balkán területileg és összetételében is meglehetősen diverzifikált egészségturisztikai kínálata gazdag. A Michalkó és szerzőtársai által végzett kutatás alapján az egyedi növény és állatvilág, azon belül is kiemelten a gyógynövények, a fürdők, a tájkép szépsége és az aktív turizmus alapját képező vonzerők a Balkánon fekvő országok jelenlegi és jövőbeni egészségturizmusának legfontosabb építőkövei. A gasztronómiai adottságok a fogyasztói trendek, valamint a régió imázsában betöltött komoly szerepük (MICHALKÓ et al. 2014), a tengerparti, vízparti üdülések nagy tömegeket vonzó jellegük, a szent helyek, zarándoklatok a régióra jellemző vallásosság miatt a kínálatnak ugyancsak figyelemre méltó elemei.

STANCIOIU et al. (2013) szerint más európai országokhoz viszonyítva a Balkán-félszigeten a balneoterápiás erőforrások egyértelműen dominálnak. A vizsgált országok jelenlegi egészségturisztikai kínálatában az ezekre az erőforrásokra épülő, néhány ország (például Szlovénia, Románia, Szerbia) turisztikai kínálatában kiemelkedően fontos szerepet játszó fürdőkben jellemzően napjainkban is inkább gyógykezeléseket – mint például a hosszú múlttal jellemezhető balneoterápiát<sup>15</sup> és rehabilitációt – kínálnak, a nemzetközi kontextusban népszerű

<sup>15</sup> A balneoterápia betegségek termál- vagy ásványvíz, illetve iszap alkalmazásával történő kezelését jelenti.

szépségápolás, kényeztető kezelések és „luxus” kevésbé meghatározóak. A régió fürdőiben a vizes alapú szolgáltatásokat gyakran egészítik ki gyógyfüvekre épülő hagyományos balkáni gyógymódokkal. STANCIOIU et al. (2013) a romániai balneoterápiás fürdőhelyeket, a Horwath HTL [2013] tanulmánya szerbiai és a bosznia-hercegovinai gyógyfürdők helyzetét elemzi. KARAGÜLLE (2013) álláspontja szerint a „hagyományos balkáni gyógyfürdő” a balneológia, a klímaterápia és a környezet elemeinek ötvözése. A Balkán fürdői a belföldi turizmusban, azon belül a szociálturizmusban<sup>16</sup> kiemelkedően fontos szerepet töltenek be.

A wellness létesítményeken, a spa<sup>17</sup>-kon belül a régióban egyértelműen a fürdők dominálnak, bár egyes országokban – mint például Szlovéniában – már megjelentek az egyéb típusú spa-k is.

A Balkánon fekvő országok jelenlegi egészségturisztikai kínálatában a tenger kiemelkedő fontosságú szerepet játszik. A Földközi-, az Adriai, a Jón-, az Égei- és a Fekete-tenger partjai már a rendszerváltást megelőző évtizedekben is kiemelkedő fontosságú turisztikai célterületek voltak. Az azóta eltelt csaknem két és fél évtizedben a tengerparti desztinációk minden a Balkánon fekvő, tengerparttal rendelkező ország turizmusfejlesztési prioritásaiban megjelentek, hiszen a nagyvárosok mellett a régióba irányuló turizmus jelentős szeletét képviselik. A tengerpartokon elhelyezkedő szállodák közül ma sok helyütt ebben a régióban is azok sikeresek, amelyek szolgáltatásai között – egyébként meglehetősen standardizált (masszázs, jóga) – egészségturisztikai szolgáltatások is megjelennek. Szlovéniában és Görögországban az alternatív turisztikai termékekre – így az egészségturizmusra is – mint a tengerparti kínálatot kiegészítő termékekre tekintenek, Horvátország ugyanakkor CHRISTOU (2012) szerint, felismerve a tengerparti tömegturizmus természeti értékeit károsító és alacsony fajlagos költségű vendégeket vonzó voltát, a tömegturisztikai termékek helyett az alternatív turisztikai termékek fejlesztésében látja a jövőt.

Az aktív turizmus számos, a Balkánon fekvő ország turisztikai termékkínálatában már eddig is fontos szerepet töltött be (MICHALKÓ 2005), a régió természeti erőforrásai és ember alkotta vonzerői – a kedvező keresleti trendekkel – azonban növekvő szerepét vetítik előre. A tengeri hajózás, a golfturizmus, az extrém sportok lehetőségeire számos tanulmány (SPALEVIĆ–IGRAČEV 2011, VUJADINOVIC et al. 2013, METODIJEŠKI–TEMELKOV 2014) mutat rá.

Az egyik legfontosabbnak (ŠARIĆ–KUNDALIĆ et al. 2010) tekintett európai biodiverzitás-központnak számító Balkánon az elmúlt évek során végzett etnobiológiai és botanikai tanulmányok gazdag biokulturális örökségről számoltak be és megmutatták, hogy a régió flórájához kapcsolódó hagyományok meglepő épségben élnek ma is. STANCIOIU et al. (2013) megemlíti, hogy a balkáni országokban a növények rendkívül fontosak az egészség helyreállításában és a betegségek megelőzésében, és nem csak a balneoterápiás desztinációkban, hanem mindenütt a régióban. Bár a hagyományos gyógymódok megismeréséhez további tudományos kutatások szükségesek, a gyógynövények, a vadon növények élelmisznövények és a gombák hagyományos felhasználásáról már eddig is számos, a Balkán egyes régióira koncentrálnak tanulmány (PIERONI et al. 2011, REDZIC 2010, ŠARIĆ–KUNDALIĆ et al. 2010, MUSTAFA et al. 2012) készült.

Az egészség és a jóllét további, egyre jelentősebbnek tekinthető területe a balkáni konyha. STANCIOIU et al. (2013) úgy véli, hogy a jövőbeni balkáni balneoterápia kiváló kiegészítő eleme

---

<sup>16</sup> A hátrányos helyzetű társadalmi csoportok támogatott utazásai.

<sup>17</sup> A Nemzetközi Spa Szövetség, az ISPA (2013 in SMITH–KISS 2014) definíciója szerint a spa-k „az általános jóllét elérését szolgáló helyek, ahol többféle, az elme, a test és a szellem megújulását egyaránt szolgáló, magas színvonalú szolgáltatást kínálnak”, SMITH és PUCZKÓ (2013:10) azonban a megelőzésre koncentrálnak és a már kialakult betegségeket gyógyító aspektusokat is kiemelik: „A spa-turizmus az ezen létesítményekben történő relaxációs, a testet gyógyító vagy szépítő kezeléseket foglalja magában, amelyek során főként megelőző célú wellness és/vagy gyógyító orvosi technikákat alkalmaznak.”

lehet a gasztronómia, különösen a csak erre a régióra jellemző hozzávalói révén. A balkáni konyhát meglehetősen egészségesnek tartják, mivel erősen hat rá a mediterrán konyha. ŠIMUNDIĆ (1997) úgy véli, hogy az egészséges horvát ételek az egészségturizmus fő hajtóerejét jelenthetik, RENKO (2010) arra mutat rá, hogy a horvátországi házi ételek természetes anyagokból, így például aromás fűszerekből, vadnövényekből, zöldségekből és a tenger gyümölcseiből készülnek. STANCIOIU et al. (2013) olyan méhészeti termékeket említ, mint a véráramlást szabályozó – horvát – gesztenyeméz, vagy a fertőtlenítő hatású – görög – kakukkfű- és fenyőméz. NEDELICHEVA (2013) emberi fogyasztásra is alkalmas bolgár vadnövényekről, valamint a hagyományos bolgár ételek gyógyító-roboráló hatásáról számol be, utóbbiakat gyógyászati célra és a megelőző érendben egyaránt lehet szerepeltetni.

STANCIOIU és szerzőtársai (2013) megemlíti a vallás fontosságát a balkáni emberek mindennapi életében. Kiemelik, hogy bár a térségben élők eltérő vallásokat gyakorolnak, a vallás az egészségturizmus fontos alkotórésze válhat azáltal, hogy a „lélek egészségét” célozza meg, illetve hogy a testi egészséget a béke érzésével és a lélek megtisztításával teszi teljessé.

A tájkép és a sajátos balkáni atmoszféra az 1.2.3.2. fejezetben bemutatott Alpine Wellness-hez vagy Nordic Wellbeing-hez hasonló, regionális sajátosságokon alapuló egészségturisztikai koncepciók kialakításában kaphat megkérdőjelezhetetlenül fontos szerepet.

*11. táblázat: A Balkánon fekvő országok egészségturisztikai kínálatának jellemzői*

Közép- és Kelet-Európa: Bosznia-Hercegovina, Bulgária, Horvátország, Románia, Szerbia, Szlovénia	Dél-Európa: Görögország, Törökország
inkább gyógyítás, mint megelőzés előtérben a fizikai egészség kezelések, terápiák, rehabilitáció előtérben a gyógyszeres kezelések, az orvosok, gyógyszeresek által „felírtak” gyógyturizmus kevés az életstílussal és a wellness-szel kapcsolatos ismeret vizes alapú turisztikai vonzerők a fürdők orvos által javasolt gyógykezeléseket nyújtanak	tengerparti üdülések, passzív kikapcsolódás fizikai újjászületés és kikapcsolódás napfény tengervíz-alapú kezelések egészséges étkezés: olívaolaj, friss gyümölcsök, zöldségek, halak életstílus elemek termálfürdők

*Forrás: SMITH–PUCZKÓ (2010b)*

A régió egészségturisztikai kínálatának – kiemelten vonzerőinek – bemutatását összegezve elmondható, hogy

- az egészségturizmus adottságai a régióban nemzetközi összehasonlításban is jelentősek, a régió egészségturizmusban hasznosítható hagyományokban gazdag,
- az egyes országok vonzerőinek tekintetében vannak jelentős különbségek, de azonosságok, közös metszet is (11. táblázat),
- a Balkánon fekvő országoknak vannak karakterisztikus, csak erre a régióra jellemző, az egészségturizmusban hasznosítható vonzerői,
- ezek az egyedi vonzerők a nemzetközi turizmust jellemző „zajban” is jól megkülönböztethető egészségturisztikai termékek alapjául szolgálhatnak.

Az egészségturizmusban használható jelenlegi és potenciális vonzerők fontosságát, illetve hatókörét jól szemlélteti az a tény, hogy az egészségturizmus Albánia kivételével minden, a Balkánon fekvő ország turizmusfejlesztési koncepciójában megjelenik (részletesen ld. az M7. mellékletben).

Az APRÓ és szerzőtársai (2015) által elvégzett, az értekezésben vizsgált 11 ország nemzeti turisztikai hivatalainak honlapját vizsgáló, strukturált tartalomelemzésen nyugvó kutatás ugyanakkor azt is megmutatta, hogy a korábbiakban részletezett, kiváló természeti és kulturális adottságokkal rendelkező balkáni országok hivatalos turisztikai honlapjain megjelenik ugyan az



egészségturizmus, de nem kap elegendő hangsúlyt. Az előre meghatározott, tíz pontból álló kérdéssor alapján elvégzett kutatás – amelynek célja annak feltárása volt, hogy hogyan márkázzák magukat a Balkánon fekvő országok a turisztikai piacon és hogyan jelenik meg márkapolitikájukban az egészségturizmus – tanúsága alapján a vizsgált országok többsége, ellenére ma még nem használja ki az egészségturizmusban rejlő lehetőségeket.

### **2.1.3.5. Az egészségturizmus kereslete a Balkánon**

A Balkánon fekvő országok turisztikai keresletének elemzésekor a rendelkezésre álló adatok használhatóságát korlátozta az adatok körével és minőségével kapcsolatos heterogenitás és bizonytalanság. Előbbi természetesen módon – az egyes országok vonatkozásában megmutatkozó – különféle egészségturisztikai adottságokból adódik. Utóbbi elsődleges okai a különféleképpen értelmezett fogalomrendszer, az adatgyűjtés hiányosságai és az adatok gyűjtésével kapcsolatos módszertani problémák.

A keresleti oldalt jellemző információhiányra a legtöbb alap-, illetve alkalmazott kutatás, valamint a részben ezekre épülő fejlesztési stratégiák és koncepciók is felhívják a figyelmet (KESAR–RIMAC 2011, AHVN 2012). Mivel az egészségturizmus keresletét illetően – például a vendégek és a vendégéjszakák száma, az igénybe vett kezelések, szolgáltatások, a kiadások volumene és szerkezete, elégedettség – egzakt és konzisztens, valamint naprakész adatok nem léteznek, a keresleti adatok alapján csak korlátozott megbízhatóságú következtetéseket lehet levonni.

Az M10. mellékletben szereplő, a vizsgált terület egyes országainak egészségturisztikai keresletével kapcsolatosan rendelkezésre álló mozaikos adatokat összefoglalva elmondható, hogy a Balkán és Törökország egészségturizmusában – a terápiás gyógyturizmus esetében egyes gyógyfürdőtől, az egyszerűbb orvosi beavatkozásoktól és néhány wellnessturisztikai szolgáltatótól eltekintve – továbbra is jellemzően a belföldi vendégforgalom dominál, az egészségturizmus a régióban összességében a beutazó turizmust tekintve a fejlődés kezdeti szakaszában tart.

A Balkánon fekvő országok egészségturisztikai kínálatának és keresletének elemzése alapján készített, a jelenlegi és a lehetséges piacokat, az egyes egészségturisztikai termékek jellemzőit és fejlődésének lehetőségeit bemutató részletes táblázatot – amely a következtetések és javaslatok megfogalmazásához elengedhetetlenül fontos információkat szintetizálja – az M11. melléklet tartalmazza.

## **2.2. Módszer**

### **2.2.1. Konceptualizálás**

Az értekezés keretében elvégzett kutatás módszertanának bemutatása előtt az irodalmi áttekintés szintetizálása alapján bemutatom azt a fogalmi keretrendszert, amelyre kutatásom épül. Az értekezés két nagyobb témát ölel fel: a szubjektív életminőséget és az egészségturizmust. A két vizsgálati fókusz az egészség kapcsolja össze, hiszen a szubjektív életminőségben az egészség kiemelkedően fontos szerepet játszik, az egészségturizmusban pedig az utazó motivációja egészségi állapotának javításához vagy megőrzéséhez kapcsolódik.

Értelmezésemben az életminőség a „jó élet” mutatója, amelyre az emberi létet meghatározó objektív tényezők és azok szubjektív tükröződésének együttes vetületeként tekinthetünk (COSTANZA et al. 2007, MICHALKÓ 2010). Az objektív tényezők közé az ún. érzékelhető, relatíve egyszerűen mérhető, külső szemlélő által is értékelhető életkörülményeket, életfeltételeket, életszínvonalat sorolom, ezekre objektív életminőségként hivatkozom. Az életminőség szubjektív pillére, a szubjektív életminőség értelmében az érintett saját életértékelése vagyis az objektív életkörülményeknek, életfeltételeknek és az egyéni jellemzőknek *az egyén szűrője által megszűrt leképeződése*, érzésekben, hangulatokban megragadható, hosszabb

távon is viszonylag állandó mutató. E pillér a szakirodalomban jóllétként vagy szubjektív jóllétként is megjelenik, én szubjektív életminőségként vagy jóllétként hivatkozom rá, hiszen maga a fogalom eleve a szubjektivitásra, az egyéni értékelésre épül. Noha értekezésem központi témája a szubjektív életminőség, annak az objektív tényezőkkel való kapcsolata adja az objektív életminőséggel, illetve az életminőséggel kapcsolatos kérdések, hipotézisek létjogosultságát.

A szubjektív életminőség mind a nemzetközi, mind a hazai alap- és alkalmazott kutatások népszerű területe. Az elmúlt néhány évtizedben a különböző tudományterületeken végzett vizsgálatok feltárták a szubjektív életminőség szerepét, jellemzőit, főbb működési mechanizmusait, amelynek alapjain mára megannyi, a (társadalmi) fejlődésre vonatkozó mutatószám látott napvilágot. Módszertanukat illetően konszenzus meglehetősen kevés területen mutatkozik, az azonban kijelenthető, hogy ezen indexek vagy inkább a szubjektív életminőség keretfeltétel-rendszerét biztosító jóléttel kapcsolatos információkat tömörítik és/vagy az objektív- és szubjektív életminőség-mutatók olyan aggregátumai, amelyek a szubjektív életminőség működési mechanizmusait nem veszik kellő hangsúllyal figyelembe. Ezért kutatásom az életminőség szubjektív oldalára, és részben annak az objektív életminőséggel való összefüggéseinek vizsgálatára fókuszál.

A szubjektív életminőség-kutatás kérdőíveiben előforduló kérdések jellemzően az étellel való *általános elégedettségre és/vagy a boldogságra* vonatkoznak (DONOVAN et al. 2002, KAHNEMAN–KRUEGER 2006, VEENHOVEN 2009). Értekezésemben *a szubjektív életminőséget a boldogsággal azonosítom*. Ezt többek között az indokolja, hogy

- a szubjektív életminőség mérése számos nemzetközi kutatásban a boldogság számbavételével történik (VEENHOVEN 2009),
- a vizsgálatba bevonni kívánt másik fő téma, az egészségturizmus az élménygazdaság egyik fontos területe. Az élmény (ZÁTORI 2014) fogalma erősen kapcsolódik az emóció, az érzelem fogalmához, a szubjektív életminőségnek a boldogsággal való azonosítása a szubjektív életminőség érzelmi tényezője felé tolja el a vizsgálat fókuszát,
- a 11 országra kiterjedő kutatás során létrehozott kérdőív szerkesztésekor olyan kérdések összeállítására törekedtem, amelyek könnyen értelmezhetőek, közérthetőek, egyértelműen ültethetőek át az egyik nyelvről a másikra,
- a másodlagos kutatás során feltárt adatok azt sugallták, hogy a régió országainak fejlettsége messze elmarad az európai átlagtól. Ahogy az a szubjektív életminőség és az életminőség mérését bemutató 1.1.4. fejezetben látható volt, a nemzetközi szervezetek által kialakított, fejlődéssel, életminőséggel, elnevezésében vagy tartalmában is a szubjektív életminőséggel kapcsolatosan leggyakrabban hivatkozott mutatószámok jellemzően az életkörülményekről adnak képet: még ha elnevezésük arra is utal, hogy az életminőség szubjektív oldalát kívánják számszerűsíteni, valójában inkább vagy az objektív pillér elemeit tömörítik egy mutatóba vagy az objektív és a szubjektív életminőség aggregált mutatói vagy a szubjektív életminőség kognitív oldalát számszerűsítik (a szakirodalom ezeket helyettesítő, proxy mutatóknak nevezi). A boldogságra vonatkozó kérdéssel lehetőség nyílt arra, hogy az életminőség szubjektív vetületéről, annak is – a például Diener vagy Veenhoven szerint mindent felülíró – affektív oldaláról kapjak elsődleges információt.

A nemzetközi és hazai szakirodalom alapján kialakított, szubjektív életminőséggel kapcsolatos, valamint a szubjektív életminőség és az egészségturizmus lehetséges kapcsolódási pontjaira vonatkozó megállapításokat a Balkánon fekvő országokra vonatkozóan vizsgáltam.

### **2.2.2. Kutatási célok és kérdések**

Kutatásomnak kettős célja volt: egyrészt olyan vizsgálat megvalósítása, amely az elméleti háttér és a (részben) azokra épülő alkalmazott kutatások eredményei és saját, elsődleges kutatásom alapján bemutatja a Balkán lakóinak szubjektív életminőségét, illetve feltárja az azt befolyásoló főbb tényezőket és annak specifikumait. Az ezen kutatási célhoz kapcsolódó kérdések

megválaszolásával arra törekedtem, hogy *azonosítsam a Balkánon fekvő országok lakóinak szubjektív életminőségét befolyásoló sajátos, kifejezetten erre a régióra jellemző tényezőket.*

Másrészt kutatásomnak azt a célt tűztem ki, hogy feltérképezem a Balkán lakói szubjektív életminőségének növekedéséhez közvetlenül vagy (a szubjektív egészség javítása révén) közvetve hozzájáruló tevékenységeket. Az e célhoz kapcsolódó kutatási kérdés megválaszolásával arra törekedtem, hogy körvonalazzam, milyen szolgáltatások fejlesztésével segítheti az egészségturizmus a régió lakói szubjektív életminőségének javítását.

**Fentiek alapján az értekezés fő célja a Balkánon fekvő országok lakosai által végzett olyan tevékenységek feltérképezése, amelyek hozzájárulhatnak szubjektív életminőségük javításához és amelyekre egészségturisztikai termékek építhetők.**

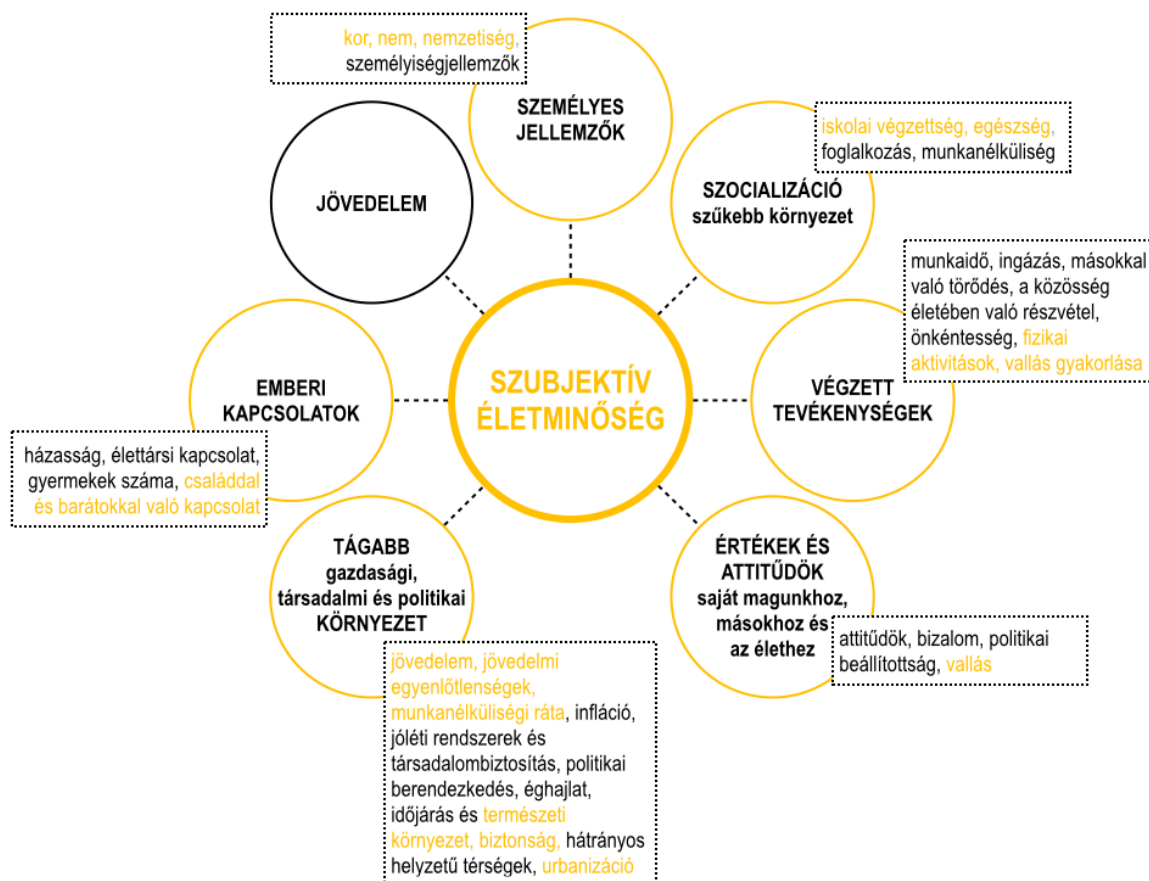
A fenti, összetett kutatási kérdés megválaszolása szekunder adatok, illetve primer, kvantitatív kutatásom eredményei alapján történt. Kutatásaim eredményeit a korábban, az irodalmi áttekintés során elvégzett másodlagos kutatásom és a KTIA-projekt keretében zajlott további kutatások eredményeivel árnyaltam. Utóbbiak közül a kétfordulós Delphi-kutatás (SMITH–KISS 2014, KISS 2015), a Balkán régió jóllét- és wellness-specifikus vonzerőinek katasztere (MICHALKÓ et al. 2015) és a Tripadvisor utazási portálon megjelent fogyasztói vélemények, észrevételek elemzésének eredményei (MICHALKÓ et al. 2014) képezték a legfontosabb forrásokat. (A doktori értekezés keretében elvégzett kutatásom és a KTIA-projekt kapcsolódási pontjait az M12. mellékletben mutatom be.)

Az értekezés fő kérdésének megválaszolásához az alábbi két nagyobb kutatási kérdéskör vizsgálatát tartottam elengedhetetlennek.

**K1. Milyen a Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektív életminősége, illetve mi befolyásolja azt?**

A szubjektív életminőség az elmúlt évtizedekben népszerű alap-, illetve alkalmazott kutatási témává vált. Napjainkra nagy presztízsű, neves nemzetközi szervezetek számos, részben leginkább a szociológiai, illetve a pszichológiai alapkutatások talaján nyugvó mutatószámot hoztak létre annak érdekében, hogy az emberi élet és fejlődés jellemzőiről, a „jó élet” felé vezető úton elért pozíciókról könnyen átlátható, az egyes országok közötti különbségeket is megmutatni tudó képet adjanak (EC 2013, Eurofound 2013a-c és 2014b-d felmérések, Gallup 2014, URA et al. 2012, NEF 2014, UNDP 2014, KEKIC 2012, HELLIWELL et al. 2013). Értekezéstervezem kiindulópontja annak vizsgálata volt, hogy milyen a Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektív életminősége.

A témával kapcsolatos kutatások a szubjektív életminőséget számos területtel való összefüggésben vizsgálták (ld. ARGYLE 1999 és DOLAN et al. 2008 számos kutatás eredményeit szintetizáló tanulmányait), s igazolták a szubjektív életminőség és a demográfiai tényezők, az egyéb személyes jellemzők, az emberi kapcsolatok, a jövedelem, az értékek és attitűdök, a szűkebb és tágabb környezet, a végzett tevékenységek közötti összefüggéseket. Az életminőséggel kapcsolatos kutatások egy része az objektív életkörülményeknek, másik része az egyént jellemző tényezőknek, vagyis a szubjektív életminőségnek tulajdonít nagyobb jelentőséget. Mind az alap, mind az alkalmazott kutatások egy harmadik csoportja az életminőséget két pillérre építi. Saját értelmezésemben a szubjektív életminőségnek keretfeltétele az objektív életminőség, vagyis a szubjektív életminőség nem függetleníthető az objektív életminőségtől, ugyanakkor a szubjektív életminőség számos egyéni tényezővel is kapcsolatban van.



11. ábra: Az értekezés keretében a szubjektív életminőséggel kapcsolatosan vizsgált területek<sup>18</sup>

Forrás: saját szerkesztés DOLAN et al. (2008) alapján

A K1. kérdéshez kapcsolódó elsődleges kutatásom segítségével azt vizsgáltam, hogy a szubjektív életminőségnek vannak-e kifejezetten a Balkán kontextusában értelmezhető jellemzői. Ennek érdekében:

- egyrészt feltártam azt, hogy a Balkánon fekvő országok lakosságának esetében hat-e és ha igen, akkor hogyan hat az objektív életminőség (vagyis az életkörülmények, a tágabb környezet) a szubjektív életminőségre,
- másrészt a szubjektív életminőség és az egyéni jellemzők (a megkérdezett személyes jellemzői, szocializációs jellemzői, értékei, és végzett tevékenységei) közötti kapcsolat jellemzőit vizsgáltam (11. ábra).
  - A személyes jellemzők tekintetében a megkérdezett életkorára, nemére, iskolai végzettségére és lakóhelyének típusára vonatkozó kérdések szerepeltek a kérdőívben.
  - Az értekezés értékekkel kapcsolatos kutatási kérdése keretében azt vizsgáltam, hogy a Balkán lakosságának szubjektív életminőségében milyen értékek (a továbbiakban szubjektív életminőség- vagy boldogságfaktorok) játszanak szerepet.
  - A szocializációs jellemzők (szűkebb környezet) közül a szubjektív egészségnek a szubjektív életminőséggel való kapcsolatát elemeztem. (Az iskolai végzettséget az egyén személyes (demográfiai) jellemzőihez soroltam.)

<sup>18</sup> Az ábrán az értekezés keretében vizsgált témakörök narancssárga színnel kerültek kiemelésre.

- A végzett tevékenységekkel kapcsolatos vizsgálat fókuszában az egészségturizmus kontextusában is értelmezhető tevékenységeknek és a szubjektív életminőség összefüggésének vizsgálata állt.

## **K2. Melyek azok az egészségturizmus keretében is értelmezhető tevékenységek, amelyek a Balkánon fekvő országok lakossága szubjektív életminőségét javítják?**

Az értekezésben is hivatkozott korábbi kutatások alapján (MILMAN 1998, GILBERT-ABDULLAH 2004, NAWIJN et al. 2010, SIRGY et al. 2010, MICHALKÓ 2010, DOLNICAR et al. 2012) az utazás mint szabadidős tevékenység nem játszik elsődleges szerepet az életminőségben (hiszen viszonylag ritkán végzett tevékenységről van szó, amelynek hatásai inkább rövid, mind hosszú távúak), a szubjektív életminőség és a szabadidőben végzett tevékenységek azonban szoros kapcsolatot mutatnak (DOLNICAR et al. 2012). Számos tanulmány abból indul ki, hogy a szabadidő a szubjektív életminőség meghatározó tényezője. Tekintettel arra, hogy az értekezés fő célja a Balkánon fekvő országok lakói szubjektív életminőségét javító – az egészségturizmushoz köthető – tevékenységek azonosítása, az értekezés keretében vizsgálok egyrészt a régió jelenlegi egészségturizmusában fontos szerepet játszó fürdőlátogatásnak (például LEBE 2009 és 2014, Horwath HTL 2013), másrészt azoknak az egészségturizmus kontextusában (is) értelmezhető további tevékenységeknek a szubjektív életminőséggel és a szubjektív egészséggel való kapcsolatát, amelyek feltételezésem szerint a vizsgált régió országai lakóinak szubjektív életminőségét javíthatják.

### **2.2.3. A kutatás felépítése**

A kutatás első fázisában feldolgoztam a rendelkezésre álló nemzetközi és hazai szakirodalmat, amelyet az értekezés „Irodalmi áttekintés”, illetve „Anyag” fejezetében összegeztem.

A kutatás második lépcsőjében a szubjektív életminőség számszerűsítésére, jellemzően nagy nemzetközi szervezetek által létrehozott indexek (Better Life Index, European Quality of Life Survey, Global Wellbeing Index, Happy Planet Index, Human Development Index, Where to Be Born Index, World Happiness Index) Balkán-specifikus adatainak feldolgozásával – az egyes szervezetek által kialakított fogalmi keretrendszer alapján – kaptam átfogó képet a vizsgált országok lakosságának a „jó élet” felé vezető úton elért helyzetéről.

A kutatás harmadik fázisában összeállítottam a kutatási kérdéseim megválaszolását szolgáló kvantitatív kutatás során leképezendő kérdéseket. A kvantitatív megkérdezés során leképezendő kérdések a feldolgozott szakirodalom, a Delphi-kutatás, a netnográfiai és a régió vonzerőit feltáró kutatás már rendelkezésre álló eredményei alapján kerültek megfogalmazásra. Annak érdekében, hogy a kérdések érvényességét növeljem, kérdéseimet a 2014 áprilisában, Budapesten megrendezett nemzetközi KTIA-workshop keretében számos, a vizsgált országokból származó, illetve a régió kívüli, a szubjektív életminőség, az egészség és az egészségturizmus témájában jártas szakértő körében teszteltem.

A szakértőipanel-beszélgetés módszerével finomított kérdéseim a KTIA-projekt keretében, 2014 nyarán elvégzett, kvantitatív, telefonos megkérdezés keretében kerültek leképezésre. A GfK Hungária által koordinált megkérdezésből származó, 11 000 megkérdezettre vonatkozó, 166 változóból álló adatbázist a kutatás negyedik szakaszában összetett matematikai-statisztikai módszerekkel vizsgáltam.

Kutatási kérdéseim megválaszolásához a trianguláció vagyis a háromszögelés (SARTORI et al. 2002) elvét szem előtt tartva tehát többféle módszert alkalmaztam. A másodlagos kutatási szakaszban a nemzetközi és hazai, a különböző tudományterületeken készült alapkutatások mellett fontosnak tartottam az alkalmazott kutatások áttekintését is. A kérdőíves kutatás során alkalmazott kérdőív alapvetően a szakirodalom feldolgozás és a Delphi-kutatás eredményei, valamint a Tripadvisor utazási portálon megjelent, Balkánnal kapcsolatos észrevételek és a régió egészségturizmus szemszögéből releváns vonzerőinek számbavételét szolgáló kutatásnak a

kérdőív szerkesztéskor rendelkezésre álló eredményei alapján került kialakításra, amelyet mind a régióból érkező, mind a régió kívüli, a (szubjektív) életminőség, illetve az egészség és egészségturizmus témájában jártas szakértőkkel teszteltem. A kérdőíves megkérdezés eredményeinek értelmezésében a szakértők ugyancsak segítségemre voltak. A háromszögelés, azaz a különböző, egymást kölcsönösen kiegészítő és ellenőrző módszerek kombinálása mint módszer biztosította azt, hogy az általam vizsgált témáról a lehető legteljesebb képet kapjam.

#### **2.2.4. A kutatás módszere**

Másodlagos kutatásom keretében alapvetően a regionális tudomány, a társadalomföldrajz, a pszichológia, a szociológia és közgazdaságtan talaján született, szubjektív életminőséggel kapcsolatos nemzetközi és hazai, alap-, illetve alkalmazott kutatásokkal kapcsolatos szakirodalmat dolgoztam fel. A nemzetközi életminőség-specifikus tanulmányok szerzői közül Cummins, Csikszentmihályi, Diener, Easterlin, Helliwell, Seligman, Uysal és szerzőtársai és Veenhoven kutatásai, valamint a European Quality of Life Survey legfrissebb eredményeit összegző [EC 2013], módszertani szempontból is figyelemre méltó tanulmány, a hazai tanulmányok szerzői közül Kopp, Michalkó, Puczkó, Rátz, Smith, Utsi és szerzőtársai munkái alapvetően befolyásolták a témával kapcsolatosan kialakított fogalmi keretrendszeremet. Értekezésem szempontjából az egészségturizmus tekintetében Puczkó és Smith munkássága, a Balkán vonatkozásában a Mediterrán és Balkán Fórumban közölt tanulmányok voltak meghatározó fontosságúak.

Ahogy azt az életminőséget és a szubjektív életminőséget bemutató 1.1., elméleti fejezetben láthattuk, a szubjektív életminőség tényezőinek tekintetében se szeri, se száma az egymást sokszor csak néhány tényező tekintetében átfedő elméleteknek, illetve alkalmazott kutatásoknak. Annak érdekében, hogy a Balkán kontextusában értelmezett szubjektív életminőség-tényezők és tevékenységlista érvényességét növeljem, kérdéseimet szakértőipanel-beszélgetés során teszteltem. A szakértőipanel-beszélgetésre 2014 áprilisában, Budapesten került sor, amelyen számos, a témában jártas, a régióból, illetve azon kívülről érkező szakértő vett részt. (A panelbeszélgetésen résztvevők névsorát az M13. melléklet tartalmazza.) A szakértői panelben történő tesztelést egyrészt a több országra kiterjedő kérdőíves megkérdezés, másrészt a kérdőív meglehetősen nehéz témája indokolta. A szakértőipanel-beszélgetés alapján kérdéseimet nem módosítottam, egyes kérdések esetében a válaszalternatíva-listákat azonban kiegészítettem, illetve egyes válaszalternatívákat finomítottam.

A másodlagos kutatási eredmények és a Delphi-, a netnográfiai és a régió vonzerőit feltáró kutatás már rendelkezésre álló eredményei alapján kialakított, és a szakértői véleményezés segítségével finomított kérdéseim a KTIA kvantitatív, telefonos kutatás keretében kerültek lekérdezésre.

A kérdőíves vizsgálat az egyik leggyakrabban alkalmazott társadalomtudományi kutatási módszer, amely különösen nagy alapsokaságok leíró vizsgálatára alkalmas (BABBIE 2003). A módszer egyik legnagyobb előnye, hogy gondos mintavétellel olyan mintát kaphatunk, amelyről feltehető, hogy jellemzői megfelelnek a teljes alapsokaság jellemzőinek. A kérdőíves vizsgálatok jól alkalmazhatóak nagyobb alapsokaságok attitűdjeinek vagy orientációinak mérésére is. LU és GILMOUR (2004) a szubjektív életminőség-kutatások során alkalmazott kvantitatív kutatások egyik legfontosabb előnyének azt tartja, hogy a nagy minta, a sok megkérdezett révén a szubjektív életminőség különböző értelmezéséből adódó torzítások minimálisra csökkenthetők. BABBIE (2003) szerint a kérdőív megfogalmazásakor számos szempontot kell figyelembe venni, többek között pontos és világos kérdéseket kell megfogalmazni, releváns és rövid kérdéseket kell feltenni, a sugalmazó kérdéseket és kifejezéseket kerülni kell. A KTIA-kutatás során alkalmazott telefonos megkérdezés legnagyobb előnye – a személyes megkérdezéshez képest – a pénzben és az időben mutatkozik meg leginkább. Régebben a módszer presztízse nem volt jelentős, mivel általa csak a telefontal rendelkezők véleménye ismerhető meg, napjainkban azonban általánosan elfogadott módszer. Olyan esetekben, amikor a megkérdezést sok kérdezőbiztos végzi kifejezetten ajánlott megkérdezésforma, mivel az adatgyűjtés folyamata sokkal jobban tartható. Hátrányai – a

fent említett torzítás mellett – a könnyű megszakíthatóság, a titkosított telefonszámokból és üzenetrögzítőkből adódó torzítások.

A KTIA-projekt keretében lekérdezett kérdőívben elhelyezett kérdéseim az alábbiak voltak (a KTIA-kutatás során alkalmazott kérdőív az értekezés M14. mellékletét képezi):

- a szubjektív életminőségre vonatkozó általános kérdés (kérdőívben szereplő kódja: A03\_1),
- a szubjektív egészségre vonatkozó általános kérdés (A02\_1),
- a szubjektív életminőség-faktorokra (értékek) vonatkozó kérdés (A01\_1-18),
- a megkérdezett által végzett, az egészségturizmus keretében is értelmezhető tevékenységekre vonatkozó kérdés (A05\_2-14).

Elemzéseim elkészítéséhez a KTIA-adatbázisból származó demográfiai – a megkérdezett lakóhelyére (ország), korára (D01), nemére (D02), iskolai végzettségére (D03) és lakóhelyének településtípusára vonatkozó (D04) – adatokat is felhasználtam.

A KTIA-kutatás (a továbbiakban Balkán kvantitatív kutatás) során lekérdezett kérdéseim zárt, nominális, ordinális, illetve szemantikus differenciál és 1-5 Likert skálán mért intervallum kérdések voltak.

A kérdőíves megkérdezés lebonyolítását a GfK Hungária koordinálta. A kérdőívek fordítását minden országban a helyi GfK anyanyelvi kollégái végezték, a fordítók kérdéseikkel a magyar GfK-hoz fordultak. A kérdezőbiztosok felkészítése országonként, a helyi GfK protokolljainak megfelelően történt. Az adatfelvételhez alkalmazott webCATI módszerrel a lekérdezések eredményei – minden országra vonatkozóan azonos szerkezetben – egy központi adatbázisban gyűltek a teljes régióra vonatkozóan, így a GfK Hungária az adatfelvétel folyamatát folyamatosan kontrollálta.

Az egyes országokban történő megkérdezésre 2014 nyarán került sor. Az adatfelvétel főbb jellemzői a következők voltak:

- (vonalas) telefonos megkérdezés,
- egyszerű kvótás mintavétel,
- a kor és nem szerinti felállított kvóták az egyes országok lakosságának alapmegoszlása alapján kerültek kialakításra.

A megkérdezés országonként 1000-1000 fős mintán, minden országban egy nyelven, az ország hivatalos nyelvén történt; összesen 11 000 megkérdezett részvételével zajlott. A minta kor és nem szerinti összetételét a 12. és a 13. táblázat mutatja be.

12. táblázat: A minta korcsoport szerinti megoszlása (D01\*)

	15-29		30-39		40-49		50-59		60-99	
	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%
Albánia	317	31,7	149	14,9	171	17,1	161	16,1	202	20,2
Bosznia-Hercegovina	275	27,5	164	16,4	194	19,4	147	14,7	220	22,0
Bulgária	212	21,2	169	16,9	158	15,8	162	16,2	299	29,9
Görögország	200	20,0	199	19,9	210	21,0	181	18,1	210	21,0
Horvátország	211	21,1	160	16,0	161	16,1	171	17,1	297	29,7
Macedónia	280	28,0	180	18,0	170	17,0	150	15,0	220	22,0
Montenegró	266	26,6	170	17,0	167	16,7	169	16,9	228	22,8
Románia	220	22,0	179	17,9	170	17,0	159	15,9	272	27,2
Szerbia	214	21,4	161	16,1	154	15,4	181	18,1	290	29,0
Szlovénia	203	20,3	177	17,7	171	17,1	174	17,4	275	27,5
Törökország	313	31,3	270	27,0	177	17,7	125	12,5	115	11,5
<b>Összesen</b>	<b>2 711</b>	<b>24,6</b>	<b>1 978</b>	<b>18,0</b>	<b>1 903</b>	<b>17,3</b>	<b>1 780</b>	<b>16,2</b>	<b>2 628</b>	<b>23,9</b>

*Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés*

13. táblázat: A minta nem szerinti megoszlása (D02)

	Férfi		Nő	
	fő	%	fő	%
Albánia	496	49,6	504	50,4
Bosznia-Hercegovina	486	48,6	514	51,4
Bulgária	483	48,3	517	51,7
Görögország	481	48,1	519	51,9
Horvátország	483	48,3	517	51,7
Macedónia	499	49,9	501	50,1
Montenegró	493	49,3	507	50,7
Románia	481	48,1	519	51,9
Szerbia	482	48,2	518	51,8
Szlovénia	491	49,1	509	50,9
Törökország	507	50,7	493	49,3
<b>Összesen</b>	<b>5 382</b>	<b>48,9</b>	<b>5 618</b>	<b>51,1</b>

*Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés*

A nemre és korra vonatkozó kérdések mellett további két demográfiai változó szerepelt a Balkán kvantitatív kutatás kérdőívében: az iskolai végzettség, valamint a megkérdezett lakóhelyének típusa (14. táblázat). E demográfiai jellemzőkre a minta nem reprezentatív, az értekezés során kitézött kutatási kérdések vizsgálatában – korlátaik figyelembevételével – azonban e változók is fontos szerepet kaptak.

A megkérdezett lakóhelyének típusával kapcsolatosan fontos kiemelni, hogy a statisztikai és közigazgatási vidék-meghatározások problémás volta miatt a megkérdezett saját maga végezte a lakóhelyének városi/vidéki jellegű kategóriákba történő besorolását.



14. táblázat: A minta iskolai végzettség és lakóhely típusa szerinti megoszlása (D03\* és D04)

	Iskolai végzettség						Lakóhely típusa			
	Alap		Közép		Felső		Városias		Vidéki	
	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%
Albánia	35	3,5	661	66,1	304	30,4	653	65,3	347	34,7
Bosznia-Hercegovina	22	2,2	657	65,7	321	32,1	841	84,1	159	15,9
Bulgária	4	0,4	590	59,1	404	40,5	727	72,7	273	27,3
Görögország	100	10,1	510	51,3	385	38,7	677	67,7	323	32,3
Horvátország	89	8,9	568	56,9	341	34,2	692	69,2	308	30,8
Macedónia	33	3,3	754	75,4	213	21,3	603	60,3	397	39,7
Montenegró	30	3,0	697	69,7	273	27,3	780	78,0	220	22,0
Románia	2	0,2	437	43,9	557	55,9	746	74,6	254	25,4
Szerbia	33	3,3	718	72,0	246	24,7	596	59,6	404	40,4
Szlovénia	97	9,7	621	62,3	278	27,9	649	64,9	351	35,1
Törökország	217	21,9	487	49,0	289	29,1	922	92,2	78	7,8
<b>Összesen</b>	<b>662</b>	<b>6,0</b>	<b>6 700</b>	<b>61,1</b>	<b>3 611</b>	<b>32,9</b>	<b>7 886</b>	<b>71,7</b>	<b>3 114</b>	<b>28,3</b>

Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés

Az elemzésem során használt, korra és iskolai végzettségre vonatkozó változók nem az eredeti kérdőívkérdések válaszalternatívái, hanem transzformáció útján alakultak ki. A D01, életkorra vonatkozó nyitott kérdésre adott válaszok öt kategóriába kerültek besorolásra, míg a D03, iskolai végzettségre vonatkozó kérdés esetében az eredeti kérdőívben szereplő négy kategória helyett hármat alkalmaztam. Elemzésem során az így létrejött változókra D01\* és D03\*-ként hivatkozok.

A szubjektív és az objektív életminőség összefüggésének vizsgálatához a kérdőíves megkérdezésből származó adatbázist más életminőség-vizsgálatok során is alkalmazott makrogazdasági, illetve társadalmi-szociológiai mutatókkal egészítettem ki (15. táblázat).

15. táblázat: Az objektív életminőség számszerűsítéséhez használt makrogazdasági, illetve társadalmi mutatók

	Adat forrása	Referenciaév	Hivatkozás az értekezésben
GDP per fő (USD)	World Bank	2013	B01
GNI per fő (USD)	World Bank	2013	B02
Munkanélküliségi ráta (%)	World Bank	2013	B03
GINI-index (%)	World Bank, becült adat	2012: Albánia, Románia, 2011: Bulgária, Montenegró, Szerbia, Szlovénia, Törökország, 2010: Görögország, 2008: Horvátország, Macedónia, 2007: Bosznia-Hercegovina	B04
Születéskor várható élettartam (év)	World Bank	2012	B06
Születéskor várható egészséges évek száma (év)	World Health Organization	2012	B07
Városi lakosság aránya a teljes népességen belül (%)	World Bank	2013	B10

Forrás: saját szerkesztés

A táblázatban bemutatott, az objektív életminőség mérésére általánosan használt indexek (például DiTELLA et al. 1999, HELLIWELL 2002, a DOLAN et al. (2008) különböző kvantitatív

megkérdezések eredményeit összegző tanulmánya) a válaszadó országát jellemző aggregált adatok, amelyeket több forrásból gyűjtöttem össze. Elemzéseimhez minden esetben a 2015 februárjában rendelkezésre álló legfrissebb adatokat használtam.

Az adatok feldolgozása az SPSS 22 programcsomag segítségével, BABBIE (2003), MALHOTRA (2002) és MITEV–SAJTOS (2007) kutatás-, illetve statisztikai-módszertani eszközrendszerével történt. A statisztikai próbákat 5%-os szignifikancia szint mellett végeztem. A hipotézisvizsgálatokhoz tartozó – kevésbé lényeges – táblázatokat az M15. mellékletben szerepeltetem.

A kérdőíves megkérdezés korlátai a telefonos megkérdezésekre (csak a lakosság telefonon elérhető része kérdezhető le, titkosított számokból adódó problémák, üzenetrögzítők), a több országra kiterjedő kutatásokra általában jellemző (a fordítás ellenőrizhetetlensége, a társadalmi-kulturális különbségekből adódó korlátok), illetve a nemzetközi életminőség-, szubjektív életminőség-kutatásokra jellemző korlátokhoz (ld. például BABBIE 2003, STEVENSON–WOLFERS 2008) hasonlóak, utóbbiak közül a legfontosabbakat ki is emelem:

- a szubjektív életminőség egységes értelmezésének hiánya, a mérési módszer kiforratlan volta,
- a téma nehézsége,
- a társadalmi-kulturális különbségekből adódó korlátok,
- a szubjektív életminőség méréséhez használt egyes szavak, kifejezések többféle értelmezésének lehetősége.

### **2.2.5. A kutatás hipotézisei**

Kutatásom hipotéziseit a témában végzett saját korábbi kutatásaim, a nemzetközi és hazai szakirodalom, a KTIA-projekt keretében készült további kutatások – különös tekintettel a Delphi-kutatásra – és a szakértőipanel-beszélgetés alapján, a kutatási kérdéseimhez kapcsolva, a Balkán kvantitatív kutatás keretében létrejött mintára vonatkoztatva a következőképpen fogalmaztam meg:

K1. Milyen a Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektív életminősége, illetve mi befolyásolja azt?

H1. A Balkánon fekvő országok a szubjektív életminőség vonatkozásában nem egységesek, közöttük vannak különbségek.

H2. Az objektív és a szubjektív életminőség a Balkánon fekvő országokban erős kapcsolatot mutat.

H3. A Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektív életminőségében a társas, szociális kapcsolatoknak kiemelkedően fontos szerepe van.

H4. A Balkánon fekvő országok lakóinak szubjektív életminőségével kapcsolatba hozható további egyéni tényezők közül a szubjektív egészségnek jelentős szerepe van.

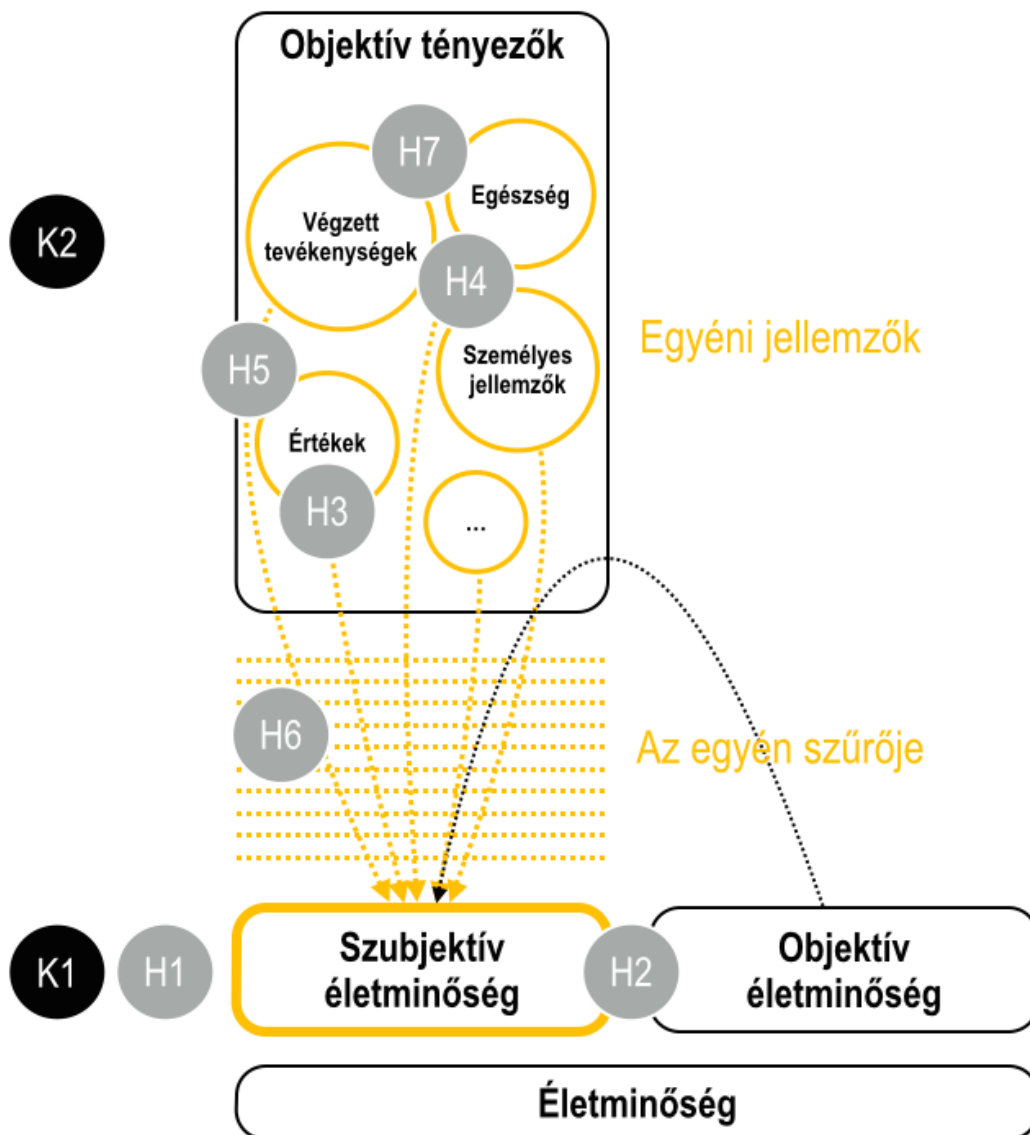
K2. Melyek azok az egészségturizmus keretében is értelmezhető tevékenységek, amelyek a Balkánon fekvő országok lakossága szubjektív életminőségét javítják?

H5. A Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektív életminőségében az utazás nem játszik jelentős szerepet.

H6. Azok, akik végeznek az egészségturizmus keretében is értelmezhető tevékenységeket, boldogabbnak tartják magukat a Balkánon.

H7. Azok, akik végeznek az egészségturizmus keretében is értelmezhető tevékenységeket, egészségesebbnek érzik magukat a Balkánon.

A kutatási kérdések és az azok megválaszolását segítő hipotézisek kapcsolati rendszerét az értekezés 1.1.2.4. fejezetében szereplő, az életminőség, az objektív és a szubjektív életminőség általam alkalmazott összefüggésrendszerét megjelenítő ábrán mutatom be.



12. ábra: A kutatási kérdések és hipotézisek kapcsolati rendszere

Forrás: saját szerkesztés

### 3. EREDMÉNYEK

Kutatásom eredményeit kutatási kérdéseim mentén mutatom be. Első kutatási kérdésem célja a Balkán lakói szubjektív életminőségének vizsgálata, valamint az azzal kapcsolatba hozható főbb tényezők azonosítása volt.

#### 3.1. A Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektív életminősége (H1. hipotézis)

A vizsgálati terület országainak szubjektív életminőségét másodlagos és elsődleges kutatási eredmények alapján vizsgáltam.

A Balkánon fekvő országok lakosságának életminőségével és szubjektív életminőségével foglalkozó, rendkívül szűkös szakirodalom jelentős része (MATANOV et al. 2013, CLEMENS 2000) a háborúnak a hatásaiból indul ki.

CLEMENS (2000:246) szerint az éveken át elszenvedett háborús erőszak, amelynek hatására sokan el is menekültek a régióból, számos balkáni ország lakóinál eredményezett fizikai és lelki traumát. Annak okát, hogy a régió országai – Szlovénia kivételével – húsz évvel a kommunista rezsim bukása után is az emberi fejlődés alacsony szintjén állnak, egyértelműen a háborúban és annak következményeiben látja. Crkven-re hivatkozva a polgárháború legkomolyabb társadalmi és gazdasági következményeiként a bizalomhiányt, a félelmet, a rossz kormányzást, a betegségeket, az oktatási problémákat nevesíti. MATANOV et al. (2013) megállapítják, hogy a háború még jóval a befejezését követően is alacsonyabb életminőséggel jár. A háború sújtotta népesség körében gyakoribbak a mentális betegségek, különösen a poszttraumatikus stressz szindróma és a depresszió előfordulása magas. Szubjektív életminőséget vizsgáló tanulmányukban egy többfókuszú tanulmányra, a CONNECT-projekt keretében végzett kutatásra (PRIEBE et al. 2004) hivatkoznak, amelynek a célja a háború és a migráció mentális következményeinek vizsgálata volt. A kutatás keretében az étellel való elégedettséget egészében, illetve különböző tényezőkkel való összefüggésben (munkahely, anyagi helyzet, barátságok, szabadidős tevékenységek, lakáskörülmények, személyes biztonság, közösségben/egyedül élni, szexuális élet, családi kapcsolatok, fizikai és szellemi egészség) vizsgálják. A kutatásnak az értekezés szempontjából kiemelkedő fontosságú eredménye, hogy a balkáni résztvevők – összehasonlítva a régióból elmenekült honfitársaikkal – elégedettebbek voltak a barátságaikkal, szabadidős tevékenységükkel, valamint a fizikai és szellemi egészségükkel. A Nyugat-Európába menekültekhez képest a munkahelyükkel és az anyagi helyzetükkel kapcsolatos elégedettségük azonban alacsonyabb volt. Az egy évtizeddel a háború befejezése után végzett kutatás tanúsága szerint a poszttraumatikus stressz jegei mindkét mintán jelentős negatív hatással voltak a szubjektív életminőségre. Ahol a háborús események hatása erősebb volt, ott alacsonyabb volt a szubjektív életminőség szintje is.

A (szubjektív) életminőség mérésével kapcsolatos 1.1.4. fejezetben ismertetett mutatószámok alapján a Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektív életminősége változatos, összességében azonban nem túl kedvező képpel jellemezhető (16. táblázat). A táblázatban az egyes, az életminőséggel/szubjektív életminőséggel kapcsolatosan gyakran idézett életminőség-mutatók azon elemeit szerepeltetem, amelyek az általam használt szubjektív életminőség fogalomhoz a legközelebb állnak.

16. táblázat: A Balkánon fekvő országok helye az életminőséggel/szubjektív életminőséggel kapcsolatosan leggyakrabban hivatkozott komplex mutatókban

	EQLS 2014	GWÍ 2014	HPI 2012	HDI 2014	WtBB 2013	WHR 2013
Albánia	n.a.	47	5,3 (73)	0,716 (95)	n.a.	5,55 (62.)
Bosznia-Hercegovina	n.a.	39	4,7 (104)	0,731 (86)	n.a.	4,81 (107.)
Bulgária	6,3 (27)	45	4,2 (120)	0,777 (58)	5,73 (61)	3,98 (144.)
Görögország	6,5 (26)	47	5,8 (52)	0,853 (29)	6,65 (34)	5,43 (70.)
Horvátország	7,3	39	5,6 (62)	0,812 (47)	6,06 (46)	5,66 (58.)
Macedónia	7,2	54	4,2 (127)	0,732 (84)	n.a.	4,57 (118.)
Montenegró	7,6	39	n.a.	0,789 (51)	n.a.	5,30 (80.)
Románia	7,0 (21)	52	4,9 (92)	0,785 (54)	5,85 (56)	5,03 (90.)
Szerbia	7,1	50	4,5 (112)	0,745 (77)	5,86 (54)	4,81 (106.)
Szlovénia	7,1 (18)	59	6,1 (45)	0,874 (25)	6,77 (32)	6,06 (44.)
Törökország	6,9	43	5,5 (67)	0,759 (69)	5,95 (51)	5,34 (77.)
Megjegyzés	Boldogság – Átlag 1-10 (helyezés az EU 27-en belül)	A lakosság azon része (%), amely legalább egy szubjektív életminőség- tényezőt jóra értékelte	Szubjektív életminőség = A lehető legjobb élet (Gallup – Átlag 1-10 (helyezés)	HDI – Átlag (helyezés)	WtBB Index – Átlag 1-10	„Boldogság” = A lehető legjobb élet (Gallup) – Átlag 1-10 (helyezés)

Megjegyzés: a táblázatban narancssárgával az adott index tekintetében a legmagasabb harmadba tartozó, szürkével a legalacsonyabb harmadba tartozó országok kerültek kiemelésre.  
Forrás: Eurofound [2013a-c, 2014b-d], Gallup [2014], [NEF 2014] és <http://www.happyplanetindex.org/>, UNDP [2014], KEKIC (2012), HELLIWELL et al. (2013)

Az European Quality of Life felmérés kérdőívét a legutolsó, 2012-13-as hullámában az Európai Unió akkor még 27 tagországa mellett további hét, az értekezés keretében is vizsgált országban (Horvátország, Macedónia, Montenegró, Szerbia, Törökország) is lekérdezték [EC 2013, Eurofound 2013a-b, 2014b-d]. A kutatás során vizsgált boldogságmutató (vagyis az, hogy a megkérdezett mindent egybevetve, mennyire érzi boldognak magát egy 1-10-ig terjedő skálán értékelve) Montenegróban (átlagértéke 7,6), Horvátországban (7,3) és Macedóniában (7,2) a legmagasabb, és Törökországban (6,9), a mély gazdasági válsággal sújtott Görögországban (6,5) és Bulgáriában (6,3) a legalacsonyabb. A vizsgált régióban fekvő legboldogabbnak tekinthető Montenegró boldogságszintje csupán valamivel több, mint 1,0-gyel marad el a kontinens legboldogabb országának számító Dánia boldogság-átlagértékétől. Bulgária boldogságszintje a vizsgált 34 ország közül a legalacsonyabb volt. (Összehasonlításképp: Magyarország boldogságmutatója 6,86, ezzel az EU-27 rangsorában a 22. helyet foglalta el.)

A Gallup Global Wellbeing Index-ében az egyes szubjektív életminőség-tényezőket a megkérdezettek 1-től 5-ig terjedő skálán értékelik, majd a megkérdezetteket három csoportba sorolják: a jól boldoguló/gyarapodó csoportra, a problémás és a szenvedő csoportra [Gallup 2014]. A 16. táblázat a régió országai lakosságának azon hányadára vonatkozó adatokat tartalmazza, amely a vizsgált ötből legalább egy szubjektív életminőség-tényezőt jóra értékelt. A Gallup által végzett kutatás szerint az összességében legmagasabb szubjektív életminőség-szinttel Szlovénia jellemezhető (itt a legalább egy szubjektív életminőség-tényezőt jóra értékeltők aránya 59%), amelyet Macedónia (54%), Románia (52%) és Szerbia (50%) követ. Törökország (43%), valamint Bosznia-Hercegovina, Horvátország és Montenegró ezen felmérés alapján a régió legkevésbé jól teljesítő országai: utóbbiakban a lakosság 39-39%-a nyilatkozott úgy, hogy céljai, társadalmi jólléte, pénzügyi jólléte, közösségi-, illetve fizikai jólléte közül minimum egyben helyzetét jónak

értékeli. (Összehasonlításképp: Magyarországon azok aránya, akik legalább egy szubjektív életminőség-tényezőt jóra értékelték, 59% volt.)

A három jelzőszámra épülő Happy Planet Index „szubjektív életminőség” részindexe alapján Szlovénia (6,1), Görögország (5,8), Horvátország (5,6) és Törökország (5,5) a régió szubjektív életminőség tekintetében legjobban, és Bosznia-Hercegovina (4,7), Szerbia (4,5), Bulgária (4,2) és Macedónia (4,2) a régió legkevésbé jól teljesítő országa [NEF 2014]. (A Gallup World Poll-ból származó részindexet az életlétra kérdéssel mérik: ehhez a megkérdezett arra kéri, hogy helyezze el magát egy olyan létrán, ahol a 0. lépcsőfok a lehető legrosszabb, a 10. a lehető legjobb életet képviseli.) A 151 vizsgált ország közül a legjobban teljesítő balkáni ország vagyis Szlovénia a 45., a legrosszabbul teljesítő Macedónia a 127. helyet foglalja el. (A HPI szubjektív életminőség-mutatójában Magyarország az 1-10-ig terjedő skálán 4,7-es értéket ért el.)

A Human Development Index az egészség (születéskor várható élettartam), az életszínvonal (egy főre jutó GDP) és az iskolázottság (az analfabetizmus és a különböző iskolai szinteken végzetek aránya) alapján méri az egyes országok fejlettségét [UNDP 2014]. Mivel az index a szubjektív életminőségre vonatkozó elemet nem tartalmaz, ezért csupán az összesített index alapján vonhatók le következtetések. A három objektív életminőség-mutató alapján készített HDI-index szerint, amelynek maximuma 1,0, a Balkánon fekvő országok közül Szlovénia (0,874), Görögország (0,853), Horvátország (0,812) és Montenegró (0,789), a legkevésbé fejletnek Szerbia (0,745), Macedónia (0,732), Bosznia-Hercegovina (0,731) és Albánia (0,716) tekinthető. Szlovénia 187 országból elért 25. és Görögország 29. helyezése meglehetősen figyelemreméltó, ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy ennek a mutatónak nincs az egyén értékítéletét tükröző része. (Összehasonlításképp: a HDI-ben Magyarország 0,818-as értékkel a 43. helyen szerepelt.)

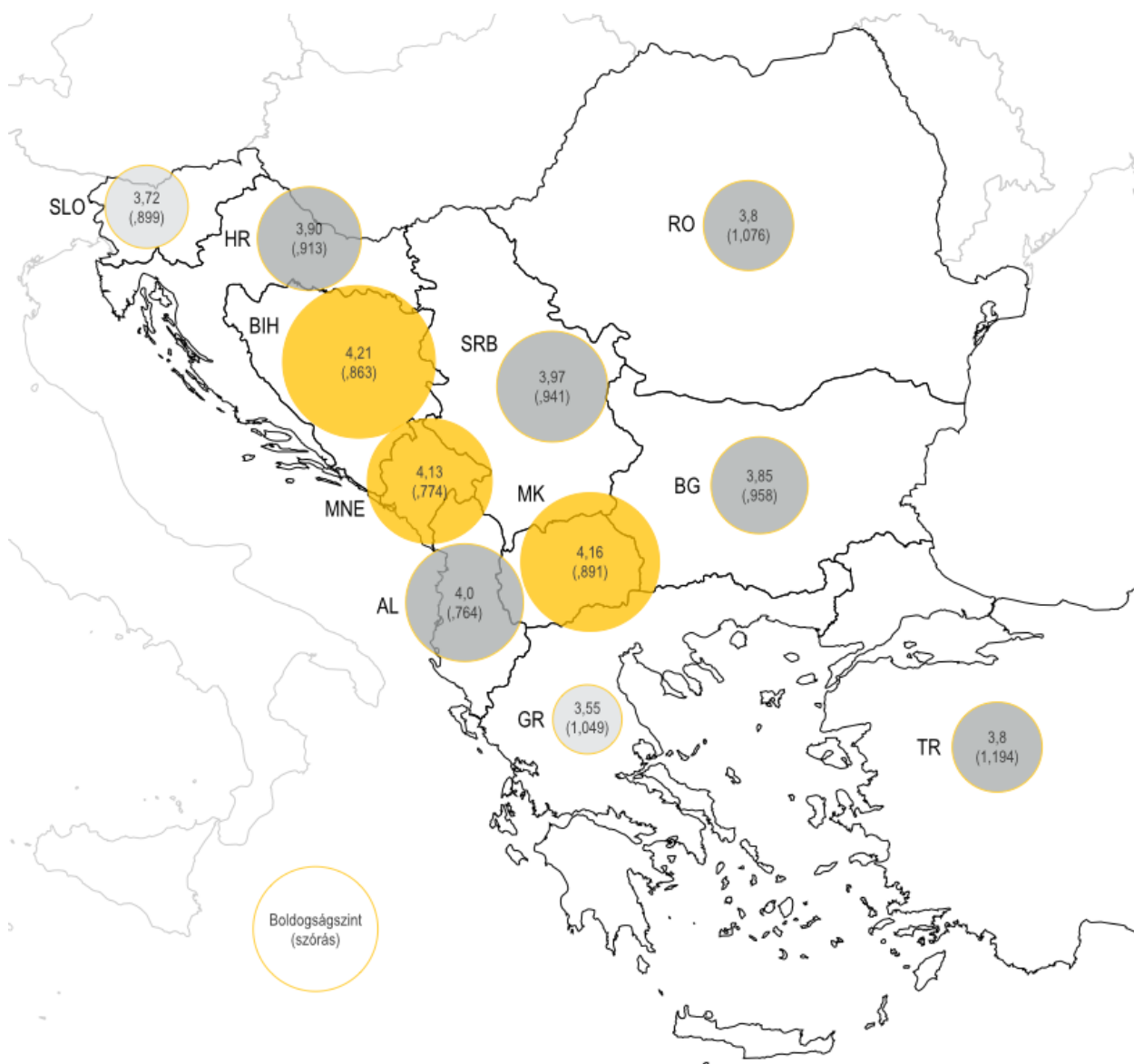
Az összesen 80 országra vonatkozóan összeállított Where to Be Born Index módszertanáról korlátozottan áll rendelkezésre információ, így bár az indexnek többek között az étellel való általános elégedettség is része, az egyes országok pozíciója csak összesített teljesítményük alapján értékelhető (KEKIC 2012). A 1-10-ig terjedő skálán mért Where to Be Born Index alapján a legélhetőbb balkáni országnak Szlovénia (6,77) és Görögország (6,65), míg a legkevésbé vonzó Románia (5,85) és Bulgária (5,73) bizonyul. Ezen index alapján a Balkán-félszigeten fekvő országok a 80 országból álló lista középmezőnyében foglalnak helyet. (A WtBB Index alapján Magyarország – 6,06-es átlagértékkel – a világ 46. legfejlettebb országa.)

A World Happiness Report 2013 adatbázisa alapján – amelyben a boldogság néven szereplő szubjektív életminőség-mutató a Happy Planet Index-hez hasonlóan, a Gallup World Poll létrakérdése alapján kerül értékelésre – a Balkánon fekvő országok többsége a világ legboldogabb térségétől leszakadva foglal helyet (HELLIWELL 2013). Egyedül Szlovéniának sikerült a nemzetközi mezőnyben viszonylag kedvező pozíciót szerezni, 2013-ban a 44. helyen állt. Horvátország (58.), Albánia (62.), Görögország (70.), Törökország (77.), Montenegró (80.) és Románia (90.) a leszakadó középmezőnyt képviseli, míg Szerbia (106.), Bosznia-Hercegovina (107.), Macedónia (118.), Bulgária (144.) a boldogság tekintetében a legkedvezőtlenebb mutatókkal rendelkezik. (A WHR boldogságmutatójában Magyarország 156 országból a 110. helyet foglalja el, 4,77-es átlagértékkel.)

Az OECD Better Life Index-ének „Elégedettség” részmutatója azt méri, hogy a megkérdezettek hogyan értékelik az életüket mindent egybevetve. Az elégedettség-részmutató azoknak az életkörülményeknek és -feltételeknek az értékelését összesíti, amelyet a megkérdezettek fontosnak tartanak. Az OECD 36 tagországát átfogó kutatás tanúsága szerint a tagországokban az elégedettség az 1-10-ig terjedő skálán 6,6-es átlagértéket mutatott [OECD 2012]. A Balkánon fekvő országok közül csak Görögország, Szlovénia és Törökország tagja az OECD-nek. Az adatbázisban Görögországra vonatkozóan nem áll rendelkezésre adat, a szlovén megkérdezettek 4,1-es elégedettségről számoltak be, amellyel az ország a 36 OECD-tagország közül a 29. helyet foglalja el. A törökök elégedettsége igen alacsony, csupán 0,4-es szintet mutat, ennek vélhetően módszertani okai vannak.

A fenti indexek alapján – globális és európai összehasonlításban egyaránt – a Balkán életminősége számottevő lemaradást mutat. Összességében a vizsgált régió országai közül a legjobban teljesítők Szlovénia, Horvátország és Görögország, a legkevésbé jól teljesítők Macedónia, Bulgária és Bosznia-Hercegovina. Az eredmények értékelésénél a komplex életminőség-mutatóknak az értekezés 1.1.4. fejezetében bemutatott gyengeségei nem hagyhatók figyelmen kívül.

A Balkán kvantitatív kutatás alapján ugyanakkor a vizsgált országok lakosságának szubjektív életminősége jónak tekinthető: a 2014 nyarán, 11 000 fő körében történt megkérdezés alapján a megkérdezettek saját boldogságával kapcsolatos kérdésre adott válaszainak átlaga – az 1-től 5-ig terjedő skálán – a teljes mintában 3,92 (13. ábra).



13. ábra: A vizsgált régió országainak szubjektív életminősége (A03\_1)

*Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés*

Szubjektív életminőségüket a vizsgált tizenegy országból négy ország esetében a megkérdezettek legalább jóra (4,00) értékelték, a régió „legboldogabb” országai Bosznia-Hercegovina (4,21), Macedónia (4,16) és Montenegró (4,13). A Balkánon fekvő országok közül a legkevésbé boldogok Görögország (3,55), Szlovénia (3,72), valamint Törökország és Románia (3,80-3,80) lakói, vagyis azok, akik a 11 ország közül a legtehetősebbekben, a gazdaságilag legfejlettebbekben élnek.

Szubjektív életminőségüket az 1-től 5-ig terjedő skálán a régió legboldogabbnak tekinthető országának lakói 0,66-dal magasabbra értékelték, mint a régió legkevésbé boldognak tekinthető országának lakói.

Mivel az 1-5 skálán mért boldogságszint, mint statisztikai változó nem volt normális eloszlású (a Kolmogorov–Smirnov statisztika értéke a boldogságszint esetében 0,239 /df=10988, sig.=0,000/) és a szóráshomogenitás feltétele sem teljesült a Levene-teszt alapján (a Levene tesztstatisztika értéke 15,014, df1=10, df2=10975, sig.=0,000), így a 13. ábrán látható eltérések általánosíthatóságát a Balkánon fekvő országok teljes lakosságára varianciaanalízis helyett Kruskal-Wallis nem parametrikus teszttel vizsgáltam<sup>19</sup>. A teszt nullhipotézise szerint a részsokaságok eloszlása ugyanolyan. A nullhipotézisre vonatkozó teszt alapján (Chi2=419,325, df=10 és sig.=0,000) a részsokaságok eloszlása nem egyezett meg, amiből az a következtetés adódik, hogy a vizsgált országok boldogságszintjei – illetve a teszt feltételei szerint a boldogság, mint ötfokozatú skálán mért változó eloszlása legalább két vizsgált ország esetében – szignifikánsan különbözik egymástól.

Az országok páronkénti összehasonlítása rámutatott arra, hogy a boldogsággal kapcsolatos kérdésre adott válaszok megoszlása nem minden országban különbözött szignifikánsan egymástól (például horvát–albán, szerb–horvát, albán–szerb, szerb–macedón, szerb–montenegrói, montenegrói–macedón, macedón–bosnyák stb. nemzetiségű válaszadók válaszáinak megoszlása közel hasonló volt). Ugyanakkor megfigyelhetőek szignifikáns eltérések is, így a részletes páronkénti vizsgálat alapján az a következtetés adódik, hogy a görögök és a szlovénok a legboldogtalanabbak (ennek feltételezhető oka az országok elhúzódó gazdasági válsága, de akár az is lehet, hogy mind Görögország, mind Szlovénia – mint az Európai Unió tagállamainak – lakói máshoz, másként viszonyítják saját országuk gazdasági helyzetét, mint az Unióhoz később csatlakozott országokban vagy annak még nem tagországaiban élők), míg a Bosznia–Hercegovinában, Macedóniában és Montenegróban élők a legboldogabbak.

**Következtetés: H1. A Balkánon fekvő országok a szubjektív életminőség vonatkozásában nem egységesek, közöttük vannak különbségek. – Elfogadom.**

### **3.2. A szubjektív és az objektív életminőség kapcsolata a Balkánon fekvő országokban (H2. hipotézis)**

Értekezésemben a szubjektív életminőséget számos tényező leképeződésének tekintem, illetve matematikai-statisztikai szempontból helyesen fogalmazva számos tényezővel hozom kapcsolatba. A következőkben azt vizsgálom, hogy a különböző objektív (vagy külső környezeti) körülmények vagyis az objektív életminőség kapcsolatban van-e, s ha igen, milyen kapcsolatban van a Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektív életminőségével.

Az objektív és a szubjektív életminőség összefüggéseinek vizsgálatához az objektív életminőséget a más, hasonló fókuszú kutatások (például ARGYLE 1999, DOLAN et al. 2008) során is alkalmazott makrogazdasági, illetve társadalmi mutatókkal azonosítottam, a szubjektív életminőséget a kérdőív „Mennyire ért egyet a következő állításokkal? – Teljesen boldog vagyok: 1 - egyáltalán nem értek egyet, ... , 5 - teljesen egyetértek” kérdésének megfelelő A03\_1 változóval mértem.

A 13. ábrán bemutattam az ötfokozatú skálán mért boldogságszintek átlagát országonként az összes válaszadó körében. A H1. hipotézis tesztelése során szignifikáns eltéréseket találtam az egyes országok válaszadóinak boldogságszintje között. A H2. hipotézis teszteléséhez a 13. ábrán kapott átlagokat transzformáltam százaskálára, oly módon, hogy az eredeti értékeket megszoroztam 25-tel, majd kivontam belőle 25-öt (azaz:  $X_t = (X \cdot 25) - 25$ ). Ebben az esetben az 1-

<sup>19</sup> A Kruskal-Wallis teszt a varianciaanalízis nem parametrikus párjának tekinthető.



es érték = 0, a 2-es érték 25, a 3-as érték 50, a 4-es érték 75, az 5-ös érték 100 (17. táblázat). A kapott transzformált skála alapján számolt átlagokra a továbbiakban az adott ország válaszadóinak együttes boldogságindexeként fogok hivatkozni.

17. táblázat: A kutatás során számolt boldogságindexek a vizsgált országokban

	Boldogságindex (%)
Bosznia-Hercegovina	84,2
Macedónia	83,2
Montenegró	82,6
Albánia	80,0
Szerbia	79,4
Horvátország	78,0
Bulgária	77,0
Románia	76,0
Törökország	76,0
Szlovénia	74,4
Görögország	71,0

Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014)

### 3.2.1. A vizsgált országok boldogságindexe és a GDP kapcsolata

Az első lépésben azt vizsgáltam meg, hogy az egyes országok boldogságindexe és az objektív életminőséget mérő egy főre jutó GDP (USD/fő) változó között van-e összefüggés (18. táblázat).

18. táblázat: A boldogságindexek és az egy főre jutó GDP a vizsgált országokban

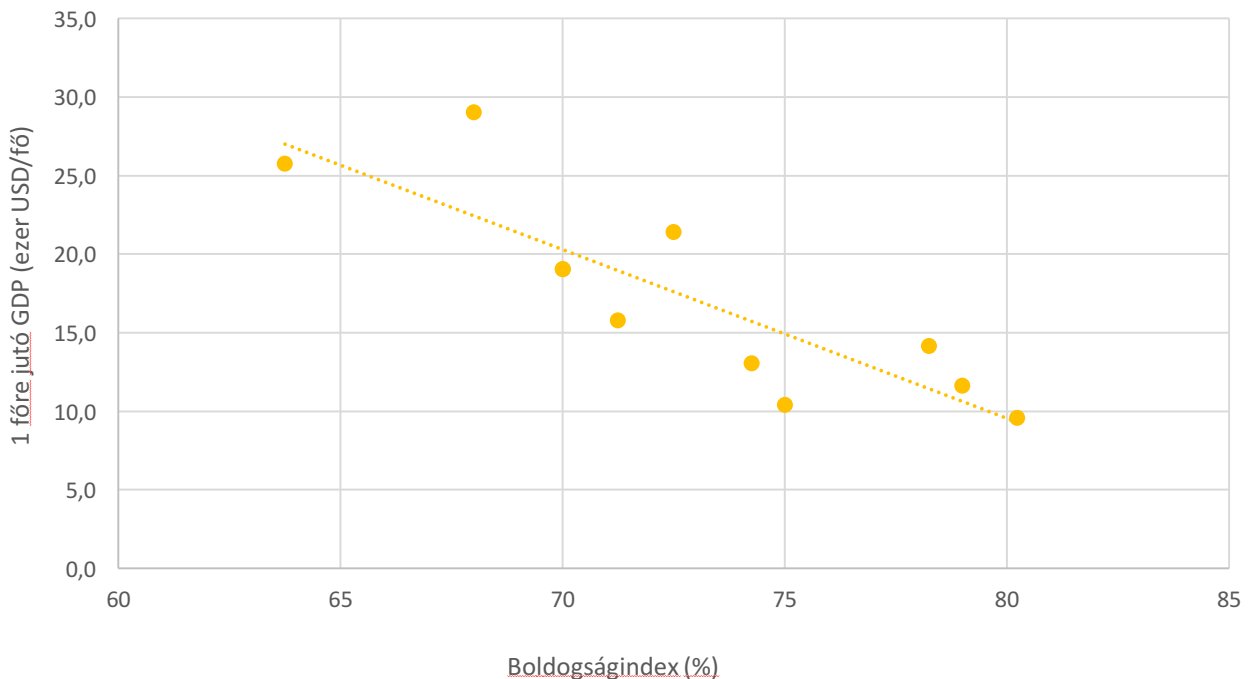
	Boldogságindex (%) (1)	Egy főre jutó GDP (ezer USD/fő, 2013) (2)
Bosznia-Hercegovina	84,2	9,5
Macedónia	83,2	11,6
Montenegró	82,6	14,1
Albánia	80,0	10,4
Szerbia	79,4	13,0
Horvátország	78,0	21,4
Bulgária	77,0	15,7
Románia	76,0	19,0
Törökország	76,0	19,0
Szlovénia	74,4	29,0
Görögország	71,0	25,7

Forrás: (1) Balkán kvantitatív kutatás (2014), (2) World Bank

A boldogságindex – amit egyes országok válaszadói boldogságérzetének átlagaiból származtattam – az átlagolás következtében intervallumskála jellegét elveszítve lényegben arányskálán mért változónak tekinthető, így megvizsgálható, hogy az egy főre jutó GDP és az index értékei között van-e sztochasztikus kapcsolat.

Az adatokat szórási diagramon ábrázolva látható, hogy az egy főre jutó GDP és a boldogság között – meglepetésre – negatív összefüggés rajzolódik ki, amely trendvonal segítségével is ábrázolható (14. ábra). Az ábra alapján sztochasztikus kapcsolat mutatkozik az egy főre eső GDP és a boldogság között. Mivel mindkét változó arányskálán mért változó, és a lefolytatott tesztek szerint normális eloszlásúak (a Shapiro-Wilk statisztika értéke a boldogságindex esetében 0,969 /df=11, sig.=0,881/, míg az egy főre jutó GDP esetében 0,937 /df=11, sig.= 0,488/), így kapcsolatukat a

Pearson-féle lineáris korrelációs együtthatóval vizsgáltam. A korrelációs mérőszám  $-0,854$ -re adódott, azaz erős negatív korreláció figyelhető meg a két változó között (a mutató szignifikáns,  $p < 0,005$ ).



14. ábra: A boldogságindex és az egy főre jutó GDP (ezer USD/fő, 2013) kapcsolata a vizsgált országokban

*Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) és World Bank alapján saját szerkesztés*

Az összefüggésből az a meglepő következtetés adódik, hogy minél magasabb az egy főre jutó GDP a vizsgált régió országaiban, annál kisebb a boldogság mértéke, azaz annál alacsonyabb a szubjektív életminőség. Az eredmény értékelésénél figyelembe kell venni, hogy a számításhoz 11 ország adatait használtam fel. Az összefüggés a Balkánon fekvő országokra igaz, tovább azonban nem általánosítható. A Balkánon fekvő országok tekintetében az eredmény általánosíthatóságát az korlátozza, hogy a legmagasabb GDP-vel rendelkező országokban, Szlovéniában és Görögországban az adatfelvétel idején gazdasági visszaesés volt megfigyelhető. Érdekes azonban azt is megjegyezni, hogy amennyiben Görögországot és Szlovéniát, a két visszaeséssel sújtott országot elhagyjuk az elemzésből, szintén erős, negatív korreláció tapasztalható (a Pearson-féle korrelációs mérőszám ebben az esetben  $-0,836$ ).

Az értékelés során figyelembe kell venni azt is, hogy különböző országok statikus GDP adatait vizsgáltam, azaz nem egy adott országban, vagy a vizsgált országcsoportban a GDP-változás hatását vizsgáltam a szubjektív életminőség alakulására. A kimutatott kapcsolat értelmezhetősége és általánosíthatósága emiatt is korlátos. Az adatok közvetlenül arra mutatnak rá, hogy azokban a Balkánon fekvő országokban, ahol magasabb volt a szubjektív életminőség – azaz az 1000-1000 fős minta válaszadói boldogságérzetének átlagai alapján képezett ország-index értéke – jellemzően alacsonyabb volt az egy főre jutó GDP értéke.

Összességében az értelmezhetőség korlátaira tekintettel is megkockáztatható az a kijelentés, hogy van kapcsolat az országok lakóinak boldogságsszintje és az országok egy főre jutó GDP mutatói között, ugyanakkor a feltárt negatív lineáris kapcsolatot célszerű a fentiekben részletezett fenntartásokkal kezelni.

### 3.2.2. A vizsgált országok boldogságindexe és a GNI kapcsolata

Egyes szerzők (például GIOVANNINI–HALL [N.a.]) a GDP és a szubjektív életminőség vizsgálata helyett a GNI és a szubjektív életminőség összefüggéseinek vizsgálatát javasolják. Mivel a GDP és a GNI között szoros kapcsolat van, így a GNI és a boldogságindex között hasonlóan erős negatív korreláció tapasztalható, mint amit a GDP esetében figyelhettünk meg. Az egy főre jutó GNI és a vizsgált országok boldogságindexei között erős negatív korreláció jellemző (a Pearson-féle korrelációs mérőszám értéke -0,845), azaz minél nagyobb a GNI, annál kisebb a boldogság indexe.

### 3.2.3. A boldogságindex és a munkanélküliség kapcsolata a Balkánon fekvő országokban

A munkanélküliség pozitívan korrelál a boldogságindexszel, azaz azokban az országokban magasabb az index, ahol magasabb a munkanélküliség (19. táblázat). Ez a GDP és a GNI esetében számszerűsített összefüggésnél látottakhoz hasonló meglepő eredmény.

19. táblázat: A boldogságindexek és a munkanélküliség ráta a vizsgált országokban

	Boldogságindex (%) (1)	Munkanélküliségi ráta (% , 2013) (2)
Bosznia-Hercegovina	84,2	28,4
Macedónia	83,2	29,0
Montenegró	82,6	19,8
Albánia	80,0	16,0
Szerbia	79,4	22,2
Horvátország	78,0	17,7
Bulgária	77,0	12,9
Románia	76,0	7,3
Törökország	76,0	10,0
Szlovénia	74,4	10,2
Görögország	71,0	27,3

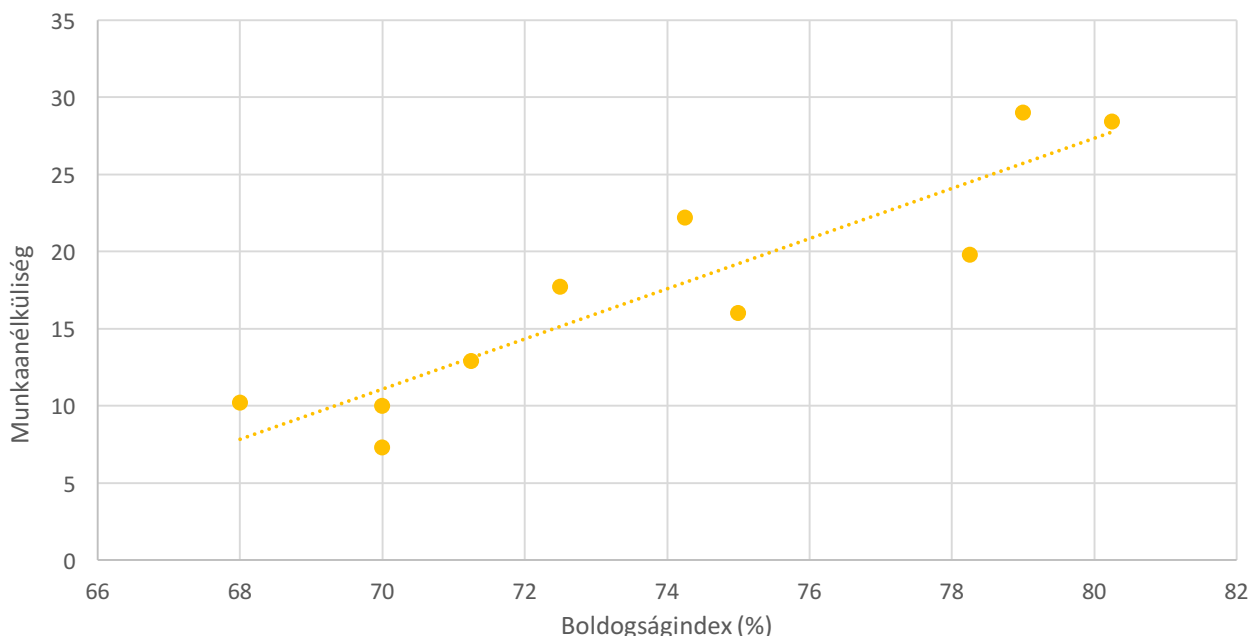
Forrás: (1) Balkán kvantitatív kutatás (2014), (2) World Bank

A munkanélküliség és a szubjektív életminőség közötti Pearson-korrelációs mérőszám értéke 0,435-re adódott, amely közepes erősségű kapcsolatot jelöl. Az összefüggés szignifikancia-szintje azonban valamivel az elfogadási tartomány felett volt ( $p=0,057$ , az elfogadási tartomány  $p<0,05$ ), így annak a nullhipotézisnek a valószínűsége, amely szerint a korrelációs mutató nem különbözik nullától, nagyobb mint 5%, így a nullhipotézis nem vethető el. Ugyanakkor, ha Görögország adatait, mint „outlier”-t (igen magas munkanélküliség, a legkevésbé boldog ország) elhagyjuk, a korrelációs mutató értéke 0,91-re nő, azaz nagyon erős a pozitív összefüggés jelenik meg a munkanélküliség nagysága és az országok boldogságindexe között.

A GDP és a szubjektív életminőség kapcsolatához hasonlóan az eredmény értékelése során figyelembe kell venni azt is, hogy különböző országok statikus adatait vizsgáltam, azaz nem egy adott országban, vagy a vizsgált országcsoportban a munkanélküliségi rátában bekövetkező változás hatását vizsgáltam a szubjektív életminőségre. Tekintettel kell lenni arra is, hogy nem az egyének munkanélkülisége és boldogságindexük közötti összefüggést vizsgáltam (amelyek jól dokumentáltak negatív kapcsolatban állnak egymással (például LANE 1991, ARGYLE 1999, FREY–STUTZER 2000, DOLAN et al. 2008, DiTELLA 1999, HAYO–SEIFERT 2000), hanem országok munkanélküliségi rátáit vettem össze az egyes országokban a Balkán kvantitatív kutatás során mért boldogsági szinttel, illetve az abból képzett boldogságindexszel. Emiatt a – Görögország nélkül – kimutatott kapcsolat értelmezhetősége és általánosíthatósága korlátos. Az adatok közvetlenül csak arra mutatnak rá, hogy azokban a Balkánon fekvő országokban, ahol

magasabb volt a boldogságszint (az ezer-ezer fős mintából nyert adatok alapján), jellemzően magasabb volt a munkanélküliségi ráta is (15. ábra).

Összességében az értelmezhetőség korlátaira tekintettel is megkockáztatható az a kijelentés, hogy van kapcsolat az országok lakóinak boldogságszintje és az országok munkanélküliségi rátája között, a kimutatott pozitív lineáris kapcsolatot azonban a fentebb részletezett fenntartásokkal célszerű kezelni.



15. ábra: A boldogságindex és a munkanélküliség (% , 2013) kapcsolata a vizsgált országokban (Görögország adata nélkül)

*Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) és World Bank alapján saját szerkesztés*

### 3.2.4. A Balkánon fekvő országok boldogságindexe és a GINI-index kapcsolata

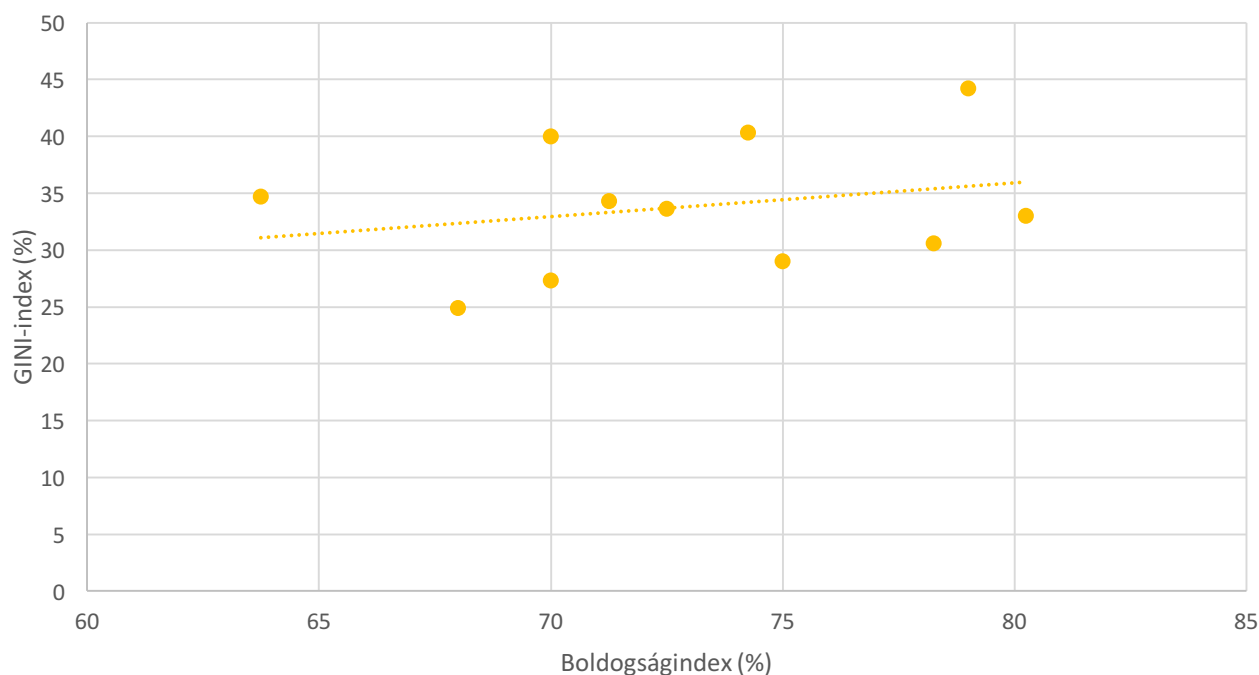
A vagyoni egyenlőtlenségeket mérő GINI-index és a boldogságindex között nincs egyértelmű kapcsolat (20. táblázat és a 16. ábra).

20. táblázat: A boldogságindexek és a GINI-index a vizsgált országokban

	Boldogságindex (%) (1)	GINI-Index (% , 2013) (2)
Bosznia-Hercegovina	84,2	33
Macedónia	83,2	44,2
Montenegró	82,6	30,6
Albánia	80,0	29
Szerbia	79,4	40,3
Horvátország	78,0	33,6
Bulgária	77,0	34,3
Románia	76,0	27,3
Törökország	76,0	40
Szlovénia	74,4	24,9
Görögország	71,0	34,7

*Forrás: (1) Balkán kvantitatív kutatás (2014), (2)World Bank becslés*

A Pearson-korrelációs mérőszám nagyon gyenge pozitív kapcsolatot jelez (0,252), az összefüggés azonban nem szignifikáns.



16. ábra: A boldogságindex és a GINI-index (% , 2013) kapcsolata

Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) és World Bank becslés alapján saját szerkesztés

### 3.2.5. A születéskor várható élettartam, illetve a születéskor várható egészséges évek száma és a szubjektív életminőség kapcsolata

A születéskor várható élettartam és a születéskor várható egészséges évek száma negatív irányú, közepes-gyenge korrelációt mutat a boldogságindexszel, de a korrelációs mutató nem szignifikáns (21. táblázat).

21. táblázat: A boldogságindexek, a születéskor várható élettartam és a születéskor várható egészséges évek száma a vizsgált országokban

	Boldogságindex (%) (1)	Születéskor várható élettartam (év, 2012) (2)	Születéskor várható egészséges évek száma (év, 2012) (3)
Bosznia-Hercegovina	84,2	76	68
Macedónia	83,2	75	n.a.
Montenegró	82,6	75	66
Albánia	80,0	77	65
Szerbia	79,4	75	65
Horvátország	78,0	77	68
Bulgária	77,0	74	66
Románia	76,0	75	55
Törökország	76,0	75	65
Szlovénia	74,4	80	70
Görögország	71,0	81	71

Forrás: (1) Balkán kvantitatív kutatás (2014), (2) World Bank, (3) WHO

Összefoglalva elmondható, hogy a szubjektív életminőséget mérő A03\_1 változó szignifikánsan összefügg az általam az objektív életminőség mérésére használt változók közül az egy főre jutó GDP-vel, a GNI-vel és a munkanélküliségi rátával, nem szignifikáns azonban a szubjektív életminőség és a GINI-index, valamint a szubjektív életminőség és a várható élettartam és a születéskor várható egészséges évek számának kapcsolata.

**Következtetés: H2. Az objektív és a szubjektív életminőség a Balkánon fekvő országokban erős kapcsolatot mutat. – Részben elfogadom.**

### **3.3. A szubjektív életminőség és az egyéni tényezők kapcsolata a Balkánon fekvő országokban (H3. és H4. hipotézis)**

A szubjektív életminőséget az objektív tényezők mellett egyéni tényezők (például demográfiai jellemzők, iskolai végzettség, foglalkozás, jövedelem, személyiségjegyek, értékek, attitűdök, végzett tevékenységek, saját egészségi állapot, másokkal való kapcsolatok stb.) is befolyásolják. Értekezésemben az egyéni jellemzők közül

- demográfiai jellemzők: életkor, nem, iskolai végzettség és lakóhely típusa,
- az értékek,
- a szubjektív értékelésen alapuló egészség, valamint
- az egészségturizmus keretében is végezhető tevékenységekkel kapcsolatos aktivitás

és a szubjektív életminőség összefüggését vettem górcső alá.

A H3. hipotézis keretében azt vizsgálom, hogy melyek azok az értékek vagy más szóval szubjektívéletminőség-faktorok, amelyek a vizsgált terület országainak lakóit boldoggá teszik, a H4. hipotézis keretében a további egyéni tényezők és a szubjektív életminőség kapcsolata képezte vizsgálódásom tárgyát.

#### **3.3.1. A Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektívéletminőség-faktorai**

Azt, hogy milyen értékek, faktorok határozzák meg a Balkánon fekvő országok lakosságának boldogságát, 18, előre meghatározott alternatíva mentén vizsgáltam.

A megkérdezettek szubjektív életminőségében a legnagyobb szerepet a család játssza (22. táblázat), amelynek fontossága a mintában az 1-től 5-ig terjedő skálán 4,86. Ezt az egészség (átlaga 4,81), illetve egy másik, a szociális jóllét fogalomköréhez tartozó tényező, a szeretni és szeretve lenni (4,65) követi.

22. táblázat: A szubjektív életminőség-faktorok fontossága a Balkánon (A01)

	Átlag	Szórás
Család	4,86	0,496
Egészség	4,81	0,559
Szeretni / szeretve lenni	4,65	0,748
Pozitív gondolkozás	4,61	0,724
Biztonság	4,60	0,75
Munkahely	4,58	0,879
Tiszta, zöld környezet	4,58	0,75
Alvás	4,53	0,81
Egészséges táplálkozás	4,48	0,837
Barátok és emberi kapcsolatok	4,37	0,86
Siker	4,35	0,869
Jövedelem	4,30	0,923
Érdekes munka	4,22	1,001
Kötöttségektől mentes szabadidő	4,17	0,958
Mozgás / sport / torna	3,81	1,155
Utazási álmok valóra váltása	3,76	1,136
Napközbeni pihenési lehetőség	3,76	1,175
Háziállatok	3,02	1,492

*Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés*

A szubjektív életminőség mérlegelésekor értékelt 18 faktor közül nyolc 4,50-nál magasabb átlagértéket kapott. A boldogsághoz legfontosabbra értékelt tényezők között a fentiek mellett a pozitív gondolkozás, a biztonság, a munkahely, a tiszta, zöld környezet és az alvás jelenik meg.

A boldogsághoz közepesen fontos tényezők közé azon tényezőket soroltam, amelyek fontosságának átlagértéke 4,00 és 4,50 közötti. Az e kategóriában szereplő hat tényező közül három – a siker, a jövedelem, és az érdekes munka (átlagértékei rendre 4,35, 4,30 és 4,22) – a munkához kapcsolódik, a további három az egészséghez, az emberi kapcsolatokhoz és a szabadidőhöz.

A Balkánon élők boldogságában a legkevésbé releváns szerepet játszó tényezőknek a mozgás (3,81), az utazási álmok valóra váltása (3,76), a napközbeni pihenési lehetőség (3,76) és – mindezeketől messze lemaradva – a háziállatok (3,02) bizonyultak.

A szubjektív életminőség-faktorok fontossága a vizsgált régió egyes országaiban néhány kivételtől – család, egészség, háziállatok – eltekintve változatos képet mutat.

23. táblázat: A szubjektív életminőség-faktorok fontossága (átlagértékek) a Balkánon fekvő országokban (A01)<sup>20</sup>

	Munkahely	Család	Barátok és emberi kapcsolatok	Jövedelem	Szeretni / szeretve lenni	Siker	Egészség	Tiszta, zöld környezet	Biztonság	Kööttiségtől mentes szabadidő	Utazási álmok valóra váltása	Mozgás / sport / torna	Egészséges táplálkozás	Alvás	Napközbeni pihenési lehetőség	Pozitív gondolkodás	Érdekes munka	Háziállatok
Albánia	4,56	4,97	4,01	4,71	4,44	4,11	4,90	4,71	4,64	3,70	3,82	3,53	4,84	4,72	3,76	4,51	4,07	2,31
Bosznia-Hercegovina	4,68	4,93	4,55	4,25	4,74	4,47	4,81	4,61	4,68	4,03	3,66	3,92	4,52	4,54	4,17	4,73	4,40	2,67
Bulgária	4,58	4,87	4,47	4,31	4,75	4,40	4,76	4,66	4,68	4,35	3,95	3,80	4,31	4,56	3,97	4,63	4,37	3,34
Görög-ország	4,62	4,70	4,31	4,11	4,70	4,17	4,85	4,49	4,46	3,87	3,52	3,83	4,28	4,40	3,37	4,51	4,32	2,83
Horvát-ország	4,59	4,85	4,32	3,98	4,62	4,17	4,76	4,46	4,43	4,07	3,55	3,87	4,17	4,44	3,91	4,56	4,31	3,27
Macedónia	4,51	4,92	4,58	4,38	4,79	4,54	4,79	4,68	4,69	4,39	3,97	3,99	4,64	4,58	4,31	4,69	4,35	3,32
Montenegró	4,61	4,97	4,58	4,61	4,83	4,49	4,96	4,61	4,83	4,56	4,05	3,71	4,70	4,66	4,10	4,84	4,31	2,93
Románia	4,67	4,88	4,17	4,25	4,72	4,33	4,80	4,70	4,61	4,38	3,88	3,92	4,60	4,53	3,58	4,65	4,42	3,08
Szerbia	4,56	4,92	4,43	4,46	4,67	4,47	4,88	4,45	4,66	4,31	3,78	3,61	4,53	4,55	3,85	4,70	4,25	3,33
Szlovénia	4,48	4,67	4,24	4,12	4,54	4,06	4,72	4,36	4,32	4,08	3,35	3,84	4,17	4,38	3,34	4,50	4,27	3,41
Török-ország	4,46	4,83	4,36	4,09	4,39	4,58	4,70	4,69	4,63	4,08	3,78	3,88	4,54	4,44	3,00	4,38	3,38	2,78
Összesen	4,58	4,86	4,37	4,30	4,65	4,35	4,81	4,58	4,60	4,17	3,76	3,81	4,48	4,53	3,76	4,61	4,22	3,02

Megjegyzés: A táblázat egyes oszlopai esetében a narancssárga színnel színezett cellákhoz tartozó országok lakói számára az adott faktor fontos, a szürkével jelöltek lakói számára az adott boldogságfaktor kevésbé fontos. Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés

A család és az egészség szubjektív életminőségben betöltött kiemelkedően fontos szerepe a régióban elvitathatatlan (23-24. táblázat): a család – Görögország és Szlovénia kivételével – minden Balkánon fekvő országban a szubjektív életminőséget leginkább meghatározó tényezőnek bizonyult a mintában, átlagértéke az egyes országokban 4,67 és 4,97 között alakult. Az egészség fontosságának megítélése ugyancsak egységes: három kivételtől – Görögország, Macedónia, Szlovénia – eltekintve a szubjektív életminőség második „legbefolyásosabb” faktora, fontossági átlagértéke 4,70 és 4,96 között helyezkedik el.

A háziállatok mint a szubjektív életminőség forrásai hasonlóan egyöntetű megítélés alá esnek: a vizsgált tizenegy ország közül tíz megkérdezettjei 2,31-3,41 közötti átlaggal, az utolsó, 18. helyre rangsorolták.

A további szubjektív életminőség-faktorok közül a 11 000 megkérdezett válasza alapján kialakított rangsor végén szereplő mozgás, fizikai aktivitás (15. helyezés), az utazási álmok valóra váltása és

<sup>20</sup> A táblázatban narancssárga szín jelzi a szignifikánsan magasabbra, szürke a szignifikánsan alacsonyabbra értékelt boldogságfaktorokat.



a napközbeni pihenési lehetőség (16/17. megosztott helyezés) a vizsgált országokban hasonló fontosságot mutat, átlagértékei rendre 3,53-3,99, 3,35-4,05 és 3,00-4,31 között mozognak.

A megkérdezettek véleménye az egyes országokban a további szubjektív életminőség-faktorokról nem egységes. Van olyan tényező, amelynek a legmagasabb és legalacsonyabb rangja közötti távolság 11: az egészséges táplálkozást az Albániában élők a 3., a Bulgáriában élők a 14. helyre rangsorolták vizsgált mintában. Két, az anyagi jóléttel összefüggésbe hozható tényező, a siker és a jövedelem esetében a legmagasabb és a legalacsonyabb rangszámok távolsága ugyancsak nagy: a sikert Törökországban az 5., Szlovéniában a 14. helyre sorolták a megkérdezettek, a jövedelmet Albániában az 5., Horvátországban a 14. legfontosabb szubjektív életminőség-faktornak tartják a vizsgált 18 faktor közül (24. táblázat).

24. táblázat: A szubjektív életminőség-faktorok rangszámai a Balkánon fekvő országokban (A01)

	Család	Egészség	Szeretni / szeretve lenni	Posztív gondolkodás	Biztonság	Munkahely	Tiszta, zöld környezet	Alvás	Egészséges táplálkozás	Barátok és emberi kapcsolatok	Siker	Jövedelem	Érdekes munka	Kötelességektől mentes szabadidő	Mozgás / sport / torna	Utazási álmok valóra váltása	Napközbeni pihenési lehetőség	Házállatok
Albánia	1	2	10	9	7	8	6	4	3	13	11	5	12	16	17	14	15	18
Bosznia-Hercegovina	1	2	3	4	6	5	7	9	10	8	11	13	12	15	16	17	14	18
Bulgária	1	2	3	6	4	7	5	8	14	9	10	13	11	12	17	16	15	18
Görögország	2	1	3	5	7	4	6	8	11	10	12	13	9	14	15	16	17	18
Horvátország	1	2	3	5	8	4	6	7	12	9	11	14	10	13	16	17	15	18
Macedónia	1	3	2	5	4	11	6	9	7	8	10	13	14	12	16	17	15	18
Montenegró	1	2	4	3	5	8	10	7	6	11	13	9	14	12	17	16	15	18
Románia	1	2	3	6	7	5	4	9	8	14	12	13	10	11	15	16	17	18
Szerbia	1	2	4	3	5	6	11	7	8	12	9	10	14	13	17	16	15	18
Szlovénia	2	1	3	4	8	5	7	6	11	10	14	12	9	13	15	17	18	16
Törökország	1	2	9	10	4	7	3	8	6	11	5	12	16	13	14	15	17	18
Összesen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Range <sup>21</sup>	1	2	8	7	4	7	8	5	11	6	9	9	7	5	3	3	4	2
Átlag <sup>22</sup>	1,2	1,9	4,3	5,4	5,9	6,4	6,4	7,4	8,7	10,4	10,7	11,5	11,9	13,1	15,9	16,1	15,7	17,8

Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés

Arra, hogy az egyes szubjektív életminőség-faktorok fontossága egyes országokban vagy ország csoportokban más és más képet mutat, az országok páronkénti összehasonlítása is rámutatott. Az egyes szubjektív életminőség-faktorok fontosságával kapcsolatosan adott válaszok megoszlása nem minden országban különbözött szignifikánsan egymástól, ugyanakkor megfigyelhetőek szignifikáns eltérések is, így a részletes páronkénti vizsgálat alapján a felmérésből az a következtetés adódik, hogy

<sup>21</sup> A legmagasabb és a legalacsonyabb rangszám különbsége.

<sup>22</sup> A rangszámok átlaga.

- a munkahely mint szubjektívetminőség-formáló tényező fontossága Bosznia-Hercegovinában, Romániában, Görögországban, Montenegróban és Horvátországban a legmagasabb, és Macedóniában, Szlovéniában és Törökországban a legkevésbé fontos,
- az érdekes munka fontossága részben hasonló képet mutat: fontossági átlagértéke Romániában, Bosznia-Hercegovinában Bulgáriában, Macedóniában és Görögországban magas, Törökországban alacsony,
- a jövedelem fontosságának megítélése Albániában és Montenegróban magas, Horvátországban a legalacsonyabb,
- a siker Törökországban és Macedóniában szignifikánsan magasabb, Horvátországban, Albániában és Szlovéniában szignifikánsan alacsonyabb értékelést kapott, mint a többi országban.

A szociális jólléttel kapcsolatos szubjektívetminőség-faktorok esetében

- a család fontosságának megítélése Albánia, Montenegró, Bosznia-Hercegovina, Macedónia és Szerbia esetében hasonlóan magas, Görögország és Szlovénia esetében a legalacsonyabb,
- a barátok és emberi kapcsolatok mint szubjektívetminőség-formáló tényező megítélése hasonló: Montenegróban, Bosznia-Hercegovinában és Macedóniában a vizsgált országok közül szignifikánsan magasabb, Albániáé szignifikánsan alacsonyabb,
- csakúgy mint a szeretni és szeretve lenni szubjektívetminőség-faktoré: ez a tényező a páros összehasonlítása alapján Montenegró, Bosznia-Hercegovina és Macedónia mellett Bulgáriában is szignifikánsan magasabb, Albániában és Törökországban szignifikánsan alacsonyabb, mint a többi országban,
- a háziállatok fontosságának megítélése Bulgáriában, Horvátországban, Macedóniában, Szerbiában és Szlovéniában a legmagasabb, és Albániában a legalacsonyabb.

Az egészséggel kapcsolatos tényezők közül

- az egészség fontosságának megítélése Montenegróban szignifikánsan magasabb, Bulgáriában, Horvátországban, Szlovéniában és Törökországban szignifikánsan alacsonyabb, mint a többi országban,
- az egészséges táplálkozás Albániában a legfontosabb, és Horvátországban, illetve Szlovéniában a legkevésbé fontos,
- a mozgás, sport fontosságának megítélése Macedóniában, Bosznia-Hercegovinában, Romániában és Törökországban magasabb, Szerbiában és Albániában alacsonyabb, mint a régió többi országában,
- az alvás és a napközbeni pihenés tekintetében elmondható, hogy az alvás Albániában, Montenegróban és Macedóniában, a napközbeni pihenési lehetőség Macedóniában és Bosznia-Hercegovinában szignifikánsan fontosabb, illetve az alvás Görögországban és Szlovéniában, a napközben pihenési lehetőség Törökországban szignifikánsan kevésbé fontos tényező, mint a régió többi országában,
- a pozitív gondolkodás fontosságának megítélése Montenegróban magasabb, Albániában, Görögországban, Szlovéniában és Törökországban alacsonyabb, mint a többi Balkánon fekvő országban,
- a tiszta, zöld környezet fontossága a páros összehasonlítások alapján Albánia, Románia, Törökország, Macedónia és Bulgária lakossága esetében hasonlóan magas, míg Szerbia és Szlovénia esetében szignifikánsan alacsonyabb, mint a régió többi országában.

A szabadidővel kapcsolatos tényezők közül

- a kötöttségektől mentes szabadidő Macedóniában és Montenegróban a legfontosabb, és Albániában a legkevésbé fontos,
- az utazási álmok valóra váltása mint szubjektívetminőség-formáló tényező fontossága Macedónia és Montenegró mellett Bulgáriában is szignifikánsan magasabb, Szlovénia esetében szignifikánsan alacsonyabb, mint a régió többi országában.

A nemrégiben még háborúval sújtott területen a biztonság kérdése különösen fontos lehet. A biztonság fontosságának megítélése Montenegró esetében szignifikánsabb magasabb, a háború által legkevésbé sújtott Görögország és Szlovénia, illetve Horvátország esetében szignifikánsan alacsonyabb, mint a régió többi országában.

A Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektív életminőségét meghatározó tényezők tekintetében a mintára vonatkozóan összességében elmondható, hogy abban

- a családnak kiemelkedően fontos szerepe van,
- a szociális kapcsolatok általában véve is jelentős szerepet töltenek be,
- az egészség a családhoz hasonló, abszolút meghatározó szubjektív életminőség-formáló tényező,
- a munkahely, de még inkább a jövedelem és a végzett munka érdekessége kevésbé meghatározó szerepet játszik, a vizsgált tényezők fontossági rangsorában ezek a faktorok a középmezőnyben helyezkednek el,
- a szabadidőnek, és különösen az utazási álmok valóra váltásának mint szubjektív életminőség-faktornak a fontossága, ha nem is elhanyagolható (hiszen az 1-től 5-ig terjedő skálán ezek a faktorok 4,17-os és 3,76-os átlagértéket kaptak), de a vizsgált 18 faktor tekintetében kevésbé releváns,
- az egyes szubjektív életminőség-faktorok fontosságának megítélésében a vizsgált országok között szignifikáns különbségek is vannak.

**Következtetés: H3. A Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektív életminőségében a társas, szociális kapcsolatoknak kiemelkedően fontos szerepe van. – Elfogadom.**

A H4. hipotézisben azt teszteltem, hogy a további egyéni tényezők milyen kapcsolatot mutatnak a szubjektív életminőséggel. A szakirodalom-feldolgozás alapján azt feltételeztem, hogy ezen tényezők közül a szubjektív egészség és a szubjektív életminőség kapcsolata erős, a demográfiai tényezők, illetve az aktivitás és a szubjektív életminőség kapcsolata azonban kevésbé meghatározó lesz.

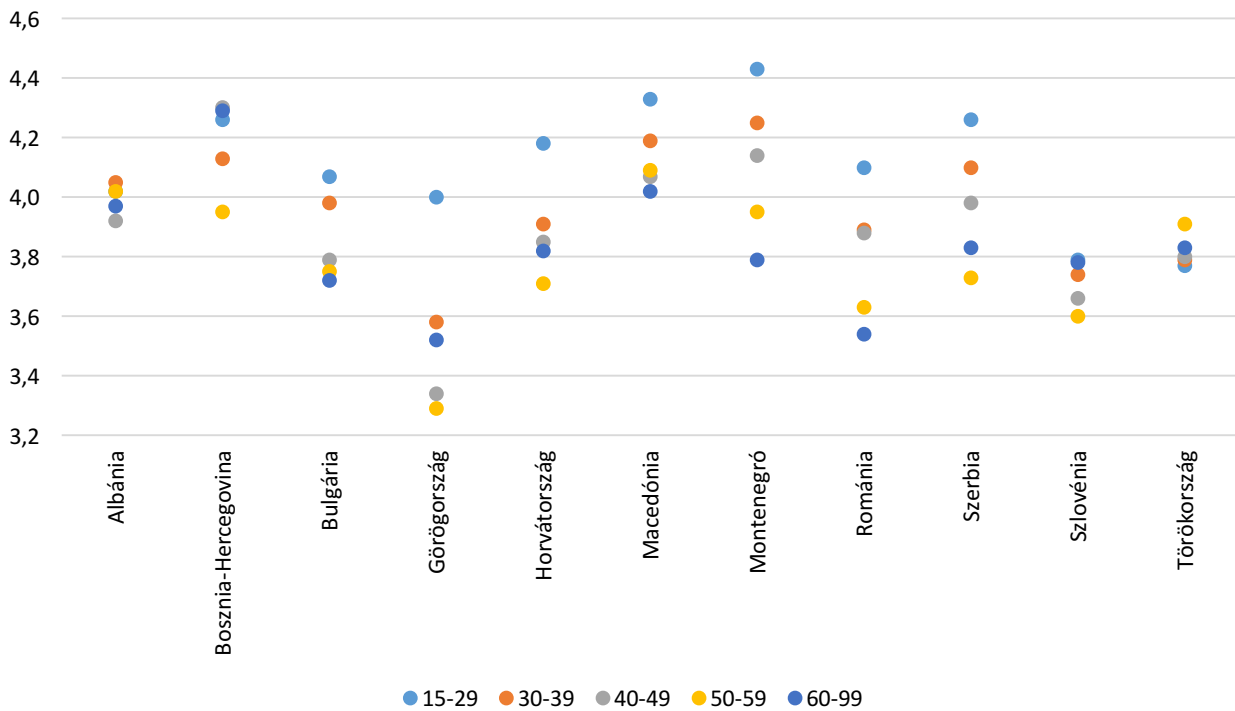
### 3.3.2. A szubjektív életminőség és a demográfiai jellemzők összefüggése

A szubjektív életminőség és a demográfiai tényezők kapcsolatának teszteléséhez a szubjektív életminőséget a kérdőív „Mennyire ért egyet a következő állításokkal? – Teljesen boldog vagyok: 1 - egyáltalán nem értek egyet, ... 5 - teljesen egyetértek” kérdésének megfelelő A03\_1 változóval mértem, a demográfiai tényezők pedig a kérdőív megfelelő kérdéseiből származtatott D01\*, D02, D03\*, D04 változók.

A szubjektív életminőség és az egyes demográfiai változók közötti kapcsolat elemzéséhez vizsgáltam a minta eloszlásának normalitását és a szóráshomogenitást, a kapcsolatot pedig – ahol lehetséges volt – khi-négyzet próbával (függetlenségvizsgálat) teszteltem. A szignifikáns kapcsolatok szorosságát az eta együtthatóval értékeltem. A szignifikáns összefüggések részletes elemzését a *mintabeli* és a *függetlenség esetén feltételezett* gyakoriságok összehasonlításával végeztem. A khi-négyzet próbához tartozó keresztábra azon celláira, ahol a mintabeli gyakoriságok meghaladják a függetlenség esetén feltételezett gyakoriságokat *felülreprezentáció* jellemző, azaz az adott cellához tartozó ismérvváltozatok „vonzzák” egymást. Ellenkező esetben – *alulreprezentáció* esetén – az adott cellához tartozó ismérvváltozatok „taszítják” egymást.

A *szubjektív életminőséget az életkor alapján* vizsgálva elmondható, hogy a Balkánon fekvő országok 1000-1000 fős mintáira többé-kevésbé igaz az, hogy

- a legmagasabb boldogsági szinttel a legfiatalabb korosztály jellemezhető,
- az életkor növekedésével a 30-39, a 40-49 és az 50-59-es korosztályban a boldogsági szint folyamatosan csökken,
- a legidősebb korosztály (60-99 évesek) boldogsági szintje pedig ismét növekszik, vagyis meghaladja az 50-59 évesek boldogsági szintjét (17. ábra).

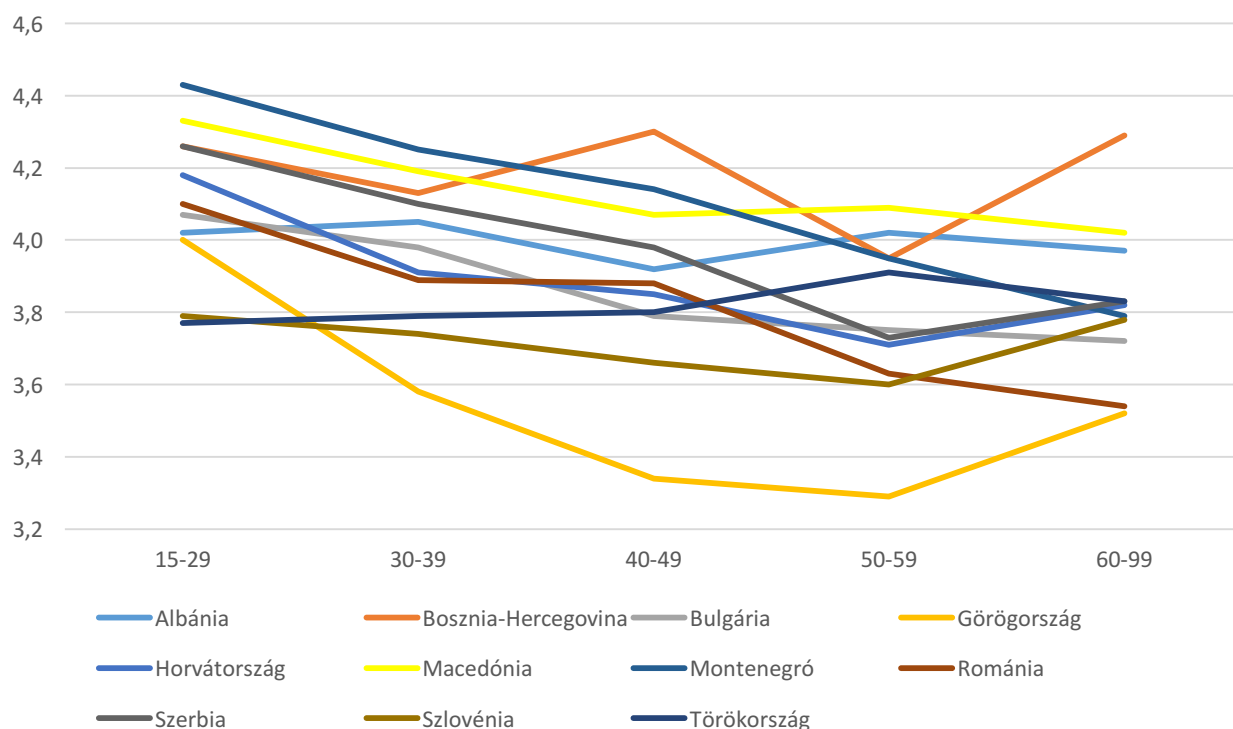


17. ábra: A Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektív életminősége (A03\_1) életkor-kategóriák szerinti bontásban (D01\*)

Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés

A szubjektív életminőséget életkor-kategóriák szerint vizsgálva a „klasszikusnak” tekinthető (DiTELLA et al. 1999, DOLAN et al. 2008, DOCKERY [N.a.]) U-alakú görbével jellemezhető Görögország, Horvátország, Szerbia és Szlovénia (18. ábra). A Balkánon fekvő többi ország esetében – Törökország kivételével – csak némely ponton sérül az U-görbe:

- Albániában például a 30-39 és az 50-59 évesek a legboldogabbak, Bosznia-Hercegovinában a 40-49 évesek.
- Bulgáriában, Macedóniában és Montenegróban a legidősebb korosztály boldogságszintje nem haladja meg az 50-59 éves korosztály boldogsági szintjét.
- Törökország egyes korcsoportjai a boldogság tekintetében fordított, EASTERLIN (2006) által is dokumentált U-görbével jellemezhetők: itt, a mintában a legboldogabbak az 50-59 évesek, a legkevésbé boldogok pedig a 15-29 évesek.



18. ábra: A vizsgált országok lakosságának szubjektív életminősége (A03\_1) életkor-kategóriák szerinti bontásban (D01\*)

Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés

Mivel a szubjektív életminőség inkább tekinthető ordinális (1-5) skálán mért változónak, mint arányskálának, miközben az életkor arányskálán mért változó, így a válaszadók életkora és az általuk érzékelt 1-5 skálán mért boldogság kapcsolatát nem parametrikus rangkorrelációs mutatóval (Spearman-féle korreláció) mértem. A mutató értékére  $-0,120$  adódott ( $p < 0,005$ ), azaz az adatok között gyenge negatív korreláció mutatkozik. Tovább vizsgálva az összefüggést, a válaszadókat az életkor alapján öt kategóriába soroltam (15-29 évesek, 30-39 évesek, 40-49 évesek, 50-59 évesek és 60 év felettek), majd chí-négyzet próbát végeztem. A teszt azt mutatta, hogy van kapcsolat a két változó (boldogság és korcsoportok) között (a chí-négyzet próba értéke:  $241,206$ ,  $df=16$ ,  $p < 0,005$ ) ám a kapcsolat erősségét mérő mutató (eta) értékére  $0,128$  adódott, amely gyenge összefüggést jelez.

Az összefüggést részletezve elmondható, hogy akik a legfiatalabb korosztályba (15-29 év) tartoznak, azokra a 4-5 boldogsági szint jellemző, míg a két legidősebb korosztály (50-59 és 60-99 év) az 1-3 boldogsági szinttel jellemezhető (25. táblázat).

25. táblázat: A vizsgált változók (boldogsági szint (A03\_1) és az életkor-kategóriák (D01\*)) mintabeli és függetlenség esetén feltételezett gyakorisága<sup>23</sup>

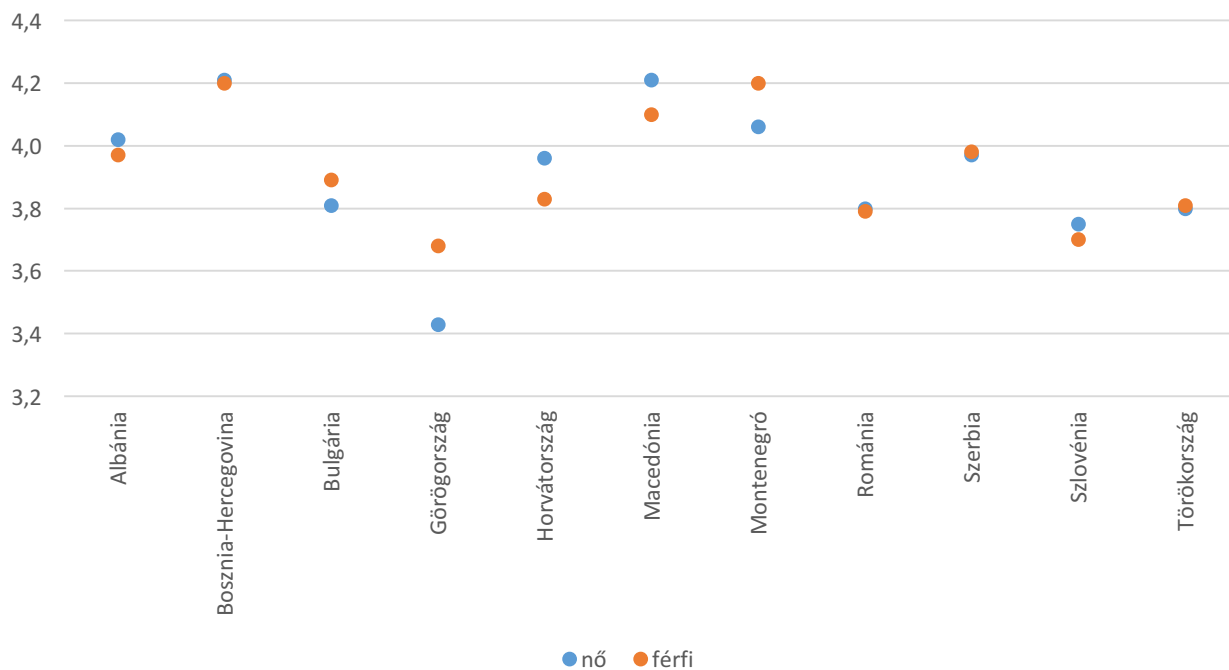
		A03. Mennyire ért egyet a következő állításokkal? - Boldog vagyok					Total
		1	2	3	4	5	
15-29	Mintabeli gyakoriság	46	64	460	1117	1024	2711
	Feltételezett gyakoriság	68,1	121,4	611,6	1076,9	832,9	2711,0
30-39	Mintabeli gyakoriság	38	91	406	843	600	1978
	Feltételezett gyakoriság	49,7	88,6	446,3	785,8	607,7	1978,0
40-49	Mintabeli gyakoriság	49	81	440	815	517	1902
	Feltételezett gyakoriság	47,8	85,2	429,1	755,6	584,4	1902,0
50-59	Mintabeli gyakoriság	51	97	507	669	451	1775
	Feltételezett gyakoriság	44,6	79,5	400,5	705,1	545,4	1775,0
60-99	Mintabeli gyakoriság	92	159	666	921	784	2622
	Feltételezett gyakoriság	65,9	117,4	591,5	1041,6	805,6	2622,0
Összesen	Mintabeli gyakoriság	276	492	2479	4365	3376	10988
	Feltételezett gyakoriság	276,0	492,0	2479,0	4365,0	3376,0	10988,0

*Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés*

Ha országonként külön-külön vizsgáljuk, hogy eltér-e az egyes korcsoportok szubjektív boldogság szintje, kiderül, hogy a tizenegy országból csupán három – Albánia, Szlovénia és Törökország – esetében nem mutatható ki szignifikáns különbség.

A szubjektív életminőséget nemek alapján vizsgálva elmondható, hogy a Balkánon fekvő országok esetében a férfiak és a nők boldogsági szintje között jellemzően nincs jelentősebb eltérés a mintában. Ez alól kivételt csupán néhány ország képez: Görögországban (a mintára jellemző átlagok a nők és férfiak vonatkozásában rendre 3,43 és 3,68) és Montenegróban (4,06-4,20) a férfiak, Horvátországban (3,96 és 3,83) és Macedóniában (4,21 és 4,10) a nők boldogabbak.

<sup>23</sup> A táblázatban a narancs azokat a cellapárosokat jelöli, ahol a tényleges adatsor vagyis a mintabeli gyakoriság (Count) nagyobb, azaz felülreprezentálja az elméleti, feltételezett értéket (Expected), a szürke pedig azokat, ahol a mintabeli adatsor kisebb, azaz alulreprezentálja a feltételezett értéket (Expected).



19. ábra: A vizsgált országok lakosságának szubjektív életminősége (A03\_1) nemek szerinti bontásban (D02)

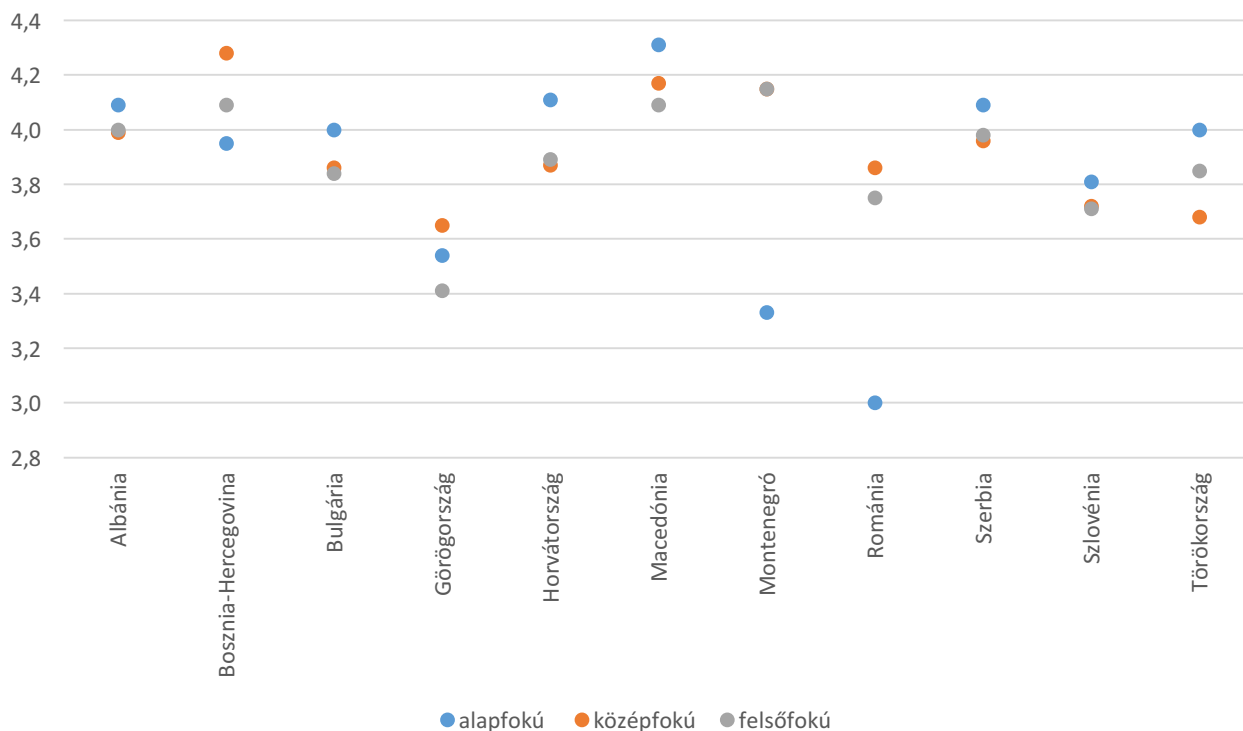
Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés

A szubjektív életminőség és a megkérdezett neme kapcsolatának tekintetében, mivel az 1-5 skálán mért boldogságszint, mint statisztikai változó nem volt normális eloszlású és a szóráshomogenitás feltétele sem teljesült a Levene-teszt alapján (a Levene tesztstatisztika értéke 13,801,  $df_1=1$ ,  $df_2=10986$ ,  $sig.=0,000$ ), a 19. ábrán látható eltérések általánosíthatóságát Kruskal-Wallis nem parametrikus teszttel vizsgáltam. Az összes országot együttesen vizsgálva a teszt azt mutatta, hogy nincs szignifikáns különbség a nők és a férfiak szubjektív boldogságérzete között. A tesztstatisztikai értéke 0,22-re adódott,  $df=1$  szabadságfok mellett, a  $p = 0,883$ , ami magasabb, mint az elfogadási tartomány ( $p>0,05$ ), azaz azt a nullhipotézist, amely szerint nincs különbség a nők és a férfiak boldogságszintje tekintetében, meg kell tartanunk.

Ha országonként külön-külön vizsgáljuk, hogy eltér-e a férfiak és a nők boldogságszintje, kiderül, hogy a tizenegy országból három – Görögország, Horvátország és Montenegró – esetében mutatható ki szignifikáns különbség. Görögországban és Montenegróban a férfiak boldogságra vonatkozó válaszainak eloszlása inkább a magasabb boldogságsszintek irányában volt jellemző, míg Horvátországban a válaszok eloszlása fordított volt, a nők valamivel boldogabbnak tűnnek, mint a férfiak.

A Balkán kvantitatív kutatás keretében létrejött adatbázisban további két olyan demográfiai változó szerepelt, amelyre a minta nem reprezentatív, ezek az iskolai végzettség és a lakóhely önbesoroláson alapuló jellege. A reprezentativitás hiánya miatt az ezen változókkal kapcsolatosan levont következtetések érvényessége korlátozott.

A szubjektív életminőséget az iskolai végzettség szerinti bontásban vizsgálva megállapítható, hogy a Balkánon fekvő tizenegy ország közül hétben – Albánia, Bulgária, Horvátország, Macedónia, Szerbia, Szlovénia, Törökország – a legalacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező válaszadók a legboldogabbak, négyben – Bosznia-Hercegovinában, Görögországban, Montenegróban és Romániában pedig a középfokú végzettségűek. (Montenegróban a közép-, illetve felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezők boldogságszintje azonos.)



20. ábra: A vizsgált országok lakosságának szubjektív életminősége (A03\_1) iskolai végzettség szerinti bontásban (D03\*)

Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés

A szubjektív életminőség és az iskolai végzettség kapcsolatának (20. ábra) elemzését – mivel az 1-5 skálán mért boldogságszint, mint statisztikai változó nem volt normális eloszlású és a szóráshomogenitás feltétele sem teljesült a Levene-teszt alapján (a Levene tesztstatisztika értéke 22,626,  $df_1=2$ ,  $df_2=10958$ ,  $sig.=0,000$ ) – ugyancsak Kruskal-Wallis nem parametrikus teszttel vizsgáltam.

Az összes országot együttesen vizsgálva a teszt azt mutatta, hogy szignifikáns különbség van az iskolai végzettség alapján képzett csoportok boldogságszintje között. A tesztstatisztikai értéke 34,430 volt,  $df=2$  szabadságfok mellett, a  $p = 0,000$ , ami az elfogadási tartományba ( $p>0,05$ ) esik, azaz azt a nullhipotézist, amely szerint nincs különbség az egyes, iskolai végzettség alapján képzett csoportok boldogságszintjében, el kell vetni.

Ezt követően chí-négyzet próbát végeztem. A teszt azt mutatta, hogy van kapcsolat a két változó (boldogság és az iskolai végzettség) között (a chí-négyzet próba értéke: 117,198,  $df=8$ ,  $sig.=0,000$ ), ám a kapcsolat erősségét mérő mutató (eta) értékére 0,043 adódott, amely igen gyenge összefüggést jelez.

Az összefüggést részletezve elmondható, hogy az alap- és a középfokú végzettségűekre inkább a 3-4-es boldogsági szint jellemző, míg a felsőfokú végzettségűek vagy egyáltalán nem boldogok, vagy nagyon boldogok (1-es és 5-ös boldogsági szint) (26. táblázat).



26. táblázat: A vizsgált változók (boldogsági szint (A03\_1) és iskolai végzettség (D03\*)) mintabeli és függetlenség esetén feltételezett gyakorisága<sup>24</sup>

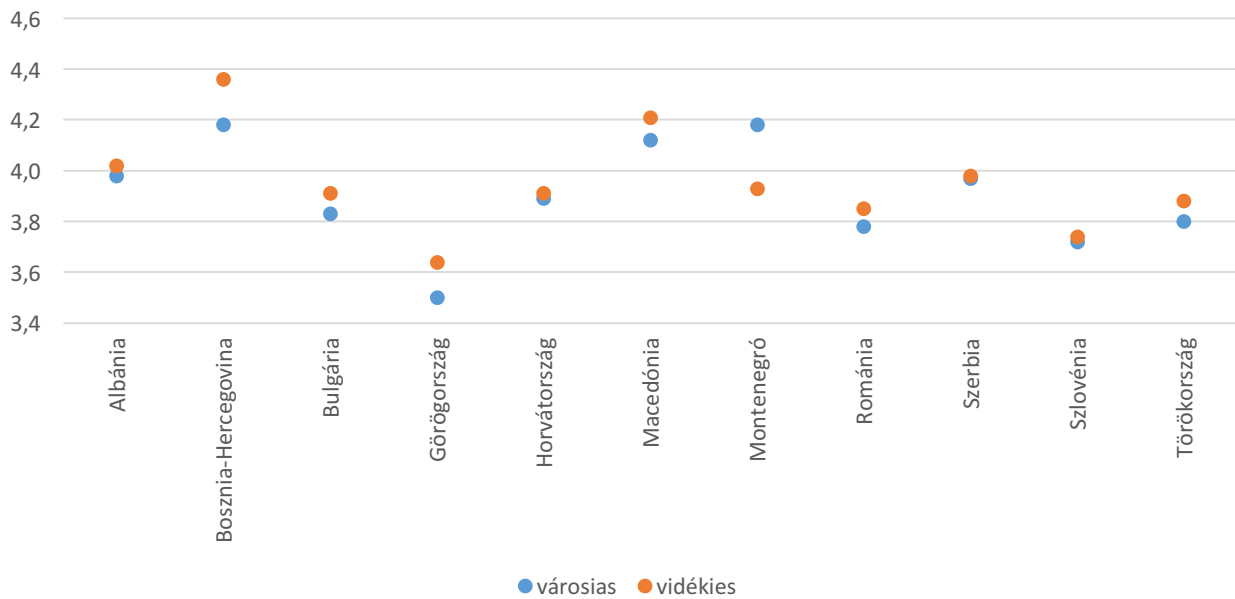
		A03. Mennyire ért egyet a következő állításokkal? - Boldog vagyok					Total
		1	2	3	4	5	
Alapfokú	Mintabeli gyakoriság	29	43	136	204	249	661
	Feltételezett gyakoriság	16,6	29,6	148,8	262,9	203,0	661,0
Középfokú	Mintabeli gyakoriság	169	283	1477	2555	2210	6694
	Feltételezett gyakoriság	167,9	299,9	1507,2	2662,7	2056,3	6694,0
Felsőfokú	Mintabeli gyakoriság	77	165	855	1601	908	3606
	Feltételezett gyakoriság	90,5	161,5	811,9	1434,4	1107,7	3606,0
Összesen	Mintabeli gyakoriság	275	491	2468	4360	3367	10961
	Feltételezett gyakoriság	275,0	491,0	2468,0	4360,0	3367,0	10961,0

Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés

Ha országonként külön-külön vizsgáljuk, hogy eltér-e a különböző iskolai végzettségű emberek boldogságsszintje, kiderül, hogy a tizenegy országból négy – Bosznia-Hercegovina, Görögország, Montenegró és Románia – esetében mutatható ki szignifikáns különbség. Ezekben az országokban a középfokú iskolai végzettséggel rendelkezők boldogságra vonatkozó válaszainak eloszlása inkább a magasabb boldogságsszintek irányába volt jellemző.

A szubjektív életminőséget a megkérdezett lakóhelyének típusa szerinti besorolásban vizsgálva az látható, hogy a vizsgált tizenegy ország közül négyben a városokban élők és a vidékies területek lakóinak boldogságsszintje csaknem azonos, ahol pedig e demográfiai változó mentén van különbség a boldogsági szint megítélésében a mintában, ott a mérleg nyelve – egyetlen kivétellel, Montenegróban – a vidékies területeken élők javára dől el.

<sup>24</sup> A táblázatban a narancs azokat a cellapárosokat jelöli, ahol a tényleges adatsor vagyis a mintabeli gyakoriság (Count) nagyobb, azaz felülreprezentálja az elméleti, feltételezett értéket (Expected), a szürke pedig azokat, ahol a mintabeli adatsor kisebb, azaz alulreprezentálja a feltételezett értéket (Expected).



21. ábra: A vizsgált országok lakosságának szubjektív életminősége (A03\_1) a lakóhely típusa szerinti bontásban (D04)

Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés

A szubjektív életminőség és a lakóhely típusa (21. ábra) kapcsolatának vizsgálatát a válaszadói szubjektív boldogságmutató segítségével, valamint az önbesoroláson alapuló város-vidék változó segítségével végeztem el. Mivel a boldogság nem volt normális eloszlású változó, és a szóráshomogenitás feltétele sem teljesült a Levene-teszt alapján (a tesztstatisztika értéke 22,626,  $df_1=2$ ,  $df_2=10958$ ,  $sig.=,000$ ), Kruskal-Wallis teszttel vizsgáltam, hogy van-e szignifikáns különbség a vidéki és a városi válaszadók boldogságszintje között. Az összes országot együttesen vizsgálva a teszt azt mutatta, hogy nincs szignifikáns különbség a vidékiek és a városban lakók boldogságérzete között. A tesztstatisztikai értéke 3,15-re adódott,  $df=1$  szabadságfok mellett, a  $p=0,076$ , ami magasabb, mint az elfogadási tartomány ( $p>0,05$ ), azaz azt a nullhipotézist, amely szerint a városi és a vidéki lakosság körében nincs különbség a boldogságszintje tekintetében, meg kell tartanunk.

Ha országonként külön-külön vizsgáljuk, hogy eltér-e a városi és a vidéki válaszadók szubjektív boldogságszintje, kiderül, hogy a tizenegy országból három esetében mutatható ki különbség: Görögország, Montenegró, valamint Bosznia-Hercegovina tekintetében. Görögországban és Bosznia-Hercegovinában a vidékiek boldogságra vonatkozó válaszainak eloszlása inkább a magasabb boldogságszintek irányába volt jellemző, míg Montenegróban a válaszok eloszlása fordított volt, a városiak tűnnek valamivel boldogabbnak. (Az elfogadási tartomány azonban a görög válaszadók körében éppen a határon volt,  $p=0,05$ .)

Kiegészítésképp elmondható, hogy ha a 27. táblázat boldogságindexe és a városi népesség aránya – mint az urbanizáció mércéje – közötti kapcsolatot vizsgáljuk, a Spearman-féle rangkorrelációs mutató alapján közepes korreláció mutatkozik a városi lakosság aránya és a boldogságindex között, azonban a mutató nem szignifikáns, azaz nem állítható 95%-os valószínűséggel, hogy a korrelációs mutató különbözik nullától.

27. táblázat: *A boldogságindexek és a városi népesség aránya a vizsgált országokban*

	Boldogságindex (%)	Városi népesség aránya (%)
Bosznia-Hercegovina	84,2	39,0
Macedónia	83,2	57,0
Montenegró	82,6	64,0
Albánia	80,0	55,0
Szerbia	79,4	55,0
Horvátország	78,0	58,0
Bulgária	77,0	73,0
Románia	76,0	54,0
Törökország	76,0	72,0
Szlovénia	74,4	50,0
Görögország	71,0	77,0

*Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) és a World Bank adatai alapján saját szerkesztés*

Összegezve: a nem és a lakóhely típusa nincs, a kor és az iskolai végzettség azonban szignifikáns, de gyenge kapcsolatban van a boldogságot, azaz a szubjektív életminőséget mérő A03\_1 változóval.

### 3.3.3. A szubjektív életminőség és a szubjektív egészség kapcsolata

A szubjektív életminőség tényezőinek vizsgálatakor egyértelműen látszott az, hogy a szubjektív életminőségben az egészségnek vitathatatlanul jelentős szerepe van: a 18, boldogságban szerepet játszó, előre meghatározott faktor közül az egészség a második legmagasabb átlagértéket érte el. A H4. hipotézis szubjektív egészséggel kapcsolatos részének teszteléséhez további elemzések is végezhetők.

Ehhez a szubjektív életminőséget a kérdőív „Mennyire ért egyet a következő állításokkal? – Teljesen boldog vagyok: 1 - egyáltalán nem értek egyet, ... 5 - teljesen egyetértek” kérdésének megfelelő A03\_1 változóval mértem, a szubjektív egészséget a kérdőív „Mennyire ért egyet a következő állításokkal? – Teljesen egészséges vagyok: 1 - egyáltalán nem értek egyet, ... 5 - teljesen egyetértek” kérdésének megfelelő A02\_1 változóval. Mivel az 1-5 skálán mért boldogságszint, mint statisztikai változó nem volt normális eloszlású és a szóráshomogenitás feltétele sem teljesült a Levene-teszt alapján (a Levene tesztstatisztika értéke 151,811,  $df_1=4$ ,  $df_2=10971$ ,  $sig.=0,000$ ), így a két változó közötti kapcsolatot a Spearmann-féle nem-parametrikus korrelációval vizsgáltam. A boldogságszint és a szubjektív egészség között szignifikáns összefüggés van, amely közepesen erős és pozitív irányú (korrelációs koefficiens = ,340,  $sig.=0,000$ ), ami azt jelenti, hogy magasabb boldogságszint magasabb, jobb – szubjektíven értékelt – egészségi szinttel „jár együtt”.

### 3.3.4. A szubjektív életminőség és az aktivitás kapcsolata

A Balkán lakosságának szubjektív életminőségét befolyásoló értékek, demográfiai és szocializációs jellemzők elemzését követően a negyedik egyéni tényezőcsoport keretében a szubjektív életminőségnek és különböző, az egészségturizmus keretében is értelmezhető tevékenységeknek az összefüggését vizsgálom. Ehhez a kérdőív A05. kérdését vettem alapul („Az alábbi tevékenységek közül melyiket végzi legalább egyszer egy évben?”), és azt veszem górcső alá, hogy azok, akik az előre megadott 13 tevékenység közül egyiket sem végzik évente egyszer sem, azok boldogsági szintje különbözik-e a felsorolt tevékenységek valamelyikét évente legalább egyszer végzők csoportjának boldogságszintjétől. Mivel az 1-5 skálán mért boldogságszint mint statisztikai változó nem volt normális eloszlású és a szóráshomogenitás feltétele sem teljesült a Levene-teszt alapján (a Levene tesztstatisztika értéke 62,106,  $df_1=1$ ,  $df_2=10986$ ,  $sig.=0,000$ ),

Mann-Whitney U tesztet végeztem. A tesztstatisztika értéke, a Khí négyzet = 0,003, azaz a nullhipotézis (mely szerint az „igen” és a „nem” választ adók csoportjában a boldogság szintjeinek eloszlása ugyanaz) elutasítható, azaz a válaszadók két csoportjában a boldogságszintek eloszlása nem egyezik meg.

A teszt eredményeinek használhatóságát erősen korlátozza a kérdésre igennel, illetve nemmel válaszolók arányának megoszlása. A 11 000 megkérdezettből 10 901 végez valamilyen, a szubjektív életminőséggel kapcsolatba hozható tevékenységet, és mindössze 99 (az összes válaszadó nem egészen 1%-a) olyan válaszadó volt, aki egyiket sem végzi. Közülük a legtöbben bolgárok (a 99, egyetlen tevékenységet sem végzőből 43 fő), jellemzően a legidősebb, 60-99 éves korosztály képviselői (40 fő) és középfokú iskolai végzettségűek (72 fő). Férfiak és nők közel azonos arányban vannak közöttük (45, illetve 54 fő).

**Következtetés: H4. A Balkánon fekvő országok lakóinak szubjektív életminőségével kapcsolatba hozható további egyéni tényezők közül a szubjektív egészségnek jelentős szerepe van. – Elfogadom.**

Második nagy kutatási kérdéssel és a hozzá rendelt három hipotézissel arra törekedtem, hogy feltérképezzem a Balkán lakóinak szubjektív életminőségéhez közvetlenül vagy (a szubjektív egészség javítása révén) közvetve hozzájáruló tevékenységeket.

### 3.4. Az utazás szerepe a szubjektív életminőségben (H5. hipotézis)

A szubjektív életminőséget meghatározó faktorok elemzésekor (H3. hipotézis) láthattuk, hogy az utazás a Balkánon fekvő országok lakossága boldogságában nem játszik különösebben fontos szerepet: az utazási álmok megvalósítása a 18, előre megadott tényező közül 3,87-es átlaggal a 16/17. megosztott helyen szerepel.

A országok páros összehasonlítása megmutatta, hogy az utazási álmok valóra váltása mint szubjektív életminőség-faktor fontossága Macedóniában, Montenegróban és Bulgáriában szignifikánsan magasabb, Szlovénia esetében szignifikánsan alacsonyabb, mint a régió többi országában.

**Következtetés: H5. A Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektív életminőségében az utazás nem játszik jelentős szerepet. – Elfogadom.**

### 3.5. A szubjektív életminőség és a szubjektív egészség kapcsolata az egészségturizmus keretében is végezhető tevékenységekkel (H6. és H7. hipotézis)

A szubjektív életminőséghez közvetlenül vagy a szubjektív egészség javítása révén közvetve hozzájáruló tevékenységek meghatározásához először azt vizsgálom, hogy a Balkán kvantitatív kutatás során alkalmazott kérdőívben szereplő 13 tevékenység közül melyek a Balkánon fekvő országokban legtöbbször által végzett tevékenységek, majd arra keresem a választ, hogy ezek a tevékenységek kapcsolatba hozhatók-e a Balkánon fekvő országok lakossága szubjektív életminőségével közvetlenül vagy – a szubjektív egészség révén – közvetve.

A Balkán kvantitatív kutatás során alkalmazott kérdőívben elhelyezett A05 kérdésem 13 – a KTIA-projekt keretében készült Delphi-kutatás (SMITH–KISS 2014, KISS 2015) alapján meghatározott – olyan tevékenységet tartalmazott, amelyek összefüggésbe hozhatóak a szubjektív életminőséggel, illetve az egészségturizmussal. A kérdőívben szereplő tevékenységek közül a legnépszerűbbnek a családi és baráti kapcsolatok ápolása bizonyult: tíz megkérdezettből kilenc (a megkérdezettek 91%-a) évente legalább egyszer tud időt tölteni szeretteivel. A hagyományos ételek készítése és fogyasztása a második legtöbbször által végzett tevékenység: tíz megkérdezettből nyolc (a megkérdezettek 82%-a) évente legalább egyszer szentel időt ennek (22. ábra).

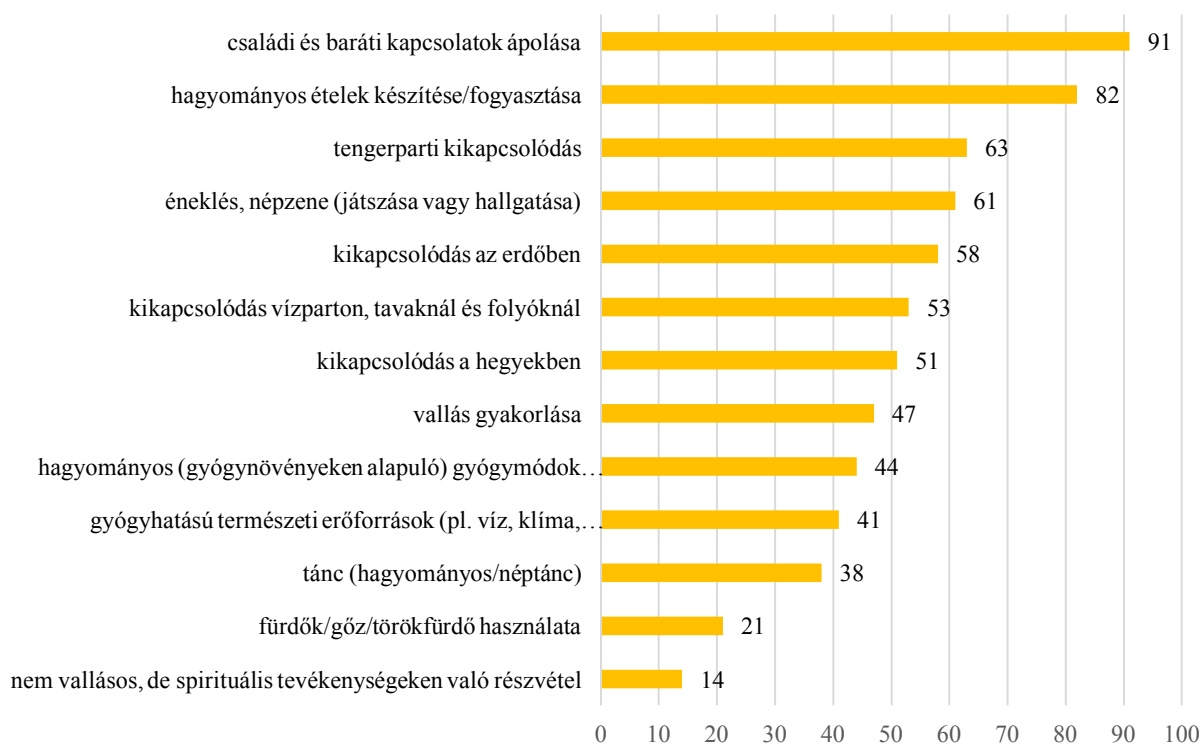
A tér-specifikus turisztikai tevékenységek, a tengerparti kikapcsolódás, a más vízpartokon töltött idő, az erdőkben, hegyekben történő kikapcsolódás nagyjából minden második Balkánon élő

ember évente legalább egyszer végzett tevékenységei között szerepel (az e tevékenységeket végzők aránya a teljes mintában rendre 63, 58, 53, 51%).

A művészeti tevékenységek közül a zenével kapcsolatos a népszerűbb: zenével kapcsolatos tevékenységet több, mint másfélszer annyian (a megkérdezettek 61%-a) végeznek, mint a másik, kultúrához kifejezetten kapcsolódó tevékenységet, a táncot (38%).

Vallását a megkérdezettek 47%-a gyakorolja, a hagyományos gyógynövényeken alapuló gyógy módokat 44%-uk alkalmazza, a gyógyhatású természeti erőforrásokat 41%-uk használja.

Az egészségturizmus kínálatának központi elemét, a fürdők nyújtotta szolgáltatásokat tíz megkérdezettből kettő (a megkérdezettek 21%-a) veszi igénybe évente legalább egyszer.



22. ábra: A végzett tevékenységek gyakorisága (a megkérdezettek százalékában, A05)

Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés

A megkérdezettek által végzett, szubjektív életminőséghez és egészségturizmushoz kapcsolódó tevékenységek tekintetében – három kivételtől eltekintve – jelentős különbségek tapasztalhatók az egyes országok vonatkozásában (28. és 29. táblázat).

A családi és baráti kapcsolatok ápolása minden vizsgált országban a legtöbbször által végzett tevékenység, az egyes országokban e tevékenységet évente legalább egyszer végzők aránya 84% (Szlovénia) és 99% (Románia) között van. A hagyományos ételek készítése és fogyasztása hasonlóan sokak által végzett tevékenység: ennek gyakorisága minden országban a második legmagasabb, 67 és 95% közötti részvételi aránnyal, előbbi Montenegrót, utóbbi Albániát jellemzi.

A legkevésbé által végzett tevékenységnek Bosznia-Hercegovina és Görögország kivételével a nem vallásos, de spirituális tevékenységeken való részvétel bizonyult. Ezt az egyes országokban a megkérdezettek 3-35%-a (Albánia és Görögország) végzi évente legalább egyszer.

28. táblázat: A végzett tevékenységek gyakorisága a vizsgált régió egyes országaiban (a megkérdezettek százalékában, A05)

	gyógyhatású természeti erőforrások	fürdők/gőzfürdők/törökfürdők	kikapcsolódás a hegyekben	kikapcsolódás tavaknál, folyóknál	kikapcsolódás az erdőben	tengerparti kikapcsolódás	hagyományos gyógymódok	vallás gyakorlása	spirituális tevékenységek	hagyományos ételek	tánc	éneklés, népzene	családi és baráti kapcsolatok	egyik sem
Albánia	15	3	35	32	47	80	49	24	3	95	80	77	97	0
Bosznia-Hercegovina	61	18	60	73	66	65	63	65	20	90	33	65	94	1
Bulgária	49	34	64	53	63	58	48	29	7	78	42	57	86	4
Görögország	19	10	49	34	45	79	25	49	35	80	49	72	90	1
Horvátország	47	29	47	60	78	77	57	59	20	83	25	59	95	1
Macedónia	46	13	62	67	55	45	48	54	6	86	40	70	91	2
Montenegró	11	2	43	25	23	61	24	37	2	67	9	38	87	0
Románia	76	31	78	81	83	57	54	66	17	97	53	69	99	0
Szerbia	30	7	36	43	36	34	35	43	7	72	19	49	87	0
Szlovénia	51	46	42	55	67	69	48	27	24	79	24	50	84	0
Törökország	43	42	50	55	69	66	36	66	9	75	40	60	90	1
Összesen	41	21	51	53	58	63	44	47	14	82	38	61	91	1

Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés

A tevékenységi rangsor további helyein szereplő, egészségturizmus keretében is értelmezhető tevékenységeket jellemző részvételi arányok az egyes országok tekintetében meglehetősen nagy különbségeket mutatnak.

A régióban az egészségturizmushoz szorosan kapcsolódó fürdők/gőzfürdők/törökfürdők használata Szlovéniára (a megkérdezettek 46%-a keres fel ilyen típusú létesítményeket évente legalább egyszer) és Törökországra (42%), valamint Bulgáriára (34%), Romániára (31%) és Horvátországra (29%) jellemző.

A tér-specifikus tevékenységek (tengerparti kikapcsolódás, kikapcsolódás vízparton, tavaknál és folyóknál, kikapcsolódás a hegyekben, kikapcsolódás az erdőben) hozzávetőleg minden második megkérdezett által végzett tevékenységek, amelyek fontosságát egyértelműen támasztja alá az a tény is, hogy az egyes országokban a tevékenységet végzők aránya alapján kialakított rangsor 3-8. helyén szerepelnek. A tér-specifikus tevékenységek közül

- a legnépszerűbbnek a tengerparti kikapcsolódás bizonyult: e lehetőséggel a megkérdezettek 34-80%-a él (az alacsonyabb szélsőérték Szerbiában, a magasabb Albániában mutatkozott).
- Az egyéb vízpartokon történő kikapcsolódás évente legalább egyszer Romániában vonzza a lakosság legnagyobb (81%), és Albániában a legkisebb részét (32%).
- Az erdőben történő kikapcsolódás leginkább Románia lakosságára, legkevésbé Montenegróra jellemző: 83, illetve 23%-kal.
- A hegyek nyújtotta tevékenységek – évente legalább egy alkalommal – a leginkább Románia (78%), a legkevésbé Albánia (35%) lakosságát vonzzák.

A hagyományos (gyógynövényeken alapuló) gyógymódok /terápiák alkalmazása és a gyógyhatású természeti erőforrások (például víz, klíma, barlang) használata meglehetősen hasonló mértékben

„végzett” tevékenység, előbbit a megkérdezettek 44%-a, utóbbit 41%-a alkalmazza évente legalább egyszer. Bosznia-Hercegovinában, Bulgáriában, Görögországban, Macedóniában, Szerbiában, Szlovéniában és Törökországban a hagyományos gyógymódokat és a gyógyhatású természeti erőforrásokat évente legalább egyszer használók aránya csaknem azonos, Albániában, Horvátországban és Montenegróban a hagyományos gyógymódokat alkalmazók, Romániában a gyógyhatású természeti erőforrásokat alkalmazók vannak magasabb arányban.

A zenével (énekléssel, népzenevel) kapcsolatos – évente legalább egyszer végzett – tevékenység a leginkább Albániára (77%), a legkevésbé Montenegróra (38%) jellemző, a tánc esetében a legmagasabb végzési aránnyal ugyancsak Albánia (80%) jellemezhető, a legalacsonyabbal szintén Montenegró (9%).

A Balkánon fekvő országokban a vallásukat gyakorlók aránya 24% (Albánia) és 66% (Románia, Törökország és Bosznia-Hercegovina (65%)) között alakul.

Az egyes tevékenységek végzése és az országok között az elvégzett Khí-négyzet tesztek alapján minden egyes tevékenység tekintetében van kapcsolat, ami azt mutatja, hogy az egyes országokra jellemző tevékenységek között vannak szignifikáns különbségek.

29. táblázat: A végzett tevékenységek rangszámai a vizsgált régió egyes országaiban (A05)

	családi és baráti kapcsolatok	hagyományos ételek	tengerparti kikapcsolódás	éneklés, népzene	kikapcsolódás az erdőben	kikapcsolódás tavaknál és folyóknál	kikapcsolódás a hegyekben	vallás gyakorlása	hagyományos gyógymódok	gyógyhatású természeti erőforrások	tánc	fürdők/gőzfürdők	spirituális tevékenységeken	egyik sem
Albánia	1	2	3	5	7	9	8	10	6	11	4	12	13	14
Bosznia-Hercegovina	1	2	5	7	4	3	10	6	8	9	11	13	12	14
Bulgária	1	2	5	6	4	7	3	12	9	8	10	11	13	14
Görögország	1	2	3	4	8	10	5	6	11	12	7	13	9	14
Horvátország	1	2	4	7	3	5	10	6	8	9	12	11	13	14
Macedónia	1	2	10	3	6	4	5	7	8	9	11	12	13	14
Montenegró	1	2	3	5	9	7	4	6	8	10	11	12	13	14
Románia	1	2	9	7	3	4	5	8	10	6	11	12	13	14
Szerbia	1	2	9	3	7	4	6	5	8	10	11	12	13	14
Szlovénia	1	2	3	7	4	5	10	11	8	6	13	9	12	14
Törökország	1	2	4	6	3	7	8	5	12	9	11	10	13	14
Összesen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Range <sup>25</sup>	0	0	7	4	6	7	7	7	6	6	8	4	4	0
Átlag <sup>26</sup>	1,0	2,0	5,3	5,4	5,3	5,9	6,7	7,4	8,7	9,0	10,2	11,5	12,4	14,0

Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés

<sup>25</sup> A legmagasabb és a legalacsonyabb rangszám különbsége.

<sup>26</sup> A rangszámok átlaga.

### 3.5.1.1. Az egészségturizmus keretében is értelmezhető tevékenységek és a szubjektív életminőség kapcsolata (H6. hipotézis)

A H6. hipotézis teszteléséhez, vagyis a szubjektív életminőség és a végzett tevékenységek kapcsolatának elemzéséhez elsőként a varianciaanalízis alkalmazhatóságának feltételeit vizsgáltam. A korábban elvégzett Kolmogorov-Smirnov teszt alapján az 1-5 skálán mért boldogságszint, mint statisztikai változó nem normális eloszlású. Mivel a szóráshomogenitás feltétele a Levene-teszt alapján több esetben nem teljesült, a hipotézis teszteléséhez a Mann-Whitney U-tesztet alkalmaztam. Ezen teszt nullhipotézise szerint a részsokaságok eloszlása ugyanolyan. A nullhipotézisre vonatkozó teszt alapján ha a  $\text{sig.} < 0,005$ , akkor a részsokaságok eloszlása nem egyezik meg, amiből az a következtetés adódik, hogy az adott tevékenységeket végzők, illetve nem végzők boldogságszintjei – illetve a teszt feltételei szerint a boldogság mint ötfokozatú skálán mért változó eloszlása –, szignifikánsan különbözik egymástól.

A 30. táblázatban összefoglalt eredmények alapján az előre megadott 13 tevékenység közül csupán három, az erdőben történő kikapcsolódás, a hagyományos gyógymódok/terápiák alkalmazása és a hagyományos ételek készítése és fogyasztása mint évente legalább egyszer végzett tevékenység nem áll kapcsolatban a szubjektív életminőséggel. Az összes többi tevékenység esetében elmondható, hogy a tevékenységet végzők, illetve nem végzők boldogságszintjei, illetve a boldogságra adott válaszainak megoszlása különbözik egymástól. A tevékenység végzése és a boldogságszint pozitív kapcsolatban van egymással:

- azok körében, akik évente minimum egyszer igénybe veszik fürdők, törökfürdők szolgáltatásait, használják a gyógyhatású természeti erőforrásokat,
- azok körében, akik évente minimum egyszer végeznek tér-specifikus tevékenységeket (kikapcsolódás a hegyekben, tengerparton, és vízparton, tavaknál, folyóknál),
- azok körében, akik vallásukat gyakorolják,
- azok körében, akik végeznek a tánchoz és/vagy a zenéhez kapcsolódó tevékenységeket, végül
- azok körében, akik családi és baráti kapcsolataikat ápolják,

szignifikánsan magasabb szubjektív életminőség mutatkozik, mint azok körében, akik e tevékenységeket évente egyszer sem végzik. Az egyes tevékenységeket végzők és nem végzők boldogságszintje – a családi és baráti kapcsolatok ápolása kivételével – azonban nem tér el jelentősen egymástól.

Azok körében, akik végeznek nem vallásos, de spirituális tevékenységet (évente minimum egy alkalommal), a boldogságszint szignifikánsan alacsonyabb, mint azok körében, akik nem végeznek ilyen tevékenységet.



30. táblázat: A szubjektív életminőség és a végzett tevékenységek kapcsolatának vizsgálata

	Mann-Whitney		
	Mann-Whitney U	St. Test statistics	sig.
gyógyhatású természeti erőforrások (például víz, klíma, barlang) használata	14964360,0	2497	,013
fürdők/gőz/törökfürdő használata	10439056,5	2291	,022
kikapcsolódás a hegyekben	15962837,0	5,607	,000
kikapcsolódás vízparton, tavaknál és folyóknál	15919625,0	5,539	,000
kikapcsolódás az erdőben	15044945,0	1,938	,053
tengerparti kikapcsolódás	15285026,5	7,638	,000
hagyományos (gyógynövényeken alapuló) gyógymódok /terápiák (például természetes étrend-kiegészítők, inhalálás) alkalmazása	14876637,0	-,152	,879
vallás gyakorlása	15848406,5	5128	,000
nem vallásos, de spirituális tevékenységeken való részvétel	6653483,0	-4,278	,000
hagyományos ételek készítése/fogyasztása	9022868,5	,692	,489
tánc (hagyományos/néptánc)	15,94809,5	5,908	,000
éneklés, népzene (játssza vagy hallgatása)	14947142,5	3,415	,001
családi és baráti kapcsolatok ápolása	5500962,5	5,442	,000
egyik sem	444644,5	-3,005	,003

Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés

Összességében tehát elmondható, hogy a kutatás során előre megadott 13 tevékenység közül kilenc olyan tevékenység van, amelynek kapcsolata a szubjektív életminőséggel pozitív, ezek a fürdők, törökfürdők látogatása, a gyógyhatású természeti erőforrások használata, a hegyekben, tengerparton, és vízparton, tavaknál, folyóknál történő kikapcsolódás, a vallásgyakorlás, a tánchoz és a zenéhez kapcsolódó tevékenységek és a családi és baráti kapcsolatok ápolása.

**Következtetés: H6. Azok, akik végeznek az egészségturizmus keretében is értelmezhető tevékenységeket, boldogabbnak tartják magukat a Balkánon. – Részben elfogadom.**

### 3.5.1.2. Az egészségturizmus keretében is értelmezhető tevékenységek és a szubjektív egészség kapcsolata (H7. hipotézis)

A H7. hipotézis teszteléséhez, vagyis a szubjektív értékelésen nyugvó egészségi állapot és a végzett tevékenységek kapcsolatának elemzéséhez elsőként szintén a varianciaanalízis alkalmazhatóságának feltételeit vizsgáltam. A Kolmogorov-Smirnov teszt alapján az 1-5 skálán mért szubjektív egészségítélet, mint statisztikai változó nem normális eloszlású (a Kolmogorov-Smirnov statisztika értéke az egészségi állapot esetében 0,218 /df=10986, sig.=0,000/. Mivel a szóráshomogenitás feltétele több helyen nem teljesült a Levene-teszt alapján, a hipotézis teszteléséhez ismét Mann-Whitney U-tesztet alkalmaztam. Ezen teszt nullhipotézise szerint a részsokaságok eloszlása ugyanolyan. A nullhipotézisre vonatkozó teszt alapján ha a sig.<0,005, akkor a részsokaságok eloszlása nem egyezik meg, amiből az a következtetés adódik, hogy az adott tevékenységeket végzők, illetve nem végzők saját maguk által értékelt egészségi állapotának szintjei – illetve a teszt feltételei szerint az egészségi állapot, mint ötfokozatú skálán mért változó eloszlása –, szignifikánsan különbözik egymástól.

A 31. táblázatban összefoglalt eredmények alapján a vizsgált 13 tevékenységből hat esetben mutatható ki szignifikáns és pozitív irányú kapcsolat a szubjektív egészséggel: vagyis azok, akik évente minimum egyszer

- végeznek tér-specifikus tevékenységet (kikapcsolódás a hegyekben, tengerparton, vízparton, tavaknál, folyóknál és kikapcsolódás az erdőben),
- azok körében, akik végeznek a tánchoz kapcsolódó tevékenységeket,
- azok körében, akik ápolják családi és baráti kapcsolataikat,

szignifikánsan jobb – szubjektív értékelésen nyugvó – egészségi állapot mutatkozik.

Az egyes tevékenységeket végzők és nem végzők egészségi állapota – a családi és baráti kapcsolatok ápolása kivételével – azonban nem tér el jelentősen egymástól.

Azok körében, akik használják a gyógyhatású természeti erőforrásokat, illetve a hagyományos gyógy módokat (évente minimum egy alkalommal), valamint akik készítenek, illetve fogyasztanak hagyományos ételeket, a szubjektív egészség szignifikánsan rosszabb képet mutat, mint azok egészségi állapota, akik nem végeznek ilyen tevékenységeket.

Összességében tehát elmondható, hogy a kutatás során előre megadott 13 tevékenység közül hat olyan tevékenység van, amelynek kapcsolata a szubjektív egészséggel pozitív, ezek a kikapcsolódás a hegyekben, vízparton, tavaknál, folyóknál, az erdőben, tengerparton, a tánchoz kapcsolódó tevékenységek és a családi és baráti kapcsolatok ápolása.

31. táblázat: *A szubjektív egészség és a végzett tevékenységek kapcsolatának vizsgálata*

	Mann-Whitney		
	Mann-Whitney U	St. Test statistics	sig.
gyógyhatású természeti erőforrások (például víz, klíma, barlang) használata	13898147,5	-4,714	,000
fürdők/gőz/törökfürdő használata	10330327,0	1,530	,126
kikapcsolódás a hegyekben	16404087,5	8,391	,000
kikapcsolódás vízparton, tavaknál és folyóknál	15948403,0	5,719	,000
kikapcsolódás az erdőben	15356809,0	3,962	,000
tengerparti kikapcsolódás	17040528,5	19,073	,000
hagyományos (gyógynövényeken alapuló) gyógy módok /terápiák (például természetes étrend-kiegészítők, inhalálás) alkalmazása	13168198,0	-10,968	,000
vallás gyakorlása	15342298,5	1932	0,53
nem vallásos, de spirituális tevékenységeken való részvétel	7218705,0	1,068	,285
hagyományos ételek készítése/fogyasztása	8552409,5	-3124	,002
tánc (hagyományos/néptánc)	15970631,0	11,565	,000
éneklés, népzene (játssza vagy hallgatása)	14657908,5	1,569	,117
családi és baráti kapcsolatok ápolása	5439946,0	4,799	,000
egyik sem	403790,0	-4,192	,000

Forrás: *Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés*

**Következtetés: H7. Azok, akik végeznek az egészségturizmus keretében is értelmezhető tevékenységeket, egészségesebbnek érzik magukat a Balkánon. – Részben elfogadom.**

### 3.6. A hipotézisek értékelésének összefoglaló táblázata

Hét hipotézisem közül négyet teljesen, hármat részben fogadtam el (32. táblázat).

32. táblázat: A hipotézisek értékelésének összefoglaló táblázata

	Elfogadva	Részben elfogadva	Elutasítva
K1. Milyen a Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektív életminősége, illetve mi befolyásolja azt?			
H1. A Balkánon fekvő országok a szubjektív életminőség vonatkozásában nem egységesek, közöttük vannak különbségek.	X		
H2. Az objektív és a szubjektív életminőség a Balkánon fekvő országokban erős kapcsolatot mutat.		X	
H3. A Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektív életminőségében a társas, szociális kapcsolatoknak kiemelkedően fontos szerepe van.	X		
H4. A Balkánon fekvő országok lakóinak szubjektív életminőségével kapcsolatba hozható további egyéni tényezők közül a szubjektív egészségnek jelentős szerepe van.	X		
K2. Melyek azok az egészségturizmus keretében is értelmezhető tevékenységek, amelyek a Balkánon fekvő országok lakossága szubjektív életminőségét javítják?			
H5. A Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektív életminőségében az utazás nem játszik jelentős szerepet.	X		
H6. Azok, akik végeznek az egészségturizmus keretében is értelmezhető tevékenységeket, boldogabbnak tartják magukat a Balkánon.		X	
H7. Azok, akik végeznek az egészségturizmus keretében is értelmezhető tevékenységeket, egészségesebbnek érzik magukat a Balkánon.		X	

Forrás: saját szerkesztés

### 3.7. A kutatás új és újszerű tudományos eredményei

Doktori értekezésem új és újszerű tudományos eredményeit a témával kapcsolatos korábban elvégzett kutatómunkám, a hazai és a nemzetközi irodalom áttekintése, illetve empirikus kutatásom eredményei alapján az alábbiak szerint fogalmazom meg:

Összefoglaltam és szintetizáltam az életminőség, az objektív és a szubjektív életminőség fogalmi lehatárolásával, kutatási irányzataikkal, valamint mérésükkel kapcsolatos, hazai és nemzetközi, számos tudományterületről származó – regionális tudományi, társadalomföldrajzi, pszichológiai, szociológiai és közgazdasági – szakirodalmat.

A szakirodalom szintetizálása alapján megállapítottam, hogy a szakirodalomban használt életminőség-fogalom nem egységes, ezért doktori értekezésemben saját szubjektív életminőség-fogalmat alkottam, amelyet az 1. ábrán vizuálisan is megjelenítettem. A szubjektív életminőség – saját értelmezésemben – két tényezőcsoportnak, az objektív életkörülményeknek, életfeltételeknek és az egyéni jellemzőknek az *egyén szűrője által megszürt leképeződése*, érzésekben, hangulatokban megragadható, hosszabb távon is viszonylag állandó mutató. A fogalom újszerű eleme az, hogy a szubjektív életminőségben az objektív életminőség az egyén szűrőjén át tükröződik.

Értekezésemben bemutattam, hogy az életminőséggel kapcsolatos alap- és alkalmazott kutatások esetében is egyre inkább teret nyer az, hogy az életminőséget mérni csak az objektív és a szubjektív életminőség egyidejű számszerűsítésével lehetséges.

Az életminőséggel és a szubjektív életminőséggel kapcsolatosan leggyakrabban hivatkozott mutatószámok, indexek szisztematikus kritikai elemzése alapján megállapítottam, hogy azok

- egy része alap kutatásokon nyugszik,
- nélkülözik az egységes fogalmi és koncepcionális rendszert,
- az indexek tartalma igen jelentősen igazodik az azt készítő szervezet alapvető céljaihoz, tevékenységének fókuszához, így túlnyomó részük az életminőség/szubjektív életminőség csak bizonyos aspektusait képes számszerűsíteni,
- a jelenleg használt indexekben az objektív mutatók hangsúlyosan jelennek meg,
- az egyes indexek mögött álló életminőség- és szubjektív életminőség-koncepciók, illetve az előállításukhoz alkalmazott módszerek (beleértve például a kérdőíveket is) több esetben is jelentősen módosultak, amely a hosszú (hosszabb) távú adatsorok elemzését nem teszi lehetővé.

Az általam vizsgált komplex életminőség- és szubjektív életminőség-mutatók legjelentősebb gyengeségét legjelentősebb erősségükben jelöltem meg. Amellett ugyanis, hogy nemzetközi összehasonlításra alkalmasak, legtöbbjük azonos súllyal figyelembe vett azonos tényezők mentén vizsgálja az egyes országoknak a „jó élet” felé vezető úton elért eredményeit. Azt, hogy a „jó életnek” vannak megkérdőjelezhetetlen fontosságú elemei, számos kutatás igazolta, ugyanakkor a politikai, a gazdasági vagy a társadalmi-kulturális különbségek, az egyén jellemzői, vagy az egyéni élethelyzetek is jelentősen módosíthatják azt, hogy az egyes életminőség- és szubjektív életminőség-tényezők akár a társadalom, akár az egyén szintjén valóban fontosak-e, s ha igen, milyen súllyal eshetnek abban latba.

A hazai és a nemzetközi szakirodalom-feldolgozás alapján rámutattam arra, hogy az elkövetkező években vélhetően a gyógy- és wellness-turizmus közötti éles határvonal halványulni, az élmény szerepe mindkét terméktípus esetében növekedni fog. Számos empirikus kutatás alapján bizonyítottam, hogy a kikapcsolódás, pihenés, kényeztetés, az egészségmegőrzést közvetlenül szolgáló tevékenységek mellett a fogyasztó által definiált és elvárt wellness-élménynek a változatos rekreációs tevékenységek, a kulturális vonzerők és a természeti adottságok kötelező – ugyanakkor olykor nem túl jól teljesítő – elemei, ami a lokális, csak az adott helyre jellemző vonzerők turisztikai hasznosításának fontosságára hívja fel a figyelmet.

A Balkán turizmusát, egészségturizmusát és a turizmus feltételrendszerét képező környezeti tényezőket komplex módon mutattam be. Bizonyítottam, hogy az értekezésben vizsgált 11, a Balkánon, illetve részben a Balkánon fekvő országból álló régió nemzetközi összehasonlításban is jelentős, az egészségturizmusban hasznosított vagy hasznosítható erőforrással rendelkezik.

Kimutattam, hogy a Balkánon fekvő országok lakóinak életminőségével objektív és egyéni tényezők egyaránt kapcsolatba hozhatók. A kvantitatív kutatásból származó adatok elemzése alapján bizonyítottam, hogy annak az országnak, ahol élünk, megkerülhetetlen hatása van az életünkre. Az általam végzett számítások alapján az is kijelenthető, hogy a Balkánon fekvő országokban van kapcsolat az országok lakóinak boldogságszintje és az országokat jellemző egy főre jutó GDP között, és a foglalkoztatottság között, ugyanakkor a feltárt negatív lineáris kapcsolatot célszerű az értekezésben részletezett fenntartásokkal kezelni. Ezek az eredmények a vizsgált országokra igazak, tovább azonban nem általánosíthatók.

Az egyéni tényezők közül

- a demográfiai jellemzők tekintetében bizonyítottam, hogy a nem és a lakóhely típusa nincs, a kor és az iskolai végzettség azonban szignifikáns, de gyenge kapcsolatban van a boldogságot, azaz a szubjektív életminőséget mérő változóval a Balkánon fekvő országokban,
- megerősítettem a szubjektív egészség és a szubjektív életminőség közötti pozitív irányú összefüggést, és bizonyítottam annak közepesen erős voltát,
- igazoltam az aktivitás és a szubjektív életminőség kapcsolatát.

A Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektív életminőségét meghatározó tényezők tekintetében a mintára vonatkozóan bizonyítottam, hogy abban

- a családnak kiemelkedően fontos szerepe van,
- a szociális kapcsolatok általában véve is jelentős szerepet töltenek be,
- az egészség a családhoz hasonló, abszolút meghatározó szubjektív életminőség-formáló tényező,
- a munkahely, de még inkább a jövedelem és a végzett munka érdekessége kevésbé meghatározó szerepet játszik, a vizsgált tényezők fontossági rangsorában ezek a faktorok a középmezőnyben helyezkednek el,
- a szabadidőnek, és különösen az utazási álmok valóra váltásának mint szubjektív életminőség-faktornak a fontossága, ha nem is elhanyagolható, de a vizsgált tényezők tekintetében kevésbé releváns,
- az egyes szubjektív életminőség-faktorok fontosságának megítélésében a vizsgált országok között szignifikáns különbségek is vannak.

Feltártam azokat a tevékenységeket, amelyek a Balkánon fekvő országok lakosságának életminőségét javítják. Ezek közül elsőként sikerült azonosítanom olyan tevékenységeket, amelyekre a turizmusban és a szabadidőben egyaránt értelmezhető szolgáltatások építhetők.

Végül, a feldolgozott szakirodalom és az empirikus kutatási eredmények alapján igazoltam, hogy akkor, amikor az emberi fejlődéssel kapcsolatos koncepciókat alkotunk, kritériumokat fogalmazunk meg, vagy éppen az abban elért eredmények számszerűsítésére törekszünk, akkor nemcsak azt kell átgondolni, hogy mit tekintünk az emberi fejlődés céljának és mi mentén mérhető az, hanem azt is, hogy globális szinten alkalmazhatóak-e közös koncepciók, gondolkodási sémák, mérési/számítási módok.

## 4. KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK

„A boldogság nem állapot, hanem aktivitás.”

Arisztotelész

---

### 4.1. Az elvégzett kutatások alapján levonható következtetések

Saját kutatásom alátámasztja, hogy – amennyiben a „jó élet” felé vezető úton elért pozíciót, a szubjektív életminőséget a boldogsággal azonosítjuk –, akkor

- a Balkánon fekvő országok lakóinak az 1-5-ig terjedő skálán mért szubjektív életminősége – 3,92-es átlagértékkel – jónak tekinthető, illetve
- a 11 ország alkotta balkáni régió – a társadalmi-politikai helyzetéhez, a jelenlegi gazdasági pozíciójához vagy éppen a turisztikai lehetőségei kihasználásához hasonlóan – a szubjektív életminőség tekintetében sem egységes: a Balkán kvantitatív kutatás tanúsága szerint a régióban élők közül a görögök és a szlovének a legboldogtalanabbak, míg a Bosznia-Hercegovinában, Macedóniában és Montenegróban élők a legboldogabbak.

A Balkán kvantitatív kutatás keretében létrejött, 11 000 fős mintán végzett vizsgálat eredményei az értekezés 1.1.4. fejezetében bemutatott, az életminőséggel/szubjektív életminőséggel kapcsolatosan leggyakrabban hivatkozott mutatók közül leginkább<sup>27</sup> a European Quality of Life Survey boldogságra vonatkozó eredményeivel vethetők össze<sup>28</sup>. A Balkán kvantitatív kutatásból származó adatokat az EQLS felmérésből származó adatokkal összehasonlítva látható, hogy négy ország – Bulgária, Horvátország, Románia és Szlovénia – kivételével *az adatok összhangban vannak*. A felsorolt négy ország közül Bulgária a Balkán kvantitatív kutatás tanúsága szerint jobb, a többi három ország rosszabb pozícióban van, mint a EQLS adatai alapján<sup>29</sup>.

Azt, hogy a Balkánon fekvő országok lakóinak – boldogsággal azonosított – szubjektív életminősége jónak tekinthető, saját kutatásom mellett az EQLS, de a 16. táblázatban bemutatott néhány további életminőség-, szubjektív életminőség-mutató és más kutatások (például RADOVANOVIĆ 2013, Hungarostudy 2013) is egyértelműen megerősítik. A 16. táblázatban szereplő azon indexek, amelyekben a szubjektum, az egyén értékelése szerepet kap (az EQLS mellett például a HPI és a WHR), világosan megmutatják: a Balkán lakóinak szubjektív életminősége (illetve közülük a „boldogabbaké”) nem marad el jelentősen a globális vagy európai rangsorokban legjobb helyezést felmutatók szubjektív életminőségétől. (Az EQLS boldogságindexben első helyen szereplő Dánia 8,22-es, a Balkánon fekvő országok közül

---

<sup>27</sup> A Balkán kvantitatív kutatásból származó adatok és a EQLS-adatbázis összevethetőségét két tényező korlátozza: az egyik, hogy az EQLS adatai 2012/13-ban, a Balkán kvantitatív kutatás adatai 2014 nyarán kerültek rögzítésre, a másik, hogy az EQLS adatbázisában az értekezés keretében vizsgált 11 országból csak kilencre áll rendelkezésre adat (Albániára és Bosznia-Hercegovinára az EQLS-felmérés nem terjed ki).

<sup>28</sup> A Global Wellbeing Index, a Human Development Index és a Where to Be Born Index jóllét-értelmezése és/vagy módszertana jelentősen különbözik a Balkán kvantitatív kutatás során alkalmazott szubjektív életminőség értelmezéstől, illetve módszertantól, a Happy Planet Index-ben és a World Happiness Report-ban a jóllétet olyan létrán mérik, amelynek legalsó foka a lehető legrosszabb, legfelső foka a lehető legjobb életet szimbolizálja. A adatok összehasonlításához a Balkán kvantitatív kutatásból származó boldogságindexeket 1-10-ig terjedő skálára transzformáltam.

<sup>29</sup> Az eltérésnek vélhetően módszertani és/vagy értelmezés-eltérési okai vannak, de szerepet játszhat benne az is, hogy az EQLS adatfelvétele 2012-13-ban, a Balkán kvantitatív kutatás 2014 nyarán zajlott.

legjobban teljesítő Montenegró 7,6-es boldogságindexszel jellemezhető.) A boldogsággal azonosított szubjektív életminőség tekintetében a Balkánon fekvő országok a magyarországi adatokkal való összevetésben is jól teljesítenek: a Hungarostudy 2013-as felmérése alapján a magyarok boldogságszintje az 1-től 10-ig terjedő skálán 6,85, amely értéket az EQLS-ben szereplő kilenc balkáni ország közül hét, a Balkán kvantitatív kutatásból származó adatbázisban szereplő minden balkáni ország boldogságszintje meghaladja<sup>30</sup>.

A Balkán kvantitatív kutatásból származó adatok elemzése megerősíti MORRISON et al. (2010) azon kijelentésének létjogosultságát, hogy az országnak, ahol élünk, megkerülhetetlen hatása van az életünkre: a Balkánon fekvő egyes országok boldogságszintjeiben levő különbségekre az elvégzett statisztikai elemzések egyértelműen rámutattak. A kvantitatív kutatás alapján a vizsgált országok közül a legboldogabb (Bosznia-Hercegovina 8,42) és a legkevésbé boldog (Görögország 7,10) ország boldogságszintjének különbsége 1,32. Az eredmény összhangban van a 16. táblázatban szereplő további életminőség-, szubjektív életminőség-mutatók tekintetében a legjobban, illetve legkevésbé jól teljesítő országokra számított különbségekkel: a EQLS esetében a legjobban és a legkevésbé jól teljesítő ország boldogságszintjének különbsége 1,31, a HPI esetében 1,90, a WtBB Index esetében 1,04, a WHR boldogságmutatója esetében 2,08. A Balkán kvantitatív kutatás Görögországra mint a boldogság tekintetében legrosszabbul teljesítő balkáni országra vonatkozó eredményét számos más kutatás (például CHRISTOPH–NOLL 2003, EU 2013) is igazolja.

Értekezésemben a szubjektív életminőséget számos tényező leképeződésének tekintetem. K1. kutatási kérdésem keretében a fentiek mellett azt vizsgáltam, hogy a különböző objektív (vagy külső környezeti) körülmények, illetve egyéni jellemzők befolyásolják-e, s ha igen, milyen módon befolyásolják a Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektív életminőségét.

Az objektív és a szubjektív életminőség kapcsolatának vizsgálata megmutatta, hogy a szubjektív életminőség és – az objektív életminőség mérésére általam használt változók közül – az egy főre jutó GDP, a GNI és a munkanélküliségi ráta kapcsolata szignifikáns, a szubjektív életminőség és a GINI-index, valamint a szubjektív életminőség és a várható élettartam, és a születéskor várható egészséges évek száma kapcsolata azonban nem szignifikáns. Az adatok mélyebb és más kutatásokkal való összehasonlítása meglepő következtetések levonására ad lehetőséget.

A szubjektív életminőség és különösen a GDP, de a szubjektív életminőség és GNI, valamint a foglalkoztatottság kapcsolatát feltáró kutatások alapján az a kérdés, hogy a pénz, a jövedelem, a megélhetési lehetőségek milyen szerepet játszanak a jóllétben, nem válaszolható meg egyértelműen. EASTERLIN (1974) már a szubjektív életminőség-kutatások kezdetén, az 1970-es évek közepén felhívta a figyelmet arra, hogy bár egy adott országban a gazdagabbak általában elégedettebbek az életükkel és boldogabbnak tartják magukat, mint a szegényebbek, a gazdasági növekedés egyáltalán nem vagy nem szükségszerűen van kapcsolatban az emberek boldogságérzetével. Ezt a látszólagos vagy valós ellentmondást, amelyet Easterlin-paradoxonnak neveztek el, az azóta eltelt négy évtizedben sem sikerült egyértelműen bizonyítani, Easterlin empirikus kutatásokon nyugvó kijelentését számos empirikus kutatás cáfolta, illetve erősítette meg. DiTELLA et al. (1999) az Eurobarometer és az amerikai General Social Survey adatai alapján az egy főre vetített GDP és a szubjektív életminőség, CHRISTOPH–NOLL (2003) az egy főre vetített GDP és az elégedettség pozitív irányú kapcsolatát igazolja, ARGYLE (1999) az egyéni jövedelem–szubjektív életminőség gyenge kapcsolatát mutató amerikai tanulmányokra hivatkozik. Argyle számos kutatás eredményének összegzése alapján arra a következtetésre jut, hogy erősebb jövedelem–szubjektív életminőség kapcsolat akkor mutatkozik, ha a jövedelmet alapvető fogyasztási cikkekre költik. KAHNEMAN és KRUEGER (2006) szerint évi 10-15 ezer dolláros jövedelemig van, afölött nincs összefüggés a jövedelem és a szubjektív életminőség

---

<sup>30</sup> Az eredmények összevethetőségét az eltérő adatbázisból származó adatok korlátozzák.

között. A jövedelem–szubjektív életminőség kapcsolatának szignifikáns, de gyenge voltát mutatja FREY és STUTZER (2000) svájci mintán végzett kutatása is, szerintük a szubjektív életminőségben a jövedelemnél fontosabb szerepet játszik a foglalkoztatottság. HELLIWELL (2002) Easterlin vélekedését osztja, és bebizonyítja, hogy az egy főre számított GDP mutató dinamikus növekedése nem vonja maga után a szubjektív életminőség-mutató hasonló mértékű növekedését. Bár SACKS et al. (2010 és 2012) szerint a boldogságban az abszolút jövedelem játszik, a relatív jövedelem nem játszik szerepet, a szubjektív életminőséget számos szerző az abszolút jövedelem helyett a relatív jövedelemmel (például ARGYLE 1999, BLANCHFLOWER 2002, HAYO–SEIFERT 2002, KAHNEMAN–KRUEGER 2006) hozza összefüggésbe. Sacks és szerzőtársai kutatásai alapján az egyes országokon belül a gazdagabbak, az egyes országok között szintén a gazdagabbak a boldogabbak, és a gazdasági növekedés és a nagyobb szubjektív életminőség „kéz a kézben jár”.

A munkanélküliségnek a szubjektív életminőségre gyakorolt hatását a kutatások túlnyomó többsége egyéni szinten vizsgálja. Argyle, Frey–Stutzer, Dolan, DiTella, illetve Hayo és Seifert fent idézett, illetve LANE (1991) kutatása szerint a munkanélküliség a szubjektív életminőségre negatívan vagy nagyon negatívan hat. E szubjektív életminőséget befolyásoló tényezőknek más tényezőkkel – elsősorban a jövedelemmel – való összefüggését több kutatás is kiemeli (ARGYLE 1999, DOLAN et al. 2008), a munkanélküliség és szubjektív életminőség erős pozitív irányú kapcsolata a Balkánon fekvő országokban az egy főre jutó GDP és a szubjektív életminőség erős negatív kapcsolatától nem függetleníthető.

A jövedelmi egyenlőtlenségeknek a szubjektív életminőségre gyakorolt hatása nem tisztázott: noha ARGYLE (1999) és CHRISTOPH–NOLL (2003) kutatásai alapján ott, ahol a jövedelmek kevésbé szóródnak, nagyobb a boldogság, DOLAN et al. (2008) számos kutatás eredményét szintetizáló tanulmánya a jövedelmi egyenlőtlenségek szubjektív életminőségre gyakorolt negatív és pozitív hatására egyaránt hoz példát.

Az általam elvégzett statisztikai elemzések szerint a Balkánon fekvő országokban a szubjektív életminőség és az egy főre jutó GDP, valamint GNI között erős negatív, a szubjektív életminőség és a munkanélküliségi ráta között erős pozitív irányú kapcsolat van: vagyis a Balkánon fekvő országokban minél magasabb az egy főre jutó GDP és GNI, annál alacsonyabb a szubjektív életminőség, illetve minél magasabb a munkanélküliségi ráta, annál magasabb a szubjektív életminőség. Ivo Andric-nak, a boszniai származású, Nobel-díjas írónak, költőnek az 1945-ben írt, – a Szarajevóban apja haláláig gondtalanul élő, majd „a pénz”, a rá hagyott adósság miatt tragikussá váló Rajka életéről szóló – A Kisasszony című novellájából származó idézete, miszerint „A pénz nem minden.” a Balkánon fekvő országokban tehát különös értelmet nyer. Míg az általam, a szakirodalom-feldolgozás során hivatkozott tanulmányok a szubjektív életminőség és a jövedelem pozitív irányú összefüggését igazolták, a Balkánon fekvő országok lakói az általam elvégzett kvantitatív kutatás tanúsága szerint a boldogságot elsősorban nem a pénzben keresik. A szubjektív életminőség-kutatások területén ez az eredmény, ha nem is gyakori, de nem példa nélküli. TIMÁR és szerzőtársai (2015) négy hátrányos helyzetű, magyarországi kistérség lakói szubjektív életminőségét kutatva megállapították, hogy az egyenes összefüggések – vagyis az, hogy magasabb jövedelem magasabb szubjektív életminőséggel jár – olykor „borulnak”: a fehérgyarmati kistérségben éppen a legkevésbé prosperáló, vagyis a leszakadó falvak lakói számoltak be viszonylag magas elégedettségi és boldogsági szintről.

Az értekezés keretében elvégzett kutatás szerint az emberi létezés egyik fontos céljaként számon tartott boldogsággal azonosított szubjektív életminőség tekintetében tehát a Balkánon fekvő országok lakói meglehetősen speciális jellemzőkkel írhatók le: a magasabb GDP-vel és alacsonyabb munkanélküliségi rátával jellemezhető országokban a boldogsági szint alacsonyabb, a boldogság és a várható élettartam; valamint a boldogság és a születéskor várható egészséges évek száma között viszont nem mutatható ki szignifikáns kapcsolat. Az életminőséggel/szubjektív életminőséggel kapcsolatosan gyakran hivatkozott HDI ugyanakkor éppen a születéskor várható



élettartamban megragadható egészséggel, az egy főre jutó GDP-ben megragadott életszínvonallal (és az analfabetizmus és a különböző iskolai szinteken végzetek arányában megragadott iskolázottsággal) kapcsolatos adatok alapján készül. Hasonlóan: a Quality of Life Index többek között az anyagi jólét (GDP/fő), az egészség (születéskor várható élettartam) és a biztos munka (munkanélküliségi ráta), a WHR többek között az egy főre eső GDP és az egészségben megélt várható élettartam aggregálásával készült mutató. Az objektív életminőségnek a szubjektív életminőségben játszott földrészenként, régióként vagy akár országonként eltérő szerepe további kutatások elvégzésének szükségességére, valamint arra hívja fel a figyelmet, hogy az aggregált fejlődési mutatókban az egyes objektív életminőség-tényezők szerepét, súlyát érdemes legalábbis vizsgálat tárgyává tenni.

A szubjektív életminőség és az objektív életminőség-mutatók összefüggésének fentiekben részletezett jellemzői alapján az a következtetés is levonható, hogy amikor az emberi (társadalmi) fejlődéssel kapcsolatos koncepciókat alkotunk, kritériumokat fogalmazunk meg, vagy éppen az abban elért eredmények számszerűsítésére törekszünk, akkor nemcsak azt kell átgondolni, hogy mit tekintünk az emberi fejlődés céljának és mi mentén mérhető az, hanem azt is, hogy globális szinten alkalmazhatóak-e közös koncepciók, mérési/számítási módok.

Értekezésemben a szubjektív életminőséget az objektív tényezők mellett egyéni tényezőkkel: demográfiai jellemzőkkel, értékekkel, a szubjektív egészséggel, és a szabadidőben az egészségturizmus keretében is végezhető tevékenységekkel való összefüggésben is vizsgáltam.

A szubjektív életminőség és az egyes demográfiai tényezők összefüggését vizsgálva a nem és a lakóhely típusa nincs kapcsolatban, a kor és az iskolai végzettség azonban szignifikáns, de gyenge kapcsolatban van a boldogsági szinttel a Balkánon fekvő országokban. A Balkán kvantitatív kutatásból kapott adatokat más kutatások eredményeivel összevetve elmondható, hogy

- a férfiak és nők boldogságszintjére vonatkozó kutatások alapján nem rajzolódik ki egységes kép: FREY–STUTZER (2000) szerint a két nem boldogságszintje azonos, DiTELLA et al. (1999) szerint a férfiak kevésbé boldogok, DOLAN et al. (2008) számos kutatást szintetizáló tanulmánya szerint a szubjektív életminőséggel kapcsolatos kutatások egy része alapján a nők, másik része szerint a férfiak boldogabbak,
- a lakóhely típusa és a szubjektív életminőség összefüggésének vizsgálata a lakóhely besorolásának problematikája miatt sem könnyű feladat (KÉKESI 2007). FREY–STUTZER (2000) svájci mintán végzett kutatása szerint a városiak valamivel kevésbé boldogabbak. Ezt erősíti meg Dolan és szerzőtársai (2008) számos, kvantitatív kutatás eredményét összegző tanulmánya is, más kutatások alapján ugyanakkor úgy tűnik, hogy a lakóhely típusa és a boldogság között nincs kapcsolat [Eurofound 2014a],
- az életkor és a szubjektív életminőség kapcsolatát a leggyakrabban csökkenő meredekségű vagy U-alakú görbével (például DiTELLA et al. 1999, DOLAN et al. 2008, DOCKERY [N.a.]) jellemzik, EASTERLIN (2006) fordított U-görbével (18-51 éves kor között növekvő, aztán romló szubjektív életminőség) írja le. EASTERLIN (2006) Myers egy kutatására hivatkozva ugyanakkor arról számol be, hogy az életkorral nem változik a boldogság, ARGYLE (1999) alapján a magasabb életkor magasabb boldogsági szinttel párosul, FREY–STUTZER (2000) szerint a 60 év felettek, HAYO–SEIFERT (2002) szerint a 75 év körüliek a legboldogabbak, és a 37 évesek a legkevésbé boldogok. ARGYLE (1999) azt is kiemeli, hogy az életkor nem hat jelentősen a boldogsági szintre, a boldogságban szerepet játszó tényezők fontosságára azonban van hatása,
- az iskolai végzettség (amely egyébként szoros kapcsolatban van a jövedelemmel és a foglalkoztatottsággal) és a szubjektív életminőség pozitív irányú kapcsolatát a legtöbb kutatás (DiTELLA et al. 1999, FREY–STUTZER 2000, HAYO–SEIFERT 2002) megerősíti. Néhány kutatás (ARGYLE 1999 és DOLAN et al. 2008) tanúsága szerint a legmagasabb boldogsági szint a középfokú iskolai végzettséggel rendelkezőket jellemzi. ARGYLE (1999) rámutat,

hogy az iskolai végzettség és a boldogság összefüggése a szegényebb országokban erősebb, Észak-Amerikában és Európában nem túl jelentős és csökkenő erősségű.

Összességében a szubjektív életminőségnek és a demográfiai jellemzőknek a Balkán kvantitatív kutatás során létrejött mintában tapasztalható kevésbé markáns összefüggése ARGYLE (1999) kutatásának eredményeivel összhangban van.

Az értekezés keretében végzett másodlagos kutatás a vizsgálati területre az „ember”, az emberi kapcsolatok, a család, a barátok, a közösségek kiemelkedően fontos szubjektív életminőség-formáló szerepét vetítették előre. Az elsődleges kutatás eredményei előfeltevésemet megerősítették: a Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektív életminőségét meghatározó tényezők tekintetében a családnak kiemelkedően fontos szerepe van és a szociális kapcsolatok általában véve is jelentős szerepet töltenek be abban. Az egészség a családhoz hasonló, abszolút meghatározó szubjektív életminőség-formáló faktor, a munkahely, de még inkább a jövedelem és a végzett munka érdekessége azonban a Balkánon fekvő országok lakóinak szubjektív életminőségében kevésbé meghatározó szerepet játszik. A szabadidőnek, és különösen az utazási álmok valóra váltásának mint szubjektív életminőség-faktornak a fontossága, ha nem is elhanyagolható, de a vizsgált 18 faktor között kevésbé releváns.

A Balkán kvantitatív kutatás szubjektív életminőség-faktorokra vonatkozó eredményeinek más – egyébként meglehetősen kis számban rendelkezésre álló – kutatásokkal való, korlátozott érvényességű összevetése alátámasztja azt, hogy a Balkánon fekvő országokban élők boldogságtényezői karakterisztikusak. EASTERLIN (2006) szerint például „gyakorlatilag minden életminőség/szubjektív életminőség-tényezővel kapcsolatos kutatásban az anyagi körülmények, a családi helyzet, az egészség és a munka a legfontosabbak” (p. 469). MICHALKÓ (2010) magyar lakosság körében végzett kutatásának tanúsága szerint a család, az egészség és a munka szerepe „nehezen vethető össze” (p. 60) más boldogságtényezők szerepével, ezt erősíti meg HAVASI (2009) értékrendet és életminőséget vizsgáló értekezése is.

A szubjektív egészségnek a szubjektív életminőséggel való kapcsolata a Balkánon fekvő országokban is igazolást nyert: az egyén egészségérzete és a boldogsági szint között szignifikáns összefüggés van, amely közepesen erős és pozitív irányú. Az egészség és a szubjektív életminőség összefüggését számos, különböző tudományterület talaján végzett kutatás vizsgálta és erősítette meg (LONDON et al. 1977, LIKER–ELDER 1983, ALDWIN és REVENSON 1986, DIENER et al. 1997, CUMMINS 1997, DIENER–BISWAS-DIENER 2002, KIM et al. 2003, FERRER-I-CARBONELL–FRIJTERS 2004, RAHMAN et al 2005, VEENHOVEN 2008, HALLERÖD–SELDÉN 2013).

Az aktivitás és a szubjektív életminőség összefüggésére vonatkozó feltételezés, miszerint azok, akik aktívabb életet élnek, boldogabbak, ugyancsak megerősítésre került, ami a nemzetközi szakirodalomban publikált kutatási eredményekkel (CSÍKSZENTMIHÁLYI 1998, ARGYLE 1999, DOLAN et al. 2008) összhangban van.

Második nagy kutatási kérdésköröm (K2.) keretében azt vizsgáltam, hogy melyek azok a tevékenységek, amelyek a Balkánon fekvő országok lakossága szubjektív életminőségét javítják.

Ehhez elsőként arról szerettem volna képet kapni, hogy az utazás mint szabadidős tevékenység milyen szerepet játszik a Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektív életminőségében. A másodlagos kutatások előrevetítették, a Balkán kvantitatív kutatásból származó adatbázisban szereplő, szubjektív életminőséget meghatározó faktorok elemzése megerősítette azt, hogy az utazás a Balkánon fekvő országok lakossága szubjektív életminőségében nem játszik különösebben fontos szerepet: az utazási álmok megvalósítása a 18, előre megadott tényező közül a 16/17. (megosztott) helyen szerepel.

Az utazásnak a szubjektív életminőségben játszott kevésbé meghatározó szerepét más kutatások is megerősítik: MICHALKÓ et al. (2009a) megállapítja, hogy a magyarok 16 előre megadott boldogságtényező közül a külföldi utazásokat a 13., a belföldi utazásokat a 15. helyre rangsorolták,

s az utazás saját életükben betöltött szerepének – az 1-től 5-ig terjedő skálán – mindössze 2,53-as értéket tulajdonítottak. „Ebből következően a turisztikai mobilitás a magyar társadalom értékvilágában az inkább nem fontos tartományba esik.” (p. 11). Az utazásnak a szubjektív életminőségben játszott kevésbé markáns szerepére utalnak MILMAN (1998), GILBERT és ABDULLAH (2004), NEAL (2000), KEMP et al. (2008), NAWIJN et al. (2010), SIRGY et al. (2010), DOLNICAR et al. (2012) kutatásai is.

A K2. kutatási kérdés másik hipotéziskörének (H6. és H7.) célja azon tevékenységek körének azonosítása volt, amelyek a régió lakossága szubjektív életminőségének javításához közvetlenül vagy – a szubjektív egészség javításán keresztül – közvetve hozzájárulhatnak. A kérdőívben szereplő 13 tevékenység közül a szubjektív életminőséggel kilenc, a szubjektív egészséggel hat mutat pozitív kapcsolatot, ami azt jelenti, hogy azok szubjektív életminősége, illetve szubjektív egészsége, akik e tevékenységeket végzik, szignifikánsan magasabb, jobb, mint azok szubjektív életminősége, illetve szubjektív egészsége, akik e tevékenységeket egyáltalán nem végzik (33. táblázat).

33. táblázat: *A végzett tevékenységek kapcsolata a szubjektív életminőséggel és a szubjektív egészséggel*

	Kapcsolat a szubjektív életminőséggel			Kapcsolat a szubjektív egészséggel		
	Pozitív	Nincs	Negatív	Pozitív	Nincs	Negatív
gyógyhatású természeti erőforrások	X					X
fürdők/gőz/törökfürdő	X				X	
kikapcsolódás a hegyekben	X			X		
kikapcsolódás vízparton, tavaknál és folyóknál	X			X		
kikapcsolódás az erdőben		X		X		
tengerparti kikapcsolódás	X			X		
hagyományos gyógymódok /terápiák		X				X
vallás gyakorlása	X				X	
nem vallásos, de spirituális tevékenység			X		X	
hagyományos ételek készítése/fogyasztása		X				X
tánc	X			X		
éneklés, népzene	X				X	
családi és baráti kapcsolatok ápolása	X			X		

*Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014)*

Az értekezés keretében vizsgált tevékenységeknek és a szubjektív életminőségnek, illetve a szubjektív egészségnek az összefüggését jellemző adatok más kutatások eredményeivel korlátozottan vehetők össze, mivel a szabadidős (ARGYLE 1999, DOLAN et al. 2008) és az egészségturizmus (MICHALKÓ 2010) keretében végzett tevékenységeknek és a szubjektív életminőségnek, illetve a szubjektív egészségnek a kapcsolatával meglehetősen kevés kutatás foglalkozik.

ARGYLE (1999) szerint a tenger, a napfény, a hegyek, az erdők, de önmagában a táj látványa is jótékonyan hat a szubjektív életminőségre. Ezt MICHALKÓ és RÁTZ (2013) is megerősíti: véleményük szerint számos tér-specifikus termék „turisztikai desztinációként ölt testet és kedvező hatást gyakorol az adott helyre látogatók életminőségére” (p. 9). A családdal, és különösen a

barátokkal töltött idő szubjektív életminőségre gyakorolt hatását számos kutatás igazolta (ARGYLE 1999, CSÍKSZENTMIHÁNYI–HUNTER 2003, DIENER–OISHI 2005, DOLAN et al. 2008, UTASI 2006). ARGYLE (1999) számos kutatás eredményeit összegző tanulmánya a barátokkal töltött idő mellett az étkezés adta öröme és a boldogság viszonyában mutat ki kapcsolatot öt európai országban végzett vizsgálat alapján. ARGYLE (1999) és DOLAN et al. (2008) számos kutatás eredményeit szintetizáló tanulmányai a vallásnak és a fizikai aktivitásnak a szubjektív életminőségre, FOX (1999) tanulmánya a fizikai aktivitásnak a mentális jóllétre gyakorolt hatását egyértelműen igazolja. A tánc és a zene és a szubjektív életminőség pozitív irányú kapcsolata különösen a barátokkal együtt töltött idő vonatkozásában érvényesül. A fenti tevékenységek közül a barátokkal töltött időnek, a vallásnak és a vallási eseményeknek, a fizikai aktivitásoknak és a boldogságnak a kapcsolata jellemzően közepesnek vagy erősnek mutatkozik és hosszabb távon is érvényesül (ARGYLE 1999, DONOVAN et al. 2002).

## 4.2. Javaslatok

Javaslataim megfogalmazásához az értekezés keretében elvégzett másodlagos és elsődleges kutatások eredményeit az alábbiak szerint összegzem:

A Balkánon fekvő országok vonatkozásában a szubjektív életminőséggel kapcsolatosan kijelenthető, hogy:

- a Balkánon fekvő országok lakosságának boldogsággal azonosított szubjektív életminősége jónak tekinthető,
- a Balkánon fekvő országok esetében a szubjektív életminőség-faktorok meglehetősen karakterisztikusak: bennük az emberi kapcsolatok, a család, a barátok, a közösségek, a szeretet, a valahová tartozás és az egészség dominálnak.

A vizsgált országok általános társadalmi-politikai, illetve gazdasági szempontú elemzése, a turisztikai szektor bemutatása, és az egészségturizmus keresleti és kínálati oldalának elemzése egyértelműen rámutatott arra, hogy

- a Balkánon fekvő országokat mozaikosság jellemzi, amely a vizsgálati szempontok csaknem mindegyike esetében érvényesül,
- a régió imázsa töredezett: a Balkán kifejezés a régióban nem jártak körében negatív asszociációkkal terhelt, a régióban már jártak körében inkább pozitív, mint negatív, a régióban élők többsége számára<sup>31</sup> pozitív töltetű,
- a versenyképes és hosszú távon fenntartható turizmus az alacsony népességszámmal és vásárlóerővel, valamint az exportbevételek tekintetében nem túl jó adottságokkal rendelkező balkáni országokban a gazdaságfejlesztés fontos eszköze lehet, de az egészségturizmus legfontosabb „telepítő tényezői”-nek, a természeti környezeti és kulturális értékeknek a hasznosítását és megőrzését is szolgálhatja.
- a Balkánon fekvő országok turizmusa közül néhány a nemzetközi turizmusban már ma is fontos szerepet játszik, a helyi lakosság turisztikai keresletét jelző belföldi turizmus – a szállodák és hasonló létesítmények adatainak elemzése alapján legalábbis – a legtöbb országban gyerekecipőben jár, és a régióból történő kiutazások száma sem túl jelentős,
- az egészségturizmus a régióban nemzetközi összehasonlításban is jó adottságokkal rendelkezik, amelyekre országonként és/vagy egészségturisztikai kínálati elemenként különböző színvonalú szolgáltatások épülnek,
- az egészségturisztikai szolgáltatások iránti keresletben a belföldi turizmus a meghatározó,

---

<sup>31</sup> A Balkán kvantitatív kutatás imázssal kapcsolatos kérdéseinek elemzése alapján.

- az egészségturisztikai piac bővítésének legjelentősebb korlátai az infrastrukturális problémák, a forráshiány és egyes szegmensekben a társadalombiztosítási rendszerek közötti átjárhatatlanság, a turisztikai szektor kompetenciáján kívül eső, nehezen orvosolható problémák.

Értekezésem fő célját *a Balkánon fekvő országok lakossága által végzett olyan tevékenységek feltérképezésében jelöltem meg, amelyek hozzájárulhatnak szubjektív életminőségük javításához és amelyekre egészségturisztikai termékek építhetők.*

A Balkánon fekvő országok lakossága által végzett tevékenységek között az értekezés keretében sikerült olyan tevékenységeket azonosítani, amelyek egyrészt közvetlenül, másrészt közvetve, a szubjektív egészség javítása révén is hozzájárulhatnak a Balkánon fekvő országok lakossága szubjektív életminőségének növekedéséhez. A hegyekben, a tengerparton, a vízparton, tavaknál, folyóknál történő kikapcsolódás, a tánc, a családdal, barátokkal töltött idő közvetlenül, és a szubjektív egészség javítása révén közvetve is növelheti a Balkánon fekvő országok lakóinak szubjektív életminőségét. A fürdők, hammamok, a gyógyhatású természeti erőforrások, a vallás gyakorlása és a zenéhez kapcsolódó tevékenységek a Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektív életminőségét közvetlenül, az erdőben történő kikapcsolódás közvetve javítja. Ezen tevékenységek mindegyike olyan, amelyre nemcsak az egészségturizmus keretében, de a helyi fogyasztás, vagyis a szabadidő keretében is értelmezhető szolgáltatás fejleszthető.

Az egészségturizmus és a szabadidő szempontjából egyaránt releváns szolgáltatások fejlesztésének létjogosultságát – a jó adottságok, az egészség javításával vagy megőrzésével kapcsolatos hagyományok, a növekvő egészségtudatosság, a régióban élők relatíve alacsony utazási intenzitása mellett – tovább erősíti, hogy a Balkánon fekvő országok jelentős része alacsony népességszámú és így kis belső vásárlóerővel jellemezhető (NOVÁK 2014, LEE–WEI-LI 2012).

Ahhoz, hogy a régió a belföldi, a régióon belüli és a harmadik piacokról érkező turisták és a szabadidejüket töltő helyi lakosok számára egyaránt vonzó legyen, kifejezetten a helyi, lokális adottságokra építő – az értekezésben bemutatott Alpine Wellness, illetve Nordic Wellbeing koncepciókhoz hasonló szemléletű – termékek/szolgáltatások fejlesztésére van szükség. A régió legtöbb országának turizmusában korábban a tengerparti tömegturizmus dominált. A Balkánon fekvő országok közép-, illetve hosszú távú turizmusfejlesztési dokumentumai egyértelműen igazolják, hogy a tömegturizmus negatív hatásainak kiküszöbölésére és az elmúlt években megjelenő fogyasztói trendekre válaszul ma már a Balkánon fekvő országok legtöbbszörének turisztikai kínálata is messze túlmutat a napfényre, tengerre épülő termékek körén. A Balkánon fekvő országok alternatív turisztikai kínálati palettájában az egészségturizmus csaknem minden országban megjelenik. A régióban összességében mind a gyógy-, mind a wellness-turisztikai adottságok nemzetközi szinten is versenyképesek lehetnek, a két szegmens, illetve azok egyes részterületei azonban ma még meglehetősen különböző szinten állnak, és eltérő szolgáltatási színvonallal jellemezhetőek.

- a Balkánon fekvő országok gyógyturizmusa – európai mércével mérve – csak részben versenyképes:
  - a terápiás gyógyturizmus, kiemelten a gyógyfürdők esetében a régió kínálata kétarcú: hagyományai és adottságai fontos vonzerők, a termék fizikai megjelenése azonban nagyon változó színvonalú, a harmadik piacokról érkező turisták igényeinek sok helyütt nem felel meg. A piacbővítésnek az országon belüli, a régióon belüli és a harmadik piacokról érkező turizmus esetében is komoly korlátai vannak (a társadalombiztosítási rendszerek közötti átjárhatatlanság, a beruházások jelentős anyagi vonzata, a gyógyvizek hatását sok európai országban nem ismerik, illetve nem fogadják el).
  - az egészségügyi turizmus esetében az egyszerűbb fogászati, szemészeti, plasztikai sebészeti diagnosztika és beavatkozások az egészségturizmusnak már ma is fontos

pillérét képezik a régió néhány országában, a bonyolultabb orvosi beavatkozások piacáról mindez nem mondható el, itt a társadalombiztosítási rendszerek közötti átjárhatatlanság, illetve a kis számú szolgáltató a piaci szegmenst jóval kisebb méretűvé predesztinálja.

- az egészségturizmus másik nagy kínálati elemét, a wellnessturizmust ma is jelentős verseny jellemzi. A régió számos országában a legmagasabb színvonalú, harmadik piacokról érkező turisták igényeinek is megfelelő wellness-szolgáltatók közelében kiépültek a megfelelő színvonalú szálláshelykapacitások, ezek legtöbbször jól meg is közelíthető. Ebben a szegmensben a legnagyobb kihívást az jelenti, hogy a harmadik piacokról érkező turisták gyakran mást értenek wellnessturizmus alatt, és a régióban nyújtott egyéb szolgáltatásokkal való összevetésben a wellnessturisztikai szolgáltatásokat jellemző kiemelkedően magas színvonal sem felel meg az elvárásoknak. A kis távolságok, és a kulturális és nyelvi hasonlóságok miatt különösen a régió belüli, de a harmadik piacokról érkező vendégforgalom is növelhető, egyedi, az adott térség vonzerőire építő szolgáltatások kialakításával.

Akár a belföldi, akár a régió belüli, akár a harmadik piacokról érkező vendégforgalmat, akár a szabadidejüket töltő helyi lakosokat tekintjük, a Balkánon fekvő országok esetében is érdemes a jelenleg domináns gyógyító jellegről a megelőzés irányába eltolni a hangsúlyt. Ez a kijelentés egyrészt az elmúlt években tapasztalható keresleti tendenciákkal igazolható. Másrészt, a wellness-szolgáltatások igénybe vétele számos országban, például Magyarországon is javítja a helyi lakosság életminőségét: MICHALKÓ és szerzőtársai (2010) orosházi empirikus kutatásuk alapján igazolják, hogy azok a helyi lakosok, akik gyakrabban veszik igénybe a lakóhelyükön található fürdők szolgáltatásait, boldogabbak. Harmadrészt, a wellness(turisztikai) szolgáltatások területén a piac bővítésének korlátai is könnyebben orvosolhatók: mind a fürdők, mind az egyszerűbb (és különösen a bonyolultabb) orvosi beavatkozások piacán a fejlesztéseknek nagyon jelentős a forrásigénye, a társadalombiztosítási rendszerek közötti átjárhatatlanság ugyanakkor a piac növekedését még vélhetően sokáig gátolja. Végül a prevenció előtérbe helyezése összhangban van a WHO [2009] zászlajára tűzött, az egészség megtartására, előmozdítására és fejlesztésére fókuszáló, az egyéneket és a közösségeket az egészség feletti kontrollra képessé tevő egészség-promócióval is.

A wellness-szolgáltatások piacán már ma is láthatunk olyan példákat a régióban, amelyek emberi léptékű fejlesztések megvalósításával, a régióban fekvő országok közös vagy a Balkán egy-egy kisebb területi egységének egyedi természeti és kulturális örökségére, kifejezetten lokális tényezőkre és kezdeményezésekre épülnek, és amelynek célcsoportja a belföldi, a régió belüli és a harmadik piacokról érkező turista és a helyi, szabadidejét töltő lakosság egyidejűleg lehet. Ezeknek jó példái:

- az erdei fürdőzés (forest hammam, forest bathing): a szerb Shumadian Forest Hammam szolgáltatásai speciális rituálé szerint történnek, amelyben
  - a vendégeket érkezésükkor helyi ételekkel és italokkal kínálják,
  - a résztvevők a gyakorlatokhoz helyi készítésű eszközöket kapnak,
  - a rituálé során a természetben, a tölgyfák, fenyvesek árnyékában tornáznak, táncot tanulnak, meditálnak, az erdőben sétálva gyógynövényeket, gombákat gyűjtenek (TOHWS 2013).
- a málnamasszázs: a Shumadian Forest Hammam kiemelt eleme, amelynek különlegességét az adja, hogy Szerbia a világ harmadik legjelentősebb málnatermelő országa<sup>32</sup>. A málna a szerb gyümölcsexport kétharmadát teszi ki, 40 ezer ember számára biztosít munkahelyet, éves szinten mintegy 200 millió dolláros árbevételt generál (TOHWS 2013).
- a bolgár „Our children healthy by nature”, részben a Karlukovo Karst Geopark-ban megvalósított program, amelynek célja az volt, hogy a programban részt vevő gyerekek

---

<sup>32</sup> [http://hvg.hu/gazdasag/20131008\\_Ahol\\_a\\_malna\\_strategiai\\_termek\\_lesz](http://hvg.hu/gazdasag/20131008_Ahol_a_malna_strategiai_termek_lesz)

szüleinek figyelmét a geoterápiának a motoros és finommotoros fejlődésben játszott lehetőségeire irányítsák (STANEVA 2009),

- a horvátországi Labin/Rabac kistérségben kialakított Sentona-márka, amely annak, az utazók védelmét szolgáló istennőnek, Sentona-nak a személyisége köré épül, akinek síremlékét a tengerparttól néhány kilométerre található Labinban találták meg. A márka négy pillérré épül, ezek a Sentona-wellness (speciális, energetizáló masszázs, helyi alapanyagok, például olajok, fűszerek, használatával), a Sentona gasztronómia (helyi specialitások), a Sentona souvenir (helyben készített termékek), a Sentona divat (helyben készített ruhák). A márka érdekességét az adja, hogy ahhoz egy- vagy néhány főt foglalkoztató vállalkozások és az Adriai-tenger partján 41 létesítménnyel és 43 ezer férőhellyel rendelkező Valamar cégcsoport egyaránt csatlakozott<sup>33</sup>.

Az értekezés keretében elvégzett kutatások alapján megfontolásra érdemes a felsorolt termékekhez hasonló, a Balkán vagy annak egy-egy kisebb területe sajátos vonzerőire építő, a Balkánon fekvő országok sajátos keretfeltételeit figyelembe vevő ernyőmárka létrehozása is. Az ernyőmárka alá szervezett szolgáltatások számára a régió belüli és különösen a harmadik piacokról érkező fogyasztása pótlólagos keresletet jelenthet egy olyan piacon, ahol a népességszám alacsony, a vásárlóerő gyenge, illetve amely az exportlehetőségek tekintetében meglehetősen szerény adottságokkal rendelkezik, a szabadidő keretében végzett tevékenységek ugyanakkor a helyiek szubjektív életminőségét „szokásos környezetben” is növelik. A wellness-turizmus tipikusan rövid, néhány napos, alapvetően a belföldi turizmusra építő termék, abban az esetben azonban, ha termékeinket egyedi, csak az adott desztinációra jellemző adottságokra építjük, s ezeket közös ernyő-márkanév alá szervezzük, vélhetően akár a harmadik piacokról érkező keresleti szegmens is megszólíthatóvá válik.

A kifejezetten a helyi adottságokra építő, emberi léptékű szolgáltatások kialakításának, egy márkanév alá rendezésének és piacra vitelének létjogosultsága azzal is indokolható, hogy ebben a kínálati szegmensben jóval kisebb a verseny. A terápiás gyógyturizmus, kiemelten a gyógyfürdők – amelyek a Balkánon fekvő országokban nagyon különböző színvonalú szolgáltatásokat nyújtanak – esetében Ausztria, Magyarország és Csehország a hasonló örökség, hagyományok és adottságok mellett versenyképesebb kínálatot, magasabb és egyenletesebb színvonalú szolgáltatásokkal komoly versenytársaknak számítanak, az egészségügyi turizmusban az egyszerűbb orvosi beavatkozások piacán a jelenlegi versenyelőny, vagyis az ár, nagyon törekény versenyelőny. A régióban ma is domináns „vizes alapú” wellness-szolgáltatások piacán egyrészt régió belüli, másrészt közép-európai kontextusban is jelentős a verseny, ráadásul ezen termékek/szolgáltatások fejlesztése meglehetősen magas beruházási költségeket is vonna maga után.

A régió karakterisztikus adottságaira építő, a turisták igényeinek kiszolgálására és a helyi lakosság szabadidő eltöltésére egyaránt alkalmas termékek/szolgáltatások fejlesztése beleillik a slow turizmus (PÉCSEK 2014, NISTOREANU et al. [N.a.]) napjainkban egyre divatosabbá váló koncepciójába, illetve a FYALL és szerzőtársai [N.a.] és a HARTWELL és szerzőtársai (2012) által javasolt azon koncepcióba, amely egészségturisztikai és az egészségfejlesztési prioritásokat egy platformra emelve a két területnek a jelenleginél jóval szorosabb együttműködését szorgalmazza. Az egészségturizmusban és az egészségfejlesztésben érdekelt szervezetek és szolgáltatók céljainak és fejlesztési lehetőségeinek újragondolása a vizsgált országok számára komoly lehetőségeket tartogat.

A másodlagos kutatási eredmények és az empirikus kutatás tanúsága szerint a Balkánon fekvő országokban tehát a szubjektív életminőség javítása olyan, az egészségturizmus és a helyi lakosság

---

<sup>33</sup> <http://www.rabac-labin.com/en/73-sentona-saint-patron-of-travellers>

szabadidős tevékenységének kontextusában egyaránt értelmezhető fejlesztéseknek a révén biztosítható, amelyek:

- emberi léptékűek,
- személyesek, az emberi kapcsolatoknak tág teret adnak,
- kifejezetten a Balkán vagy annak egy-egy kisebb területi egysége természeti és kulturális adottságaira építenek,
- ernyőmárka alá szervezhetők,
- a régió egészségturizmusban és helyi jóllétben, egészségfejlesztésben érintett szereplőinek széleskörű együttműködésén alapulnak.

A Balkánon fekvő országok lakói szubjektív életminőségének javítását szolgáló az egészségturizmus és a szabadidő kontextusában is értelmezhető szolgáltatások létrehozásához elengedhetetlenül fontos

- az együttműködés lehetséges szervezeti kereteinek feltérképezése, hiszen a régióban már ma is számos, több országra kiterjedő egészségturisztikai (például a török, szerb, horvát és szlovén együttműködésen alapuló Balkan Spa Institute) és egészségfejlesztés fókuszú (például a South-Eastern European Health Network, ld. WHO 2015) együttműködés létezik,
- a szervezeti keretek kialakítása (szövetségek, több szintű turisztikai desztinációs menedzsment szervezeti rendszer stb.),
- a helyi lakosság jóllétét szolgáló egészségturisztikai és/vagy szabadidős és/vagy egészségfejlesztésre vonatkozó politikák, stratégiák összehangolása,
- a márkaépítést, és a termék/szolgáltatásfejlesztést támogató információs rendszer létrehozása. Utóbbi segítségével folyamatosan monitorozható a kínálat és különösen a kereslet alakulása, támogatható a fejlesztések finomhangolása, mert ahogy főként a Balkán egészségturisztikai keresletét bemutató alfejezetben és az elsődleges kutatásban is láthattuk, vannak jelentős különbségek az egyes országok vonatkozásában a keresletben, de a termékfejlesztés alapját képező vonzerők tekintetében is.

A Balkán lakóinak szubjektív életminőségét közvetlenül vagy közvetve szolgáló, a turisták és a szabadidejüket töltő helyi lakosok igényeit egyaránt kielégítő, lokális adottságokra építő termékek/szolgáltatások fejlesztése, illetve az azokat összefogó ernyőmárka létrehozása

- hozzájárulhat a régió egyedi adottságainak, hagyományainak megőrzéséhez,
- hozzájárulhat a régióban található, az egészség megőrzésére az egészségturizmusban és a helyi fogyasztás, a szabadidő keretében egyaránt hasznosítható erőforrások kihasználásához,
- hozzájárulhat innovatív szolgáltatások kialakításához,
- egy olyan piacon segítheti egyedi értékesítési ajánlatok (unique selling proposition, USP) kialakítását, ahol meglehetősen nagy a nemzetközi „zaj”,
- hozzájárulhat „jó gyakorlatok” megosztásához,
- elősegítheti közös minőségi sztenderdek kialakítását.



## 5. ÖSSZEFOGLALÁS

*„Aki túl gyorsan utazik, az elszalaszthat mindent, amiért útra kelt.”*

Louis L'Amour

---

Értekezésemben a szubjektív életminőség sajátosságait és tevékenység-specifikus javításának lehetőségeit vizsgáltam a Balkánon és részben a Balkán-félszigeten fekvő Törökországban, amely régió társadalmi, gazdasági, továbbá politikai stabilitása egész Európa számára létkérdés. Európa ezen része – a jelen értekezésben tizenegy országra, Albániára, Bulgáriára, Bosznia-Hercegovinára, Görögországra, Horvátországra, Macedóniára, Montenegróra, Romániára, Szerbiára, Szlovéniára és Törökországra kiterjedő térség – nap mint nap számos társadalmi, gazdasági és politikai kihívással szembesül, ebből következően – részben az Európai Unióhoz való csatlakozás folyamatának kapcsán is – a régióban egyre fontosabb kérdéssé válik az, hogy miként lehet lakosságának életminőségét és egészségét fenntartani, illetve javítani.

Az egészségipar részeként számon tartott egészségturizmus tekintetében a Balkánon fekvő országok jelentős része nemzetközi összehasonlításban is jó adottságokkal rendelkezik, s mind a turisztikai termékfejlesztésben, mind a szolgáltatások piacra vitelét szolgáló kommunikációban fontos szerepet tulajdonít annak.

Kutatásomnak kettős célja volt: egyrészt olyan vizsgálat megvalósítása, amely révén megismerhető a Balkánon fekvő országok lakóinak szubjektív életminősége, feltárhatók az azt befolyásoló főbb tényezők és azok specifikumai. Az ezen kutatási célhoz kapcsolódó kérdés megválaszolásával arra törekedtem, hogy *azonosítsam a Balkánon fekvő országok lakóinak szubjektív életminőségét befolyásoló sajátos, kifejezetten erre a régióra jellemző tényezőket*. Másrészt, vizsgálatom céljául azt tűztem ki, hogy feltérképezsem a Balkán lakói szubjektív életminőségének javításához hozzájáruló tevékenységeket. Az e célhoz kapcsolódó kutatási kérdés megválaszolásával arra törekedtem, hogy körvonalazzam, milyen szolgáltatások fejlesztésével segítheti az egészségturizmus a régió lakói szubjektív életminőségének javítását. Fentiek alapján az értekezés fő célja a Balkánon fekvő országok lakosai által végzett olyan tevékenységek feltérképezése volt, amelyek hozzájárulhatnak szubjektív életminőségük javításához és amelyekre egészségturisztikai termékek építhetők.

Értekezésem Irodalmi áttekintés fejezetében feldolgoztam a szubjektív életminőséggel (illetve az azzal szorosan összefüggő életminőséggel/objektív életminőséggel), valamint az egészség, az egészségturizmus és a szubjektív életminőség szimbiózisához kapcsolódó nemzetközi és hazai szakirodalmat.

A szubjektív életminőség mind a nemzetközi, mind a hazai alap- és alkalmazott kutatások népszerű területe. Az elmúlt néhány évtizedben a különböző tudományterületeken – elsősorban a pszichológia, a szociológia, a közgazdaságtan, illetve az orvostudomány, a politológia, a környezetgazdaságtan, de egyre inkább a regionális tudomány és a társadalomföldrajz területén is – végzett alapkutatások feltárták a szubjektív életminőség szerepét, jellemzőit, főbb működési mechanizmusait, amelynek alapjain mára megannyi, az emberi fejlődésre vonatkozó mutatószám látott napvilágot. A szubjektív életminőség fogalmának bemutatásához elengedhetetlenül fontosnak tartottam az életminőség fogalmának, pilléreinek és a legjelentősebbnek tekinthető nemzetközi és hazai életminőség-konceptióknak a bemutatását. Az életminőség mérésével kapcsolatos 1.1.4. fejezetben áttekintettem a témával kapcsolatos alap- és alkalmazott kutatásokat,

majd a szubjektív életminőség, szabadidő és turizmus kapcsolatát vizsgáló szakirodalmat összegeztem.

Tekintettel arra, hogy sem az értekezés központi témáját adó szubjektív életminőségnek, sem az azzal összefüggő életminőségnek nincs a szakirodalomban általánosan elfogadott meghatározása, az értekezésben a nemzetközi és hazai szakirodalom feldolgozás alapján szintetizált – alapvetően DIENER (1984, 1994, 2000), VEENHOVEN (1984, 1991, 1993, 1994, 1996a-c), COSTANZA (2007) és MICHALKÓ (2010) munkásságából építkező – saját szubjektív életminőség meghatározásomat, illetve koncepciómat használtam. A szubjektív életminőség – saját értelmezésemben – két tényezőcsoportnak, az objektív – ún. érzékelhető, relatíve egyszerűen mérhető, külső szemlélő által is értékelhető – életkörülményeknek, életfeltételeknek és az egyéni jellemzőknek az egyén által megszuirt leképeződése, érzésekben, hangulatokban megragadható, hosszabb távon is viszonylag állandó mutató. Más szóval: a szubjektív életminőség olvasatomban az egyén objektív feltételekhez fűződő személyes értékelésének és egyéni jellemzőinek személyes értékeléseként kialakult összessége. Az értekezésben szereplő, objektív életminőséggel, illetve az életminőséggel kapcsolatos elméleti és gyakorlati fejezetek, kérdések, hipotézisek létjogosultságát a szubjektív életminőségnek az objektív tényezőkkel való kapcsolata adja.

Mivel a szubjektív életminőséget és az egészségturizmust mint az értekezés két vizsgálati fókuszát az egészség kapcsolja össze (a szubjektív életminőségben az egészség kiemelkedően fontos szerepet játszik, az egészségturizmusban pedig az utazó célja egészségi állapotának javítása vagy megőrzése), az „Irodalmi áttekintés” egészség és egészségturizmus fókuszú, 1.2. fejezetében szintetizáltam az egészség értelmezésével és a szubjektív életminőségben játszott szerepével kapcsolatos szakirodalmat. Az egészségipar egy szeletét képező egészségturizmus fogalmának, a gyógy- és a wellness-turizmus jellemzőinek bemutatása, illetve trendjeik ismertetése világosan megmutatta, hogy az elmúlt években és várhatóan a jövőben is elmosódott/ik a gyógy- és wellness-turizmus közötti határvonal (SZIVA 2010). Empirikus kutatások azt is feltárták, hogy a wellness-élményt maguk a fogyasztók komplexen értelmezik, abban az egészség megőrzését szolgáló termékelemek mellett a lokális, az adott hely egyedi természeti és kulturális vonzerőin alapuló termékelemeknek is komoly szerepe van (MÜLLER-KAUFMANN 2001, CHEN et al. 2008, KAPCZYNSKI-SZROMEK 2008, MAK et al. 2009, SZIVA 2010, MEDINA-MUNOZ-MEDINA-MUNOZ 2012). A globalizáció eredményeként egyre inkább hasonlóvá váló egészségturisztikai szolgáltatók (SZIVA 2010) számára a tudatosan és erőteljesen a lokális erőforrásokra, a helyi természeti értékekre, hagyományokra, alapanyagokra, tudásra építő termék-konceptió alkalmazása a hosszú távú fenntarthatóság záloga lehet.

A nemzetközi és hazai szakirodalom alapján kialakított, szubjektív életminőséggel kapcsolatos, valamint a szubjektív életminőség és az egészségturizmus lehetséges kapcsolódási pontjaira vonatkozó hipotéziseimet a Balkánon fekvő országokra vonatkozóan vizsgáltam. Értekezésem „Anyag” alfejezetében részletesen mutattam be a tizenegy országból álló, a nyugat-európai gondolkodásmód alapján nehezen vizsgálható (MEZŐ 2000), számos negatív sztereotípiával terhelt (PAP 2010) vizsgálati területet. A turisztikai erőforrások hasznosításkor az általános környezeti feltételek vizsgálata elengedhetetlen, ezért fontosnak tartottam, hogy a környezeti elemek közül a gazdasági környezet specifikumait, valamint a Balkán társadalmi-politikai jellemzőit is értékeljem. Értekezésem „Módszer” alfejezetében empirikus kutatásom módszertanát ismertettem.

A kutatási célok operacionalizálását szolgáló hét hipotézisemhez kapcsolódó vizsgálati eredmények bemutatása az értekezésem „Eredmények” fejezetében kapott helyet.

Noha a Balkánon fekvő országok gazdasági-társadalmi mutatókban megmutatkozó objektív életminősége európai összehasonlításban meglehetősen rossznak tekinthető, a régió lakóinak szubjektív életminősége nem marad el jelentősen az Európa életkörülményeket tekintve jellemzően „jobbnak”, „fejlettebbnek” vélt részén élők szubjektív életminőségétől: a Balkánon élők saját életüket, saját szemüvegükön keresztül relatíve jónak tartják.

Az értekezés keretében elvégzett kutatás szerint az emberi létezés egyik fontos céljaként számon tartott boldogsággal azonosított szubjektív életminőség tekintetében a Balkánon fekvő országok lakói meglehetősen speciális jellemzőkkel írhatók le: a magasabb GDP-vel és alacsonyabb munkanélküliségi rátával jellemezhető országokban a boldogsági szint alacsonyabb. Míg korábbi kutatások a szubjektív életminőség és a jövedelem pozitív irányú összefüggését igazolták, a Balkánon fekvő országok lakói az általam elvégzett vizsgálat tanúsága szerint a boldogságot elsősorban nem a pénzben keresik. A „pénznek”, a jövedelemnek a vizsgált országok lakói szubjektív életminőségében játszott, más országokhoz képest jóval kevésbé markáns szerepe több hipotézis keretében is igazolást nyert. A szubjektív életminőség-kutatások területén ez az eredmény, ha nem is gyakori, de nem példa nélküli. TIMÁR és szerzőtársai (2015) négy hátrányos helyzetű, magyarországi kistérség lakói szubjektív életminőségét kutatva megállapították, hogy az egyenes összefüggések olykor „borulnak”: a fehérgyarmati kistérségben éppen a legkevésbé prosperáló, vagyis a leszakadó falvak lakói számoltak be viszonylag magas elégedettségi és boldogsági szintről.

A szubjektív életminőség és a várható élettartam; valamint a szubjektív életminőség és a születéskor várható egészséges évek száma között ugyanakkor nem mutatható ki szignifikáns kapcsolat. A szubjektív életminőség és az objektív életminőség-mutatók összefüggésének elemzése – annak tükrében, hogy jónéhány, a (szubjektív) életminőséggel kapcsolatos komplex mutatónak része a várható élettartam, illetve a születéskor várható egészséges évek száma – ezzel még egy kiemelkedően fontos következtetés levonására ad lehetőséget: arra, hogy akkor, amikor az emberi fejlődéssel kapcsolatos koncepciókat alkotunk, kritériumokat fogalmazzunk meg, vagy éppen az abban elért eredmények számszerűsítésére törekszünk, akkor nemcsak azt kell átgondolni, hogy mit tekintünk az emberi fejlődés céljának és mi mentén mérhető az, hanem azt is, hogy globális szinten alkalmazhatóak-e közös koncepciók, gondolkodási sémák, mérési/számítási módok.

A Balkánon élők szubjektív életminősége – ahogy azt az értekezés keretében elvégzett további elemzések igazolták – számos egyéni tényező függvénye is: az egyén által vallott értékek, demográfiai jellemzők, szocializációs jellemzők, az egyén által végzett tevékenységek stb. – egyaránt kapcsolatba hozhatók vele.

Az értekezés keretében elvégzett vizsgálatok rámutattak arra, hogy a Balkánon élők szubjektív életminőség-faktorai (értékek) meglehetősen karakterisztikusak: abban a családban, a barátokban, a közösségekben, az emberi kapcsolatokban, illetve az egészség játszanak meghatározó szerepet. A szakirodalom-feldolgozás a Balkánon fekvő országokra a kapcsolatokban, a családban, a barátokban, a közösségekben kiemelkedően fontos szubjektív életminőség-formáló szerepét vetítette előre. Az elsődleges kutatás eredményei előfeltevésemet megerősítették: a Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektív életminőségét meghatározó faktorok tekintetében a családnak kiemelkedően fontos szerepe van és a szociális kapcsolatok általában véve is jelentős szerepet töltenek be abban. Az egészség a családhoz hasonló, abszolút meghatározó szubjektív életminőség-formáló faktor, a munkahely, de még inkább a jövedelem és a végzett munka érdekessége azonban a Balkánon fekvő országok lakóinak szubjektív életminőségében kevésbé meghatározó szerepet játszik.

A szubjektív életminőség és az egyes demográfiai tényezők összefüggését vizsgálva a nem és a lakóhely típusa nincs kapcsolatban, a kor és az iskolai végzettség azonban szignifikáns, de gyenge kapcsolatban van a boldogsági szinttel a Balkánon fekvő országokban. Összességében a szubjektív életminőségnek és a demográfiai jellemzőknek a mintában tapasztalható kevésbé markáns összefüggése ARGYLE (1999) kutatásának eredményeivel összhangban van.

A szubjektív egészségnek a szubjektív életminőséggel való kapcsolata a Balkánon fekvő országokban is igazolást nyert: a szubjektív egészség és a boldogsági szint között szignifikáns összefüggés van, amely közepesen erős és pozitív irányú.

Az aktivitás és a szubjektív életminőség összefüggésére vonatkozó feltételezés, miszerint azok, akik aktívabb életet élnek, boldogabbak, ugyancsak megerősítésre került, ami a nemzetközi szakirodalomban publikált kutatási eredményekkel (CSÍKSZENTMIHÁLYI 1998, ARGYLE 1999, DOLAN et al. 2008) megegyezik.

A másodlagos kutatások előrevetítették, a Balkán kvantitatív kutatás adatbázisában szereplő, szubjektív életminőséget meghatározó faktorok elemzése megerősítette azt, hogy az utazás a Balkánon fekvő országok lakossága szubjektív életminőségében nem játszik különösebben fontos szerepet: az utazási álmok megvalósítása a 18, előre megadott tényező közül a 16/17. (megosztott) helyen szerepel.

A kérdőívben szereplő 13 tevékenység közül a szubjektív életminőséggel kilenc, a szubjektív egészséggel hat mutat pozitív kapcsolatot, ami azt jelenti, hogy azok szubjektív életminősége, illetve szubjektív egészsége, akik e tevékenységeket végzik, szignifikánsan magasabb, jobb, mint azok szubjektív életminősége, illetve szubjektív egészsége, akik e tevékenységeket egyáltalán nem végzik. A hegyekben, a vízparton, a tengerparton történő kikapcsolódás, a tánc és a családi, baráti kapcsolatok ápolása közvetve és közvetlenül is hozzájárul a szubjektív életminőség javításához. A gyógyhatású természeti erőforrásokat használók, a fürdőket, gőz- és törökfürdőket látogatók, a vallásukat gyakorlók és azok, akiknek az életében jelen van a zene, magasabb szubjektív életminőségről, az erdőben történő kikapcsolódást választók jobb szubjektív egészségről számolnak be, mint azok, akik ezeket a tevékenységeket nem végzik.

A Balkán a rendszerváltozást megelőző évtizedekben a szocialista tábor turisztikai paradicsomának számított, a vasfüggönytől keletre fekvő országok állampolgárai számára az Adriai-tenger és a Fekete-tenger menti üdülőhelyek jelentették a vízparti nyaralás első számú célterületeit. A szocializmus összeomlása és a délszláv háború, illetve azok politikai, társadalmi-gazdasági következményei romba döntötték a Balkán egykor virágzó turizmusát, amit a globális recesszió csak tovább tetézt. A Balkánon fekvő országok legtöbbször belső és kiutazó turisztikai keresleti adatai arról tanúskodnak, hogy a régió lakóinak fogyasztói kosarában az utazás kevésbé meghatározó tényező.

Az egykori Jugoszlávia felbomlásával létrejött nemzetállamok közül az Adriai-tenger partját birtokló Horvátország turizmusának dinamikus helyreállítása látványos külföldikeresletbővüléssel járt, Szlovénia a tekintélyes átmenő forgalom mellett érdemi szálláshely-igényes forgalmat is generál, míg a többi állam turizmus-statisztikai mutatói rendkívül gyengék [UNWTO 2015]. Miközben Románia és Bulgária turizmusa csupán árnyéka egykori önmagának, addig Törökország és Görögország vendégforgalma kisebb-nagyobb ingadozások mellett az európai élmezőnybe sorolható [UNWTO 2014]. A turisztikai kínálat fejlesztésének és diverzifikálásának fontosságát ugyanakkor mára minden Balkánon fekvő országban felismerték. Az egészségturizmust, amelynek tekintetében a balkáni régió nemzetközi összehasonlításban is jelentős erőforrásokkal, jó adottságokkal rendelkezik, a régió csaknem minden országában kiemelt turisztikai terméként kezelik.

Értekezésemben a Balkánon fekvő országok lakosai által végzett olyan tevékenységek feltérképezésére törekedtem, amelyek szubjektív életminőségüket közvetlenül vagy – a szubjektív egészség javításán keresztül – közvetve javítják, és amelyekre egészségturisztikai termékek építhetők. A másodlagos kutatási eredmények és az empirikus kutatás tanúsága szerint a Balkánon fekvő országok lakóinak szubjektív életminősége hosszú távon olyan fejlesztéseknek a révén biztosítható, amelyek:

- célcsoportja a belső, a régió belüli és részben a harmadik piacról érkező turista mellett a helyi lakosság is,
- emberi léptékűek,
- személyesek, az emberi kapcsolatoknak tág teret adnak,
- kifejezetten a Balkán vagy annak egy-egy kisebb területi egysége természeti és kulturális adottságaira, lokális tényezőkre és kezdeményezésekre építenek,

- ernyőmárka alá szervezhető,
- a régió egészségturizmusban és helyi jóllétben, egészségfejlesztésben érintett szereplőinek széleskörű együttműködésén alapulnak.

A régió karakterisztikus adottságaira építő, a turisták igényeinek kiszolgálására és a helyi lakosság szabadidő eltöltésére egyaránt alkalmas termékek/szolgáltatások fejlesztése beleillik a slow turizmus (PÉCSEK 2014, NISTOREANU et al. [N.a.]) napjainkban egyre divatosabbá váló koncepciójába, illetve a FYALL és szerzőtársai [N.a.] és a HARTWELL és szerzőtársai (2012) által javasolt azon koncepcióba, amely az egészségturisztikai és az egészségfejlesztési prioritásokat egy platformra emelve a két területnek a jelenleginél jóval szorosabb együttműködését szorgalmazza. A fenti kritériumoknak megfelelő, az egészségturizmus és a szabadidő keretében egyaránt értelmezhető tevékenységekkel kapcsolatos termék/szolgáltatásfejlesztés az egészségturizmus fejlesztésében résztvevő szervezetek kompetenciáján tehát messze túlmutat, a helyi jóllétben és egészségfejlesztésben érdekelt szervezetek számára ugyanakkor nemcsak feladatokat, hanem komoly lehetőségeket is tartogat: az egészségturizmusban, illetve a helyi gazdaság-, és társadalomfejlesztésben érintettek széleskörű együttműködésén alapuló koncepciók és programok kialakítása fenntartható módon és hosszú távon szolgálhatja a Balkánon élők szubjektív életminőségének javítását.

Az értekezés összeállításához használt adatbázis számos további vizsgálat elvégzésére ad lehetőséget: az egyes demográfiai csoportokban a szubjektív életminőség-faktorok fontosságának vizsgálata, az ismert és végzett tevékenységek összehasonlító elemzése, az egyes demográfiai csoportok által végzett tevékenységek vizsgálata további érdekes összefüggéseket tárhat fel. A Balkán imázsával kapcsolatos kérdések elemzése az értekezés keretében javasolt ernyőmárka létjogosultságának vizsgálatát segítheti. A szubjektív életminőség és a saját egészségi állapot javításával kapcsolatos kérdések elemzése a politikaformálók számára is érdekes információkkal szolgálhat.

A Balkánon fekvő országok vonatkozásában a szubjektív életminőség-kutatások további érdekes területe lehet a régió sajátos keretfeltétel-rendszere és a szubjektív életminőség összefüggéseinek vizsgálata. A demokrácia egyenetlenségei, a politikai intézményrendszer problémái, a korrupció olyan tényezők, amelyek fogalma a Balkántól nem áll távol (VUJADINOVIĆ 2004, HAJDÚ 2010b, CLEMENS 2010) és amelyek szubjektív életminőségre gyakorolt lehetséges hatásaira HELLIWELL (2002) is felhívja a figyelmet.

## SUMMARY

*“Travel too fast, and you miss all you are traveling for.”*

Louis L'Amour

---

In my Thesis, I have examined the complexities of subjective quality of life and the role that different activities play in improving it in the Balkans and Turkey. The Balkans is a region of Europe whose social, political and economic stability is essential for the entire continent. The reason for also including Turkey is that it is located partially on the Balkan Peninsula. The Balkans is defined in this Thesis as being a region consisting of eleven countries (Albania, Bulgaria, Bosnia-Herzegovina, Greece, Croatia, Macedonia, Montenegro, Romania, Serbia, Slovenia and Turkey). The region faces many social, political and economic challenges every day; partly as a result of and partially in connection with EU accession. The question of how the population's general quality of life and health could be maintained or improved becomes increasingly important.

A significant number of Balkan countries have good resources for health tourism, some of which are internationally known already, and this trend is likely to grow stronger in the future.

My research has a dual purpose: first, to examine the subjective quality of life of the Balkan population and the major factors influencing it. Thus my main purpose with this objective was to identify the factors which influence the subjective quality of life of the populations of Balkan countries that are specific to this region. The second objective of my study was to map the activities which contribute to the improvement of the subjective quality of life of Balkan populations. By answering the question related to this research objective, I tried to outline what services health tourism should develop so as to help improve the subjective quality of life of the region's residents. Based on the above, the main purpose of the Thesis is to explore the activities undertaken by residents of Balkan countries which can contribute to the improvement of their subjective quality of life and which can serve as the basis for developing their health tourism products.

In the Literature Review, I analyzed international and Hungarian literature on subjective quality of life (and quality of life/objective quality of life which is closely related) and its relationship to health and health tourism.

Subjective quality of life is a popular area of interest for international and Hungarian theoretical and applied research. In the last few decades, research in various areas of science – primarily psychology, sociology, economics, medical science, political science, environmental economics, but also, increasingly, regional studies and social geography – explored the role, characteristics and main manifestations of subjective quality of life on which many indicators of human development have been based. I found that the concept of subjective quality of life required an analysis of the quality of life concept itself and its pillars, including the most important international and Hungarian quality of life concepts. The chapter on measuring quality of life reviews the theoretical and applied research on the topic, and summarizes the literature on the relationships between subjective quality of life, leisure time and tourism.

As neither subjective quality of life which is the central topic of the Thesis, nor quality of life which is related, has a generally accepted definition in scholarly literature, I used my own definition and concept of subjective quality of life combined from international and Hungarian literature. This was inspired by the writings of DIENER (1984, 1994, 2000), VEENHOVEN (1984, 1991, 1993, 1994, 1996a-c), COSTANZA (2007) and MICHALKÓ (2010). According to

my own interpretation, subjective quality of life is the identification of two groups of factors: the objective, so-called perceivable circumstances and conditions of life which are relatively easy to measure and can be evaluated by outsider observers, and the individual's characteristics, as filtered by the individual, an indicator which can be defined in terms of emotions and moods and is relatively constant even in the long run. In other words: in my interpretation, subjective quality of life is the sum, formed as a personal evaluation, of the individual's objective conditions and the individual's characteristics. Theoretical and practical chapters, questions and hypotheses of my Thesis relating to objective quality and quality of life are legitimate because of the relationship between subjective quality of life and objective factors.

Subjective quality of life and health tourism are the two main themes under examination in this Thesis and are related through the notion of health (health plays a major role in subjective quality of life, while improvement or preservation of health is the traveler's purpose in health tourism). The Literature Review therefore concentrated on the subject of health and health tourism and summarizes scholarly literature on the interpretation of health and its role in subjective quality of life. The health tourism concept is one small part of the health industry and consists of medical and wellness tourism. However, trends clearly demonstrated that the boundary between medical and wellness tourism has become more blurred in the past few years and this is likely to continue into the future as well (SZIVA 2010). Empirical research has shown that the consumers themselves have a complex interpretation of the wellness experience, and they attach an important role both to product elements aimed at health preservation and local product elements which are based on the unique natural and cultural attractions of a given place (MÜLLER-KAUFMANN 2001, CHEN et al. 2008, KAPCZYNSKI-SZROMEK 2008, MAK et al. 2009, SZIVA 2010, MEDINA-MUNOZ-MEDINA-MUNOZ 2012). For health tourism service providers which tend to lose their distinctness to globalization (SZIVA 2010), using a product concept which consciously and powerfully relies on local resources, local natural values, traditions, materials and knowledge could become a guarantee of their long-term sustainability.

I tested my hypotheses on subjective quality of life and the possible connection points between subjective quality of life and health tourism, formulated on the basis of international and Hungarian scholarly literature, in the context of the Balkans. The sub-chapter "Materials" in my Thesis presents in detail several areas of study formed of eleven countries which have been subject to many negative stereotypes (PAP 2010) and are difficult to analyze for the Western European mentality (MEZŐ 2000). Utilization of tourism resources requires an examination of the general environmental conditions; therefore I considered it important to also evaluate the specifics of the economic environment and the social-political characteristics of the Balkans. The sub-chapter "Method" in my paper encompasses the methodology of my empirical research.

Presentation of the study results related to the seven hypotheses aimed at making the research objectives more operative is included in the chapter "Results".

Although the objective quality of life of Balkan countries, as expressed in socio-economic indicators is rather bad in comparison to other European countries, the subjective quality of life of the region's population does not significantly fall behind the subjective quality of life of people living in parts of Europe typically considered "better" or "more developed" in terms of life conditions. That is to say, people living in the Balkans see their lives through their own eyes as being relatively good.

According to the research conducted as part of the Thesis, the people of Balkan countries can be described as having special characteristics in terms of subjective quality of life or happiness which is seen as being an important goal of human existence. For example, countries with higher GDP and lower unemployment rates reported lower levels of happiness. While earlier research confirmed the positive correlation between subjective quality of life and income, my study attests that people of the Balkan countries do not necessarily seek happiness in money. The fact that "money" or income plays a much less important role in the subjective quality of life of people in

the examined countries than in other countries was confirmed also in connection with another hypothesis. This result is not unprecedented in the subjective quality of life research. TIMÁR et al (2015) stated, based on their research on four underdog Hungarian micro-regions' habitants' subjective quality of life, that the direct correlations sometimes fail to be true, as the Fehérgyarmat-micro-region's poorest settlements report relatively high satisfaction and happiness.

At the same time, a significant correlation cannot be proven between subjective quality of life and life expectancy, and subjective quality of life and the number of healthy life years expected at birth. Analyzing the correlation between subjective quality of life and objective quality of life indicators, in the light of the fact that life expectancy and the number of healthy life years expected at birth are part of several complex indicators of (subjective) quality of life, allows for another particularly important conclusion. That is when we create concepts about human development and formulate criteria or try to quantify the results, merely analyzing our understanding of the goal of human development and how to measure it are not sufficient, but we must also consider whether the common concepts, thought patterns, and measurement/calculation methods are applicable globally, as well.

The subjective quality of life of people in the Balkans, as confirmed by other analyses conducted as part of the Thesis depends on numerous individual factors: values professed by the individual, demographic characteristics, social aspects, the individual's activities, etc. all are relevant.

Studies conducted as part of the Thesis show that the factors of the Balkan population's subjective quality of life (values) are rather typical: family, friends, communities, human relationships and health play a major role. The review of scholarly literature suggested that human relationships, family, friends, communities play a particularly important role in shaping the subjective quality of life in the Balkan countries. The results of primary research confirmed my assumptions: in terms of factors with a major impact on the subjective quality of life of the population in Balkan countries, family plays a particularly important role, and social relationships are generally important. Health is a factor in subjective quality of life, which similarly to family, plays a crucial role; jobs, and even more so, income and interest in work are less important in the subjective quality of life for people in the Balkan countries.

The examination of the subjective quality of life and certain demographic factors shows that gender and the type of dwelling place are not correlated with the level of happiness, while age and school education do show a significant, but weak association with it in the Balkan countries. Overall, the less noteworthy correlations between subjective quality of life and demographic characteristics in the sample reflects the research results of ARGYLE (1999).

An association between subjective health and subjective quality of life was confirmed in Balkan countries as well: there is a significant correlation between subjective health and the level of happiness, which is moderately strong and positive.

The assumption regarding the correlation between activity and subjective quality of life, namely that more active people are happier, was also confirmed and is in line with research results published in international scholarly literature (CSÍKSZENTMIHÁLYI 1998, ARGYLE 1999, DOLAN et al. 2008).

Secondary research suggested and the analysis of subjective quality of life factors included in the Balkan quantitative research database confirmed that travel is not particularly relevant for the subjective quality of life of people in Balkan countries: accomplishing the travel-related aspirations ranked 16/17 (shared rank) among the 18 pre-defined factors.

Of the 13 activities included in the questionnaire, nine are related to subjective quality of life and six to subjective health, which means that the subjective quality of life and subjective health of those who are engaged in these activities are significantly higher and better than the subjective quality of life and subjective health of those who are not engaged at all in these activities. Recreation in the mountains, at riversides, seaside, dance and nurturing family relationships and



friendships directly and indirectly contributed to the improvement of subjective quality of life. Users of therapeutic natural resources, bath, steam and Turkish bath users, people who practise religion or sing reported a higher subjective quality of life, while forest visitors reported better subjective health than those who were not engaged in these activities.

During the decades preceding the regime change, the Balkans was a paradise for socialist tourists. The holiday resorts by the Adriatic Sea and the Black Sea represented the number one destinations for waterside holidays for citizens of the countries on the east side of the 'iron curtain'. The collapse of socialism and the South Slavic war and their political, social and economic consequences ruined the formerly flourishing tourism in the Balkans, which was intensified by the global recession. Domestic and outgoing tourism demand data in most Balkan countries attested that travel plays a less important role for consumers living in the region.

Among the nation states created after the collapse of the former Yugoslavia, tourism in Croatia (which dominates the Adriatic Sea side) underwent a dynamic restoration which led to a spectacular expansion of foreign demand. Slovenia generated a significant number of tourists demanding accommodation capacity, as well as a considerable number of transit visitors, while the tourism statistics of the other states have stayed extremely modest [UNWTO 2015]. While Romanian and Bulgarian tourism is just a pale reflection of its former size, Turkey and Greece maintain their position in the European front line in terms of tourist numbers in spite of smaller or greater fluctuations [UNWTO 2014]. At the same time, today every Balkan country has recognized the importance of developing and diversifying the tourism offer. Health tourism, in which the Balkan region boasts significant resources and good assets even by international standards, is treated as a key tourist product in almost all countries in the region.

My Thesis attempts to explore the activities undertaken by residents of Balkan countries which improve the subjective quality of life directly or through improved health indirectly, and which can serve as the basis for developing their health tourism products. Secondary research results and empirical research attests that the subjective quality of life of Balkan residents in the long term can be insured by developments which:

- *include in their target group the local population as well in addition to domestic, regional and partially third-market tourists,*
- *are designed on a human scale,*
- *are personal and dedicate a large space to human relationships,*
- *are based specifically on the natural and cultural assets of the Balkans or its smaller territorial units,*
- *can be organized under an umbrella brand,*
- *are based on the widespread cooperation of the regional stakeholders of the health tourism, local well-being and health development.*

Developing products/services which are based on the characteristic assets of the region and are equally suitable for serving tourist needs and leisure requirements of the local population is echoed by the increasingly popular concept of slow tourism (PÉCSEK 2014, NISTOREANU et al. [N.a.]) and the concept suggested by FYALL et alia [N.a.] and HARTWELL et alia (2012), which places health tourism priorities and health development priorities on the same platform, proposing a much stronger cooperation between these two areas. Accordingly, product/service development related to activities which are equally relevant for health tourism and leisure goes beyond the competence of organizations participating in health tourism development. At the same time, *for organizations involved in local well-being and health development it presents not only tasks, but serious opportunities: developing concepts and programs based on the widespread cooperation of stakeholders of health tourism and local economic and social development could help in the sustainable and long-term improvement of the subjective quality of life of Balkan people.*

The database used for the Thesis offers opportunities for other examinations, as well: examining the importance of subjective quality of life factors in the various demographic groups, a

comparative analysis of activities known and undertaken, studying the activities of various demographic groups could reveal interesting correlations. Questions related to the Balkans image could facilitate an examination of the legitimacy of an umbrella brand as proposed in the Thesis. Analyzing the matters related to subjective quality of life and improvement of personal health could offer relevant information for policymakers, as well.

Another interesting area in Balkan and subjective quality of life research could be the study of correlations between the specific framework conditions of the region and subjective quality of life. Unevenness of democracy, problems related to the system of political institutions, and corruption are factors that are common in the Balkans (VUJADINOVIĆ 2004, CLEMENS 2010) and whose possible impact on subjective quality of life was suggested by HELLIWELL (2002).

## **MELLÉKLETEK**

M1: Irodalomjegyzék

1. ÁBRAHÁM B. (2007): A Balkán képe a 19-20. századi magyar geopolitikai és tudományos gondolkodásban. In: *Regio*, 18 (2) p. 47–78.
2. ADRIATIC HEALTH AND VITALITY NETWORK (2012): The Study on the potential of Health Tourism in Montenegro. Podgorica: AHVN–Green Home–VB Center. 48 p.
3. ÁGOSTON L. (szerk.) (2007): Az életminőség fogalmán túl: elméletek, módszerek és gondolatok az életminőség kapcsán. Budapest: DEMOS Magyarországi Alapítvány. 74 p.
4. AKOVA, S.–DEMIRKIRAN, C. (2013): Regarding the Culture of Multi-Ethnicity and Cohabitation in the Western Balkans. In: *Human*, 3 (2) p. 6–16.
5. ALDWIN, C. M.–REVENSON, T. A. (1986): Vulnerability to economic stress. In: *American Journal of Community Psychology*, 14 p. 161–175.
6. ANASTASAKIS, O. (2000): A balkáni régió európai integrációja. In: *Pro Minoritate*, Ősz/Tél, p. 44–54.
7. ANDERECK, K. L.–NYAUPANE, G. P. (2010): Exploring the Nature of Tourism and Quality of Life Perceptions among Residents. In: *Journal of Travel Research*, 50 (3) p. 248–260.
8. APRÓ, É.–BALÁZS, O.–KISS, K.–MICHALKÓ, G.–PUCZKÓ, L.–SMITH, M. K.–SZIVA, I. (2015): Az erdei fürdőtől a török hammamig - A Balkáni országok egészségturisztikai márkapolitikája. Hozzáférhető a Budapesti Kommunikációs és Üzleti Főiskola Szabadidő, Szálloda és Turizmus Intézetében.
9. ARANYOSSYÉ SZ. A. (2010): Az egészségturisztikai szolgáltatások helye az orosz turisztikai piacon. In: HANUSZ Á. (szerk.): *A helyi és térségi TDM szervezetek helye és szerepe a vidék turizmusirányításában*. Nyíregyháza: Nyíregyháza Város és Nyíregyházi Főiskola Természettudományi és Informatikai Kar, Turizmus és Földrajztudományi Intézete. p. 3-12.
10. ARGYLE, M. (1999): Causes and Correlation of Happiness. In: Kahneman, D.–Diener, E. - Schwarz, N.: *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*. New York: Russel Sage Foundations. p. 353-373.
11. ATECA-AMESTOY, V. SERRANO-DEL-ROSAL, R.–VERA-TOSCANO, E. (2008): The leisure experience. In: *The Journal of Socio-Economics*, 37 (1) p. 64–78.
12. BABBIE, E. (2003): A társadalomtudományi kutatás gyakorlata Budapest: Balassi Kiadó. 564 p.
13. BARRO, J.–LEE, J-W. (2013): A new data set of educational attainment in the world, 1950–2010. Cambridge: National Bureau Of Economic Research. 49 p.
14. BENNETT, M.–KING, B.–MILNER L. (2004): The health resort sector in Australia: A positioning study. In: *Journal of Vacation Marketing*, 10 (2) p. 122-137.
15. BÉRENGER, V.–VERDIER-CHOUCHANE, A. (2006): Are African Countries Richer Than They Are Developed?–A Multidimensional Analysis of Well-Being. African Development Bank, *Economic Research Working Paper Series*. No 83. 27 p.
16. BERGER, D. L.–SILVER, E. J.–STEIN, R. E. (2009): Effects of yoga on inner-city children's well-being: a pilot study. In: *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 15 (5) p. 36-42.
17. BERGER-SCHMITT, E.–NOLL, H-H. (2000): Conceptual Framework and Structure of a European System of Social Indicators. Mannheim: Centre for Survey Research and Methodology. 73 p. [http://www.researchgate.net/profile/Heinz-Herbert-Noll/publication/239579151\\_Conceptual\\_Framework\\_and\\_Structure\\_of\\_a\\_European\\_System\\_of\\_Social\\_Indicators/links/00b7d51fa70aad14cb000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Heinz-Herbert-Noll/publication/239579151_Conceptual_Framework_and_Structure_of_a_European_System_of_Social_Indicators/links/00b7d51fa70aad14cb000000.pdf). Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: indicator, Berger-Schmitt. Lekérdezés időpontja: 2014.02.07.
18. BIRCHER, J. (2005): Towards a dynamic definition of health and disease. In: *Med Health Care Philos.*, 8 (3) p. 335-341.

19. BJÖRK, J.–ALBIN, M.–GRAHN M.–JACOBSSON, H.–ARDÖ, J.–WADBRO, J.–ÖSTERGREN P-O.–SKARBACK E. (2008): Recreational values of the natural environment in relation to neighbourhood satisfaction, physical activity, obesity and wellbeing.  
<http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOid=1052176&fileOid=1056501>. In: *Journal of Epidemiol. Community Health*, 62 p. 2-10. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: wellbeing, gardening. Lekérdezés időpontja: 2014.02.07.
20. BLANCHFLOWER, D. G. (2002): Well-Being Over Time in Britain and the USA. Department of Economics, Dartmouth College and NBER. 45 p.  
<http://wrap.warwick.ac.uk/315/>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: economics, wellbeing. Lekérdezés időpontja: 2015.02.17.
21. BLANKE, J.–CHIESA, T. (eds.) (2013): The Travel & Tourism Competitiveness Report 2013 – Reducing Barriers to Economic Growth and Job Creation. Geneva: World Economic Forum. 517 p.
22. BRUNI, L.–PORTA, P. (szerk.) (2007): Handbook on the economics of happiness. Cheltenham: Edward Elgar. 596 p.
23. BRUNI, L.–STANCA, L. M. (2008): Watching Alone: Relational Goods, Television and Happiness. In: *Journal of Economic Behavior & Organization*, 65 (3-4) p. 506-528.
24. BRÜLDE, B. (2007): Happiness theories of the good life. In: *Journal of Happiness Studies*, 8 (1) p. 15–49.
25. BUDRUK, M.–PHILLIPS, R. (2011): Quality of Life Community Indicators for Parks Recreation and Tourism Management. In: *Social Indicators Research Series*, 43. Amsterdam: Springer. 230 p.
26. BUSHELL, R.–SHELDON, P. J. (2009): Wellness and tourism: mind, body, spirit, place. New York: Cognizant. 304 p.
27. CARTER, F. W.–TURNOCK, D. (2000): Ethnicity in Eastern Europe: Historical legacies and prospects for cohesion. In: *GeoJournal*, 50 p. 109–125.
28. CHEN, J. S.–PREBENSEN, N.–HUAN, T. C. (2008): Determining the Motivation of Wellness Travelers. In: *Anatolia: An International Journal of Tourism and Hospitality Research*, 19 (1) p. 103-115.
29. CHEN, K.-H.–LIU, H-H.–CHANG, F-H. (2013): Essential customer service factors and the segmentation of older visitors within wellness tourism based on hot springs hotels. In: *International Journal of Hospitality Management*, 35 p. 122– 132.
30. CHRISTOPH, B.–NOLL, H-H. (2003): Subjective well-being in the European Union during the 90s. In: *Social Indicators Research*, 64 p. 521–546.
31. CHRISTOU, L. (2012): Is it possible to combine mass tourism with alternative forms of tourism: the case of Spain, Greece, Slovenia and Croatia. 8 p.  
[https://www.atu.edu/jbao/spring2012/Is\\_it\\_possible\\_to\\_combine.pdf](https://www.atu.edu/jbao/spring2012/Is_it_possible_to_combine.pdf). Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: health tourism, Croatia. Lekérdezés időpontja: 2015.03.08.
32. CLEMENS, W. C. Jr. (2010): Ethnic peace, ethnic conflict: Complexity theory on why the Baltic is not the Balkans. In: *Communist and Post-Communist Studies*, 43 p. 245–261.
33. CONNELL, J. (2006): Medical tourism: Sea, sun, sand and ... surgery. In: *Tourism Management*, 27(6) p. 1093-1100.
34. COOK, P. S. (2008): What is health and medical tourism? In: *The annual conference of the Australian Sociological Association Proceedings* (2008) (The University of Melbourne, Victoria) 14 p.
35. CORVO, P. (2011): The Pursuit of Happiness and the Globalized Tourist. In: *Social Indicators Research*, 102 p. 93–97.
36. COSTANZA, R.–FISHER, B.–ALI, S.–BEER, C.–BOND, L.–BOUMANS, R.–DANIGELIS, N. L.–DICKINSON, J.–ELLIOTT, C.–FARLEY, J.–GAYER, D. E. - MACDONALD GLENN, L. - HUDSPETH, T. - MAHONEY, D. - MCCAHILL, L.–MCINTOSH, B.–REED, B. RIZVI, S. A. T.–RIZZO, D. M.–SIMPATICO, T.–SNAPP, R.

- (2007): Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. In: *Ecological Economics*, 6 (1) p. 267 – 276.
37. COYLE, C. P.–LESNIK-EMAS, S.–KINNEY, W. B. (1994): Predicting life satisfaction among adults with spinal cord injuries. In: *Rehabilitation Psychology*, 39 (2) p. 95-112.
  38. CUMMINS, R. A. (1997): The Comprehensive Quality of Life Scale – Adult (ComQol-A5), (5th Ed.). Melbourne: School of Psychology, Deakin University. 64 p.
  39. CUMMINS, R. A. (1998): The second approximation to an international standard of life satisfaction. In: *Social Indicators Research*, 43 p. 307–334.
  40. CUMMINS, R. A.–GULLONE, E. (2000). Why we should not use 5-point Likert scales: The case for subjective quality of life measurement. In: Second International Conference on Quality of Life in Cities Conference Proceedings. Singapore: National University of Singapore. p.74-93.
  41. CUMMINS, R. A.–ECKERSLEY, R.–PALLANT, J.–VAN VUGT, J.–MISAJON, R. (2003): Developing a national index of subjective wellbeing: the Australian unity wellbeing index. In: *Social Indicators Research*, 64 p. 159–190.
  42. CSÍKSZENTMIHÁLYI M. (1997): Flow – Az áramlat. A tökéletes élmény pszichológiája. Budapest: Akadémiai Kiadó. 372 p.
  43. CSÍKSZENTMIHÁLYI M. (1998): És addig éltek, amíg meg nem haltak. Budapest: Kulturtrade Kiadó. 178 p.
  44. CSÍKSZENTMIHÁLYI, M. –LeFEVRE, J. (1989): Optimal Experience in Work and Leisure. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (5) p. 815-822.
  45. CSÍKSZENTMIHÁLYI M.–HUNTER, J. (2003): Happiness in everyday life. The uses of Experience sampling. In: *Journal of Happiness Studies*, 4 p. 185–199.
  46. CSÜLLÖG G.–CSASZÁR Z. M. (2013): Ethnic Processes in the Spatial Structure of the Balkans. In: *EuroTimes: Journal of the Institute for Euroregional Studies*, 15 p. 143–157.
  47. De BLOOM, J.–KOMPIER, M. A. J.–GEURTS, S. A. E.–DE WEERTH, C.–TARIS, T.–SONNENTAG, S. (2009): Do we recover from vacation? Meta-analysis of vacation effects on health and well-being. In: *Journal of Occupational Health*, 51 (1) p. 13–25.
  48. De BOTTON, A. (2003): *The Art of Travel*. London: Penguin. 272 p.
  49. DEVEREUX, C.–CARNEGIE, E. (2006): Pilgrimage: *Journeying Beyond Self*. In: *Journal of Tourism Recreation Research*, 31 (1) p. 47-56.
  50. DIDASKALOU, E. A.–NASTOS P. TH.–MATZARAKIS, A. (2004): The development prospects for Greek health tourism and the role of the bioclimate regime in Greece. In: Matzarakis, A.–Freitas, C. R. de–Scott, D. (eds.): *Advances in Tourism Climatology*, Freiburg: Druckerei der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, p. 149-157.
  51. DIENER, E. (1984): Subjective well-being. In: *Psychological Bulletin*, 95 (3) p. 542-575.
  52. DIENER, E. (1994): Assessing subjective wellbeing: Progress and opportunities. In: *Social Indicators Research*, 31 (2) p. 103-157.
  53. DIENER, E.–FUJITA, F. (1995): Resources, personal strivings, and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (5) p. 926-935.
  54. DIENER, E.–SUH, E. (1997): Measuring quality of life: economic, social, and subjective indicators. In: *Social Indicators Research*, 40 p. 189–216.
  55. DIENER, E.–SUH, E.–OISHI, S. (1997): Recent Findings on Subjective Well-Being. In: *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24 (1) p. 25-41.
  56. DIENER, E.–SUH, E. M.–LUCAS, R. M.–SMITH, H. L. (1999): Subjective well-being: Three decades of progress. In: *Psychological Bulletin*, 125(2), p. 276-302.
  57. DIENER, E.–BISWAS-DIENER, R. (2000): New Directions in Subjective Well-Being Research: The Cutting Edge. In: *Indian Journal of Clinical Psychology*, 27 p. 21-33.
  58. DIENER, E.–BISWAS-DIENER, R. (2002): Will Money Increase Subjective Well-Being? – A Literature Review and Guide to Needed Research. In: *Social Indicators Research*, 57 p. 119-169.

59. DIENER, E.–SELIGMAN, E. P. (2002): Very happy people. In: *Psychological Science*, 13 (1) p. 81-84.
60. DIENER, E.–SELIGMAN, E. P. (2004): Beyond Money: Toward an Economy of Well-Being. American Psychological Society 5 (1).
61. DIENER, E.–OISHI, S. (2005): The Nonobvious Social Psychology of Happiness. In: *Psychological Inquiry*, 16 (4) p. 162–167.
62. DIENER, E.–WIRTZ, D.–TOV, W.–KIM-PRIETO, C.–CHOI, D-W.–OISHI, S.–BISWAS-DIENER, R. (2010): New Well-being Measures: Short Scales to Assess Flourishing and Positive and Negative Feelings. In: *Social Indicators Research*, 97 p.143–156.
63. DINU, M.–ZBUCHEA, A.–CIOACA, A. (2010): Health tourism in Romania: main features and trends. In: *Journal of Tourism Challenges and Trends*, 3 (2) p. 9-34.
64. DISSART, J-C.–DELLER, S. C. (2000): Quality of Life in the Planning Literature. In: *Journal of Planning Literature* (15) 1, p. 135-161. <http://jpl.sagepub.com/content/15/1/135.full.pdf>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: wellbeing, concept. Lekérdezés időpontja: 2014.06.24.
65. DiTELLA, R.–MACCULLOCH, R. J.–OSWALD, A. J. (1999): The macroeconomics of happiness. In: *The Review of Economics and Statistics*, 85 (4) p. 809-827.
66. DOCKERY, A. M. [N.a.]: Happiness, life satisfaction and the role of work: Evidence from two Australian surveys. Department of Economics, School of Economics and Finance, Curtin University of Technology. 31 p. [http://www.researchgate.net/profile/Alfred\\_Dockery/publication/228848009\\_Happiness\\_life\\_satisfaction\\_and\\_the\\_role\\_of\\_work\\_Evidence\\_from\\_two\\_Australian\\_surveys/links/02e7e51dcb1641d69000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Alfred_Dockery/publication/228848009_Happiness_life_satisfaction_and_the_role_of_work_Evidence_from_two_Australian_surveys/links/02e7e51dcb1641d69000000.pdf). Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: economics, wellbeing. Lekérdezés időpontja: 2015.02.17.
67. DODGE, R. - DALY, A. - HUYTON, J. - SANDERS, L. (2012): The challenge of defining wellbeing. In: *International Journal of Wellbeing*, 2 (3) p. 222-235.
68. DOLAN, P.–PEASGOOD, T.–WHITE, M. (2008): Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective wellbeing. In: *Journal of Economic Psychology*, 29 (1) p. 94–122.
69. DOLNICAR, S.–YANAMANDRAM, V.–CLIFF, K. (2012): The contribution of vacations to quality of life. In: *Annals of Tourism Research*, 39 (1) p. 59-83.
70. DONOVAN, N.–HALPERN, D.–SARGEANT, R. (2002): Life satisfaction? The state of knowledge and implications for government. [N.h.] 64 p. <http://tidsverkstaden.se/filarkiv/file/Life%20satisfaction.pdf>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: subjective wellbeing, measure. Lekérdezés időpontja: 2014.08.23.
71. EASTERLIN, R. A. (1974): Does economic growth improve the human lot? Some empirical evidence. In: David, P. A. - Reder, M. W. (eds.): *Nations and households in economic growth: essays in honour of Moses Abramowitz*. New York: Academic Press. p. 89–125.
72. EASTERLIN, R. (2001): Income and happiness: towards a unified theory. In: *The Economic Journal*, 111 p. 465-484.
73. EASTERLIN, R. A. (2006): Life cycle happiness and its sources Intersections of psychology, economics, and demography. In: *Journal of Economic Psychology*, 27 p. 463–482.
74. EASTERLIN, R. A.–MCVEY, L. A.–SWITEK, M.–SAWANGFA, O.–SMITH ZWEIG, J. (2010): The happiness–income paradox revisited. <http://www.pnas.org/content/107/52/22463.full>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: Easterlin, happiness paradox. Lekérdezés időpontja: 2014.06.17.
75. the Economist Intelligence Unit [2005]: The Economist Intelligence Unit’s quality-of-life index. London: Economist Intelligence Unit. [http://www.economist.com/media/pdf/QUALITY\\_OF\\_LIFE.pdf](http://www.economist.com/media/pdf/QUALITY_OF_LIFE.pdf). Keresőprogram: Google. Kulcsszavak: quality of life, eiu. Lekérdezés időpontja: 2014.03.25.

76. Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet [2009]: Az orvosi szolgáltatásokra alapuló egészségturizmus tendenciái. [http://www.eski.hu/new3/gyogyturizmus/zip\\_doc\\_2009/egeszsegsturizmus.pdf](http://www.eski.hu/new3/gyogyturizmus/zip_doc_2009/egeszsegsturizmus.pdf). Keresőprogram: Google. Kulcsszavak: egészségturizmus, definíció. Lekérdezés időpontja: 2014.07.27.
77. EL OUARDIGHI, J.–SOMUN-KAPETANOVIC, R. (2010): Is Growth Pro-Poor in the Balkan Region? In: *Eastern European Economics*, 48 (3) p. 9–21.
78. ELLIS, M.–WRIGHT, R. (1998): The balkanization metaphor in the analysis of U.S. immigration. In: *Annals of the Association of American Geographers*, 88 (4) p. 686–698.
79. EÖRY E.–FÁBIÁN E.–KOVÁCS B.–MÁRTONNÉ M. K.–MÜLLER M.–SOPRONIGY.–VÍG T.–ZÁHONYI T. (2005): Nemzeti turizmusfejlesztési Stratégia. In: *Turizmus Bulletin*, (9) 2 59 p.
80. ERDELI, G.–DINĂ, A. I.–GHEORGHILĂȘ, A.–SURUGIU, C. (2011): Romanian spa tourism: a communist paradigm in a post communist era. In: *Human Geographies – Journal of Studies and Research in Human Geography*, 5 (2) p. 41–56.
81. ERFURT-COOPER, P.–COOPER, M. (2009): Health and Wellness Tourism: Spas and Hot Springs. Clevedon: Channel View. 362 p.
82. ESTES, C.–HENDERSON, C. (2003): Enjoyment and the Good Life, The less-advertised benefits of parks and recreation. In: *Parks & Recreation*, 38 (2) p. 24-31.
83. Eurofound [2005]: First European Quality of Life Survey: Life satisfaction, happiness and sense of belonging. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. 112 p.
84. Eurofound [2007]: European survey on working time and work-life balance. <http://www.eurofound.europa.eu/areas/worklifebalance/eswt.htm> (accessed 5 June 2009). Keresőprogram: Google. Kulcsszavak: quality of life, work, leisure time. Lekérdezés időpontja: 2014.04.14.
85. Eurofound [2013a]: Quality of life in enlargement countries. Third European Quality of Life Survey – Montenegro. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 16 p.
86. Eurofound [2013b]: Quality of life in enlargement countries. Third European Quality of Life Survey – Serbia. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 16 p.
87. Eurofound [2013c]: Quality of life in Europe: Trends 2003–2012. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2 p.
88. Eurofound [2014a]: Quality of life in urban and rural Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 28 p.
89. Eurofound [2014b]: Trends in quality of life – Croatia: 2007–2012. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 74 p.
90. Eurofound [2014c]: Trends in quality of life – Former Yugoslav Republic of Macedonia: 2007–2012. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 86 p.
91. Eurofound [2014d]: Trends in quality of life – Turkey: 2003–2012. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 100 p.
92. European Commission [2009]: GDP and beyond: Measuring progress in a changing world. COM (2009) 433 final, Brussels: Commission of the European Communities. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52009DC0433>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: gdp and beyond. Lekérdezés időpontja: 2015.01.13.
93. European Commission [2013]: Quality of life in Europe: Subjective well-being. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 124 p.
94. European Commission [2014]: Communication from The Commission to The European Parliament, The Council, The European Economic and Social Committee and The Committee of The Regions: Enlargement Strategy and Main Challenges 2014-15. Brüsszel. [http://ec.europa.eu/enlargement/pdf/key\\_documents/2014/20141008-strategy-paper\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/enlargement/pdf/key_documents/2014/20141008-strategy-paper_en.pdf). Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: gdp and beyond. Lekérdezés időpontja: 2015.01.12.



95. European Commission (2015a): Country Report Bulgaria 2015 – Commission Staff Working Document. SWD(2015) 22 final, COM(2015) 85 final. 79 p.
96. European Commission (2015b): Country Report Slovenia 2015 – Commission Staff Working Document. SWD(2015) 43 final/2, COM(2015) 85 final. 91 p.
97. European Commission (2015c): Country Report Croatia 2015 – Commission Staff Working Document. SWD(2015) 30 final, COM(2015) 85 final. 107 p.
98. European Travel Commission [2015]: Annual Report 2014. 28 p. <http://etc-corporate.org/uploads/reports/ETC%20Annual%20Report%202014.pdf> . Keresőprogram: Google. Kulcsszavak: national tourist offices. Lekérdezés időpontja: 2015.04.24.
99. European Union [2013]: Quality of life in cities – Perception survey in 79 European cities. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 151 p. [http://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/docgener/studies/pdf/urban/survey2013\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/studies/pdf/urban/survey2013_en.pdf) . Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: city, wellbeing, Europe. Lekérdezés időpontja: 2015.01.12.
100. FEKETE ZS. (2006): Életminőség. Koncepciók, definíciók, kutatási irányok. In: Utasi Á. (szerk.): *A szubjektív életminőség és forrásai. Biztonság és kapcsolatok*. Budapest: MTA Politikai Tudományok Intézete. p. 277- 301.
101. FERRER-I-CARBONELL, A.–FRIJTERS, P. (2004): How important is methodology for the estimates of the determinants of happiness? In: *The Economic Journal*, 114 p. 641–659.
102. FILEP, S. (2012): Positive psychology and tourism. In: Uysal, M.–Perdue, R.–Sirgy, J. (eds.) (2012): *Handbook of Tourism and Quality of Life Research*. Heidelberg: Springer. p. 31-50.
103. FOX, K. R. (1999): The influence of physical activity on mental well-being. In: *Public Health Nutrition*, 2 (3a) p. 411–418.
104. FREY, B. S.–STUTZER, A. (2000): What are the sources of happiness? Working Paper, Department of Economics, Johannes Kepler University of Linz, No. 0027 23 p.
105. FÜREDINÉ K. A. (2008): A fogyasztók egészségügyi kockázatszélése és kockázatredukciós magatartásának vizsgálata. Doktori (Phd) értekezés. Szent István Egyetem Gazdálkodás- és Szervezéstudományi Doktori Iskola. 281 p.
106. FYALL, A.–HARTWELL, H.–HEMINGWAY, A. [N.a.]: Public Health, Wellbeing & Tourism: Opportunities for the Branding of Tourism Destinations. [www.lyxk.com.cn/fileup/PDF/2013-2-16.pdf](http://www.lyxk.com.cn/fileup/PDF/2013-2-16.pdf). Keresőprogram: Google. Kulcsszavak: Hartwell, Fyall, tourism, wellbeing. Lekérdezés időpontja: 2015.04.27.
107. Gallup Healthways [2014]: *State of Global Wellbeing*. 124 p. <http://info.healthways.com/hs-fs/hub/162029/file-1634508606-pdf/WBI2013/Gallup-Healthways State of Global Well-Being vFINAL.pdf>. Keresőprogram: Google. Kulcsszavak: quality of life, wellbeing. Lekérdezés időpontja: 2015.01.25.
108. GARDE, P. (2007): A Balkán. Budapest: Háttér. 142 p.
109. GILBERT, D.–ABDULLAH, J. (2004): Holidaytaking and the sense of well-being, In: *Annals of Tourism Research*, 31 (1) p. 103–121.
110. GIOVANNINI, E.–HALL, J. [N.a.]: Measuring well-being and societal progress. <http://www.oecd.org/dataoecd/61/26/48299306.pdf>. Keresőprogram: Google. Kulcsszavak: GNI, GDP, wellbeing. Lekérdezés időpontja: 2015.01.10.
111. GLATZ F. (2007): Váltás a külpolitikai gondolkodásban, 2004-2006 (Előszó helyett). In: Glatz F. (szerk.): *A Balkán és Magyarország – Váltás a külpolitikai gondolkodásban?* Budapest: MTA Társadalomkutató Központ – Európa Intézet. p. 7-19.
112. Global Spa Summit [2011]: Wellness Tourism and Medical Tourism: Where do Spas Fit? New York: Global Spa Summit. 96 p. <http://www.spalietuva.lt/wp-content/uploads/2011/04/ISPA-US-Spa-Industry-Study-2011-FINAL-260911-online.pdf>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: health, well-being. Lekérdezés időpontja: 2014.06.14.

113. GREEN, L. S.–OADES, L. G–GRANT A. M. (2006): Cognitive-behavioral, solution-focused life coaching: Enhancing goal striving, well-being, and hope. In: *The Journal of Positive Psychology*, 1 (3) p. 142-149.
114. GYÖRFFY D. (2014): Válság és válságkezelés Görögországban - A puha költségvetési korlát szerepe a gazdasági összeomlásban. In: *Közgazdasági Szemle*, 61 (1) p.27–52.
115. HAGERTY, M. R. (1999): Testing Maslow’s hierarchy of needs: national quality-of-life across time running head: national quality-of-life across time. In: *Social Indicators Research*, 46 (3) p. 249–271.
116. HAJDÚ Z. (2007): A Balkán-félszigettől a "Balkánig". In: *Mediterrán és Balkán Fórum*, 1 (1) p. 10–14.
117. HAJDÚ Z. (2010a): A Balkán az európai térben. In: HORVÁTH GY.–HAJDÚ Z. (szerk.): *Regionális átalakulási folyamatok a Nyugat-Balkán országában*. Pécs: MTA Regionális Kutatások Központja. p. 17-40.
118. HAJDÚ Z. (2010b): Etnikai összetétel, nemzeti konfliktusok. In: HORVÁTH GY.–HAJDÚ Z. (szerk.): *Regionális átalakulási folyamatok a Nyugat-Balkán országában*. Pécs: MTA Regionális Kutatások Központja. p. 119-144.
119. HALL, C. M. (2013): *Medical Tourism: The ethics, regulation, and marketing of health mobility*. London: Routledge. 220 p.
120. HALL, D. R. – SMITH, M. K. – MARCISZEWSKA, B. (2006): *Tourism in the New Europe: The Challenges and Opportunities of EU Enlargement*. Wallingford: CABI. 320 p.
121. HALLERÖD, B.–SELDÉN, D. (2013): The Multi-dimensional Characteristics of Wellbeing: How Different Aspects of Wellbeing Interact and Do Not Interact with Each Other. In: *Social Indicators Research*, 113 p. 807–825.
122. HANKISS E.–MANCHIN R.–FÜSTÖS L. (1978): Életminőség modellek: szempontok a társadalmi tervezés információs bázisának kiépítéséhez. (A magyar életminőség-kutatás műhelyéből 9.) Budapest: Tömegkommunikációs Kutatóközpont. 113 p.
123. HANKISS E.–MANCHIN R. (1976): Szempontok az élet „minőségének” szociológiai vizsgálatához. In: *Valóság*, 19 (1) p. 20–34.
124. HANNAM, K.–ATELJEVIC, I. (eds.) (2007): *Backpacker tourism: concepts and profiles*. Clevedon: Channel View. 296 p.
125. HARTWELL, H.–HEMINGWAY, A.–FYALL, A.–FILIMONAU V.–WALL, S. (2012): Tourism engaging with the public health agenda: Can we promote „wellville” as a destination of choice? In: *Public Health*, 126 p. 1072-1074.
126. HAVASI V.(2009): *Az értékrend és az életminőség összefüggései*. Doktori értekezés. Debreceni Egyetem, Közgazdaságtudományi Kar, Közgazdaságtudományi Doktori Iskola.
127. HAWORTH, J. T. (2010): Life, work, leisure, and enjoyment: the role of social institutions, working paper. 28 p. <http://www.wellbeing-esrc.com/downloads/LifeWorkLeisure&Enjoyment.pdf>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: leisure, wellbeing. Lekérdezés időpontja: 2014.11.25.
128. HAWORTH, J.–EVANS, S. (1995): Challenge, skill and positive subjective states in the! daily life of a sample of YTS students. In: *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 68 (2) p. 109-121.
129. HAYO, B.–SEIFERT, W. (2002): Subjective economic well-being in Eastern Europe, Diskussionsbeiträge aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Universität – Gesamthochschule – Essen, No. 120. 20 p.
130. HEADY, B.–VEENHOVEN, R.–WEARING, A. (1991): Top-down versus bottom-up theories of subjective well-being (1991). In: *Social Indicators Research*, 24 p. 81-100.
131. Healtour [n.a.]: A benchmark of the tourism offer in health resorts and of the specific tourism products created for these target groups in various countries. [http://www.incdt.ro/uploads\\_ro/images/655/Healtour\\_3rd\\_study\\_INCDT\\_EN\\_SHORT.pdf](http://www.incdt.ro/uploads_ro/images/655/Healtour_3rd_study_INCDT_EN_SHORT.pdf) . Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: health tourism, Balkan. Lekérdezés időpontja: 2015.01.27.

132. HEGEDŰS R. (2001): Szubjektív társadalmi indikátorok: szelektív áttekintés a téma irodalmából. In: *Szociológiai Szemle*, 11 (2) p. 58–72.
133. HELLIWELL, J. F. (2002): How's life? combining individual and national variables to explain subjective well-being. National Bureau of Economic Research. Working Paper 9065. <http://www.nber.org/papers/w9065>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: health, wellbeing. Lekérdezés időpontja: 2014.12.07.
134. HELLIWELL, J. (2003): How's life? Combining individual and national variables to explain subjective wellbeing. In: *Economic Modelling*, 20 p. 301–360.
135. HELLIWELL, J. F.–PUTNAM, R. D. (2004): The social context of wellbeing. In: *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 359 p. 1435-1446.
136. HELLIWELL, J.–LAYARD, R.–SACHS, J. (eds.) (2013): World Happiness Report 2013. New York: UN Sustainable Development Solutions Network. 172 p.
137. HJALAGER, A.–KONU, H.–HUIJBENS, E. H.–BJÖRK, P.–FLAGESTAD, A.–NORDIN, S.–TUOHINO, A. (2011): *Innovating and re-branding Nordic wellbeing tourism*. Final report from a joint NICE research project. Nordic Innovation Centre [http://www.nordicinnovation.org/Global/Publications/Reports/2011/2011\\_NordicWellbeingTourism\\_report.pdf](http://www.nordicinnovation.org/Global/Publications/Reports/2011/2011_NordicWellbeingTourism_report.pdf). Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: regional, wellness, wellbeing. Lekérdezés időpontja: 2013.11.25.
138. HONORÉ, C. (2005): In praise of slow: how a worldwide movement is challenging the Cult of speed. London: Orion Books. 321 p.
139. HOORN, A. v. (2007): A short introduction to subjective well-being: its measurement, correlates and policy uses. Nijmegen: Center for Economics (NiCE), Radboud University Nijmegen. 13 p.
140. HORN, R. V. (1993): Statistical indicators for the economic & social sciences. Cambridge: Cambridge University Press. 240 p.
141. HORVÁTH A. (2015): Wellbeing and Technology in the Balkans. In: TÓZSA, I.–ZÁTORI, A. (eds): *Metropolitan Tourism Experience Development. Selected studies from the Tourism Network Workshop of the RSA, held in Budapest 2015*. Budapest: Department of Economic Geography and Futures Study. p. 237-254.
142. Horwath HTL [2013]: CrossSpa Study on joint potential of health and wellness tourism development in the cross-border area (Sarajevo Macro Region and Tourism Region of Western Serbia). Belgrade: Tourism Organization of the Region of Western Serbia. 128 p.
143. HUBER, M.–KNOTTNERUS, J. A.–LAWRENCE GREEN, H.–VAN DER HORST, L. G. H.–JADAD, A. J.–KROMHOUT, D.–LEONARD, B.–LORIG. K.–LOUREIRO, M. I. - VAN DER MEER, J.–SCHNABEL, P.–SMITH, R. - VAN WEEL, C.–SMID, H. (2011): How should we define health? In: *BMJ* 343 p. 1-3. <http://cybermed.eu/attachments/article/33014/How%20should%20we%20define%20health.pdf>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: health, definition. Lekérdezés időpontja: 2014.05.27.
144. HUIJBENS, E. H.–BENEDIKTSSON, K. (2013): Inspiring the visitor? Landscapes and horizons of hospitality. In: *Tourist Studies*, 13 (2) p. 189–208.
145. Hungarostudy [2013]: Kutatások. <http://www.hungarostudy.hu/index.php/2014-04-07-17-21-12/hungarostudy-2013/view/form>. Keresőprogram: Google. Kulcsszavak: hungarostudy 2013. Lekérdezés időpontja: 2015.02.11.
146. HUPPERT, F.–MARKS, N.–CLARK, A.–SIEGRIST, J.–STUTZER, A.–VITTERSØ, J. [N.a.]: Personal and social well-being module for the European Social Survey, Round 3. <http://www.europeansocialsurvey.org/data/themes.html?t=personal>. Google Scholar. Kulcsszavak: healt, wellbeing. Lekérdezés időpontja: 2014.11.16.
147. HUPPERT, F. A.–SO, T. T. C. (2013): Flourishing Across Europe: Application of a New Conceptual Framework for Defining Well-Being. In: *Social Indicators Research*, 11 p. 837–861.

148. INGLEHART, R. F. (2008): Changing Values among Western Publics from 1970 to 2006. In: *West European Politics*, 31 (1–2) p. 130-146.
149. ISO-AHOLA, S.E.–MANNELL, R.C. (2004): Leisure and health. In: Haworth, J.T. –Veal, A.J. (eds.): *Work and Leisure*. London: Routledge. 238 p.
150. IUOTO (1973): Health Tourism. Geneva: United Nations.
151. IWASAKI, Y.–MANNELL, R. C.–SMALÉ, B. J. A.– BUTCHER, J. (2005): Contributions of Leisure Participation in Predicting Stress Coping and Health among Police and Emergency Response Services Workers. In: *Health Psychology*, 10 p. 79-99.
152. JACKSON, T. (2009): Prosperity without Growth? – The Transition to a Sustainable Economy. Sustainable Development Commission. London. [http://www.worldresourcesforum.org/files/pwg\\_summary\\_eng.pdf](http://www.worldresourcesforum.org/files/pwg_summary_eng.pdf). Keresőprogram: Google. Kulcsszavak: prosperity without growth. Lekérdezés időpontja: 2015.01.13.
153. JANCSEK A. (2007): A kulturális és természeti erőforrások turisztikai hasznosításának előfeltételei. In: DÁVID L. (szerk.): Turisztikai erőforrások. A természeti és kulturális erőforrások turisztikai hasznosítása. <http://jancsik.com/blog/documents/David%20Jancsik%20Ratz%20Turisztikai%20eroforsok%202.pdf>. Keresőprogram: Google. Kulcsszavak: erőforrás, fejlesztés, turizmus. Lekérdezés időpontja: 2015.07.05. 79 p.
154. JEFFRES, L.–Dobos, J. (1993): Perceptions of leisure opportunities and the quality of life in a metropolitan area. In: *Journal of Leisure Research*, 25 p. 203-217.
155. JELAVICH B. (2006): A Balkán története. Budapest: Osiris Kiadó. 745 p.
156. JENKINS, J.–PATTERSON, I. (2008): An Analysis of the Influence That Leisure Experiences Have on a Person's Mood State, Health and Wellbeing. In: *Annals of Leisure Research*, 10 (3-4) p. 25.
157. JUHÁSZ J. (2014): Az EU és a Nyugat-Balkán ma. In: *Mediterrán és Balkán Fórum*, 8 (2) p. 28-35.
158. KAHNEMAN, D.–KRUEGER, A. B. (2006): Developments in the Measurement of Subjective Well-Being. In: *Journal of Economic Perspective*, (20) 1 p. 3–24.
159. KAPCZYNSKI, A.–SZROMEK, A.R. (2008): Hypothesis concerning the development of Polish spas in the years 1949-2006. In: *Tourism Management*, 29 p. 1035-1037.
160. KAPLAN, R.–KAPLAN, S. (1989): The Experience of Nature. A psychological perspective. Cambridge: Cambridge University Press. 340 p.
161. KARAGÜLLE, M. Z. (2013): Wellness at traditional Balkan Spas; innovation or authenticity? In: 3rd Balkan Spa Summit (3)(2013)(Arandelovac, Serbia).
162. KÉKESI M. Z. (2007): A szubjektív életminőség térbeli vonatkozásai. In: Utasi, Á. (szerk.): *Az életminőség feltételei*. Budapest: MTA Politikai Tudományok Intézete. p. 72-84.
163. KEKIC, L. (2012): The Lottery of Life. <http://www.economist.com/news/21566430-where-be-born-2013-lottery-life>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: where to be born. Lekérdezés időpontja: 2014.02.28.
164. KELLY, J. (2007): Spa Tourism. *Travel & Tourism Analyst* 2007 (9). 62 p.
165. KEMP, S.–BURT, C. D. B.–FURNEAUX, L. (2008): A test of the peak-end rule with extended autobiographical events. In: *Memory & Cognition*, 36 (1) p. 132-138.
166. KESAR, O.–RIMAC, K. (2011): Medical Tourism Development in Croatia. In: *Zagreb International Review of Economics & Business*, 14 (2) p. 107-134. <http://hrcak.srce.hr/78762>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: Croatia, health tourism. Lekérdezés időpontja: 2015.02.11.
167. KESEBIR, P.–DIENER, E. (2008): In Pursuit of Happiness: Empirical Answers to Philosophical Questions. In: *Perspectives on Psychological Science*, 3 (2) p. 117-125.
168. KEYES, C. L. M. (2002): The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. In: *Journal of Health and Social Behaviour*, 43 (2) p. 207-222.

169. KIM, C-G.–JUNE, K-J.–SONG, R. (2003): Effects of a health-promotion program on cardiovascular risk factors, health behaviors, and life satisfaction in institutionalized elderly women. In: *International Journal of Nursing Studies*, 40 p. 375–381.
170. KING, M. F.–RENO, V. F.–NOVO, E. M. L. M. (2014): The Concept, Dimensions and Methods of Assessment of Human Well-Being within a Socioecological Context: A Literature Review, In: *Social Indicator Research*, 116 p. 681–698.
171. KINGSLEY, J. 'YOTTI'–TOWNSEND, M.–HENDERSON-WILSON, C. (2009): Cultivating health and wellbeing: members' perceptions of the health benefits of a Port Melbourne community garden. In: *Leisure Studies*, 28 (2) p. 207 — 219. <http://dx.doi.org/10.1080/02614360902769894>. Keresőprogram: Google. Kulcsszavak: gardening, wellbeing. Lekérdezés időpontja: 2014.10.15.
172. KISS K. (2015): The challenges of developing health tourism in the Balkans. In: *Tourism*, 63 (1) p. 97-110.
173. KISS K.–TÖRÖK P. (2001): Az egészségturizmus nemzetközi keresleti és kínálati trendjei. In: *Turizmus Bulletin*, 5 (3) p. 7-15.
174. KISS K.–SULYOK J. (2007): Magyarország turisztikai imázsa. In: *Turizmus Bulletin*, 11 (1-2) p. 2-12.
175. KJELL, O. N. E. (2011): Sustainable Well-Being: A Potential Synergy Between Sustainability and Well-Being Research. In: *Review of General Psychology*, 15 (3) p. 255–266.
176. KNIGHT, K. W.–ROSA, E. A.–SCHOR, J. B. (2013): Could working less reduce pressures on the environment? A cross-national panel analysis of OECD countries, 1970–2007. In: *Global Environmental Change*, 23 (4) p. 691-700.
177. KOCSIS K. (szerk.) (2005): Délkelet-Európa térképeken. Budapest: MTA Földrajztudományi Kutatóintézet–Kossuth Kiadó. 100 p.
178. KONU, H.–TUOHINO, A.–KOMPPULA, R. (2010): Lake wellness – a practical example of a new service development (NSD) concept in tourism industries. In: *Journal of Vacation Marketing*, 16 (2) p. 125–139.
179. KONU, H.–TUOHINO, A.–BJÖRK, P. (2014): Well-being tourism in Finland. In: Smith, M. K.–Puczkó L. (eds.): *Health, Tourism and Hospitality: Spas, Wellness and Medical Travel*. p. 345–349.
180. KOPP M. (2008): Magyar lelkiállapot. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. Budapest: Semmelweis Kiadó, 2008. 629 p.
181. KOPP, M.–SKRABSKI, Á. (1995). Alkalmazott magatartástudomány. A megbirkózás egyéni és társadalmi stratégiái, Budapest: Corvinus Kiadó. 214 p.
182. KOPP M.–KOVÁCS M. E. (szerk.) (2006): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Budapest: Semmelweis Kiadó. 552 p.
183. KOPP M.–PIKÓ B. (2006): Az egészséggel kapcsolatos életminőség pszichológiai, szociológiai és kulturális dimenziói. In: Kopp M.–Kovács M. E. (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest: Semmelweis Kiadó. p. 10-19.
184. KOPP M.–SKRABSKI Á. (2009): Magyar lelkiállapot az ezredforduló után. 15 p. [http://www.tavlatok.hu/86/86kopp\\_skrabski.pdf](http://www.tavlatok.hu/86/86kopp_skrabski.pdf). Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: egészség, életminőség. Lekérdezés időpontja: 2014.02.28.
185. KOPP M.–MARTOS T. (2011): A magyarországi gazdasági növekedés és a társadalmi jóllét, életminőség viszonya. Készült a Jövő Nemzedékek Állampolgári Biztosának megbízásából, 2011. január. Magyar Pszichofiziológiai és Egészséglelektani Társaság, Budapest. 26 p. [http://beszamolo2010.jno.hu/cd/fuggelekek/2\\_kutatasok\\_eredmenyei/kopp\\_gazdasagi\\_novekedes.pdf](http://beszamolo2010.jno.hu/cd/fuggelekek/2_kutatasok_eredmenyei/kopp_gazdasagi_novekedes.pdf). Keresőprogram: Google. Kulcsszavak: Kopp, életminőség. Lekérdezés időpontja: 2014.10.15.

186. KORKMAZ, M.–AYTAÇ, A.–YÜCEL, A. S.–KILIÇ, B. –TOKE, F.–GÜMÜŞ, S. (2014): Health tourism in Turkey and practical example of its economic dimensions. In: *IIB International Refereed Academic Social Sciences Journal*, 15 (5) p. 229-246.
187. KOVÁCS B. (2007): Életminőség – boldogság – stratégiai tervezés. In: *Polgári Szemle*, 3 (2). [http://www.polgariszemle.hu/?view=v\\_article&ID=166](http://www.polgariszemle.hu/?view=v_article&ID=166). Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: Kovács, életminőség. Lekérdezés időpontja: 2014.04.13.
188. KOVÁCS B.–HORKAY N.–MICHALKÓ G. (2006): A turizmussal összefüggő életminőség-index kidolgozásának alapjai. In: *Turizmus Bulletin*, 10 (2) p. 19-26.
189. Központi Statisztikai Hivatal [2014]: A jóllét magyarországi indikátorrendszere, 2013. BUDAPEST: Központi Statisztikai Hivatal. 60 p.
190. KUCSERA Cs. (2008): Egyedülálló idős budapestiek szubjektív életminősége. Doktori (PhD) értekezés. ELTE Társadalomtudományi Kar, Szociológiai Doktori Iskola. 254 p.
191. LANE, R. E. (1991): *The Market Experience*, Cambridge: Cambridge University Press. 631 p.
192. LANTOS Z. (2011): Trendek, fogyasztói igények és a hazai egészséggazdaság lehetőségei. [www.vmkomm.hu/letoltes/eloadas...1/0945\\_Terek\\_LantosZoltan.ppt](http://www.vmkomm.hu/letoltes/eloadas...1/0945_Terek_LantosZoltan.ppt). Keresőprogram: Google. Kulcsszavak: egészség, trend. Lekérdezés időpontja: 2014. 09.10.
193. LAUKKA, P. (2007): Uses of music and psychological well-being among the elderly. In: *Journal of Happiness Studies*, 8 (2) p. 215–241.
194. LEBE S. S. (2009): The Health Spa Resort Rogaška Slatina returning to its past glory. In: SMITH, M. K.–PUCZKÓ L.: *Health and wellness tourism*. Burlington: Elsevier. p. 291-295.
195. LEBE, S. S. (2014): Wellness tourism development in Slovenia in the last two decades. In: SMITH, M.–PUCZKÓ L.: *Health, Tourism and Hospitality*. Abingdon: Routledge. p. 315-321.
196. LEE, Y-C.–WEI-LI WU, W. L. (2012): Key factors in developing medical and wellness tourism – Asian consumers as an example. In: *HealthMED*, 6 (12) p. 4267-4271.
197. LENGYEL GY. (2002): Bevezetés: társadalmi indikátorok, akciópotenciál, szubjektív jólét. In: Lengyel Gy. (szerk.): *Indikátorok és elemzések. Műhelytanulmányok a társadalmi jelzőszámok témaköréből*. Budapest: Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem. p. 5-20.
198. LENGYEL GY. (szerk.) (2002): *Indikátorok és elemzések. Műhelytanulmányok a társadalmi jelzőszámok témaköréből*. Budapest: Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem. 127 p.
199. LENGYEL GY. (2008): Vizuális szociológia. Szöveggyűjtemény a fotó társadalomtudományi alkalmazásáról. In: *Jel-kép*, (2) p. 75-97.
200. LENGYEL GY.–HEGEDŰS R. (2002): A szubjektív jólét objektív tényezői nemzetközi összehasonlításban. In: *Indikátorok és elemzések. Indikátorok és elemzések. Műhelytanulmányok a társadalmi jelzőszámok témaköréből*. Budapest: Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem. 127 p.
201. LENGYEL GY.–JANKY B. (2003): A szubjektív jólét társadalmi feltételei. In: *Esély*, (1) p. 3-25.
202. LENGYEL M. (2004): *A turizmus általános elmélete*. Budapest: Heller Farkas Gazdasági és Turisztikai Szolgáltatások Főiskolája – KIT Kereskedelmi és Idegenforgalmi Továbbképző, 525 p.
203. LIKER, J. K.–ELDER, G. H. (1983): Economic hardship and marital relations in the 1930's". In: *American Sociological Review*, 48 p. 343–359.
204. LOCHER, C.–VOIGT, C.–PFORR, C. (2013). The Kneipp philosophy – a „healthy” approach to destination development. In C. Voigt, C.–Pforr, C. (eds.): *Wellness Tourism – A desination perspective*. London: Routledge. p. 188-199.
205. LONDON SUSTAINABLE DEVELOPMENT COMMISSION (2009): *London's Quality of Life Indicators – 2008-2009 Report*. London: London Sustainable Development Commission. 84 p.

206. LONDON, M.–CRANDALL, R.–SEALS, G. W. (1977): The contribution of job and leisure satisfaction to quality of life. In: *Journal of Applied Psychology*, 62 (3) p. 328-334.
207. LOUNSBURY, J. W.–HOOPES, L. L. (1986): A vacation from work: Changes in work and nonwork outcomes. In: *Journal of Applied Psychology*, 71 (3) p. 392-401.
208. LOUREIRO, S. M. C.–ALMEIDA, M.–RITA, P. (2013): The effect of atmospheric cues and involvement on pleasure and relaxation: The spa hotel context. In: *International Journal of Hospitality Management*, 35 p. 35-43.
209. LU, L.–GILMOUR, R. (2004): Culture and conceptions of happiness: individual oriented and social oriented SWB. In: *Journal of Happiness Studies*, 5 p. 269-291.
210. LUBNA, H. (2007): On measuring the complexity of urban living. MPRA paper, 7413. <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/7413>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: quality of life, city. Lekérdezés időpontja: 2014.08.22.
211. M. CSÁSZÁR ZS.–PAP N. (2011): A Balkán képzete. In: *Valóság*, 54 (5) p. 40-54.
212. MACTAVISH, J. B.–MACKAY, K. J.–IWASAKI, Y.–BETTERIDGE, D. (2007): Family Caregivers of Individuals with Intellectual Disability: Perspectives on Life Quality and the Role of Vacations. In: *Journal of Leisure Research*, 39 (1). <https://www.questia.com/library/journal/1G1-159390972/family-caregivers-of-individuals-with-intellectual>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: leisure time, quality of life. Lekérdezés időpontja: 2014.04.13.
213. Magyar Tudományos Akadémia [2007]: Magyar értelmező kéziszótár. Budapest: MTA Nyelvtudományi Intézet-Akadémiai Kiadó, 1536 p.
214. Magyar Turizmus Zrt. [2014]: Gyógyturizmus: szakmai segédlet turisztikai partnereinknek. [http://itthon.hu/documents/28123/7654442/gyogy\\_turizmus\\_final\\_20140324.pdf/78364005-12d5-41d2-ba3a-5408cdab201b](http://itthon.hu/documents/28123/7654442/gyogy_turizmus_final_20140324.pdf/78364005-12d5-41d2-ba3a-5408cdab201b). Keresőprogram: Google. Kulcsszavak: egészségturizmus, definíció. Lekérdezés időpontja: 2014.07.27.
215. MAK, A. H. N.–WONG, K. K. F.–CHANG, R. C. Y. (2009): Health or self-indulgence? In: *Journal of Tourism Research*, 11 (2) p. 185-199.
216. MALHOTRA, K. N. (2002): Marketingkutató. Budapest: KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó. 904. p.
217. MALLER, C.–TOWNSEND, M.–PRYOR, A.–BROWN, P.–ST LEGER, L. (2006): Healthy nature healthy people: „contact with nature” as an upstream health promotion intervention for populations. In: *Health Promotion International*, 21 (1) p. 45-54.
218. MANCHIN R. (1976): Az életmódkutatás módszertani problémái. Budapest: Kossuth Kiadó. 303 p.
219. MANNELL, R. C.–KLEIBER, D. A. (1997): A social psychology of leisure. State College, PA: Venture Publishing. 424 p.
220. MARKU MA, A. (2014): Tourism strategy of Albania. In: *European Scientific Journal*, February 2014 special edition (2) p. 57-66.
221. MATANOV, A.–GIACCO, D.–BOGIC, M.–AJDUKOVIC, D.–FRANCISKOVIC, T.–GALEAZZI, G.M.–KUCUKALIC, A.–LECIC-TOSEVSKI, D.–MORINA, N.–POPOVSKI, M.–SCHÜTZWOHL, M.–PRIEBE, S. (2013): Subjective quality of life in war-affected populations. *BMC Public Health*. 13: 624. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/624>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: quality of life, Balkan, war. Lekérdezés időpontja: 2014.09.15.
222. MAZOWER, M. (2004): A Balkán. Budapest: Európa. 236 p.
223. McCABE, S.–JOLDERSMA, T.–LI, C. (2010). Understanding the benefits of social tourism: Linking participation to subjective well being and quality of life. In: *International Journal of Tourism Research*, 12 p. 761-773.
224. MCCABE, S.–JOHNSON, S. (2013): The happiness factor in tourism: subjective well-being and social tourism. In: *Annals of Tourism Research*, 41 (April) p. 42-65.
225. Medical Tourism Association [2013]: Healthcare Clusters, Medical Clusters and Healthcare Association. <http://www.medicaltourismassociation.com/en/healthcare-clusters.html>.

- Keresőprogram: Google. Kulcsszavak: health tourism, definition. Lekérdezés időpontja: 2014.09.18.
226. MEDINA-MUNOZ, D. R.–MEDINA-MUNOZ, R. D. (2012): Determinants of Expenditures on Wellness Services: The Case of Gran Canaria. In: *Regional Studies*, 46 (3) p. 309–319.
  227. Mercer [2014]: 2014 Quality of living rankings. <http://www.imercer.com/content/quality-of-living.aspx>. Keresőprogram: Google. Kulcsszavak: quality of life, city ranking. Lekérdezés időpontja: 2014.05.20.
  228. MESSERLI, H.–OYAMA, Y. (2004): Health and Wellness Tourism – Global. *Travel and Tourism Analyst*, 2004 (8) 54 p.
  229. MESTER T. (2003): Turisztikai trendek Európában. In: *Turizmus Bulletin*, 6 (4) p. 39-42.
  230. METODIJESKI, D.–TEMELKOV, Z. (2014): Tourism policy of Balkan countries: Review of national tourism development strategies. In: *UTMS Journal of Economics*, 5 (2) p. 231–239.
  231. MEZŐ F. (2000): A Kaukázus térsége mint Eurázsia Balkánja. In: *Társadalomkutatás*, 1–2. Budapest: Akadémiai Kiadó p. 112–132.
  232. MICHALKÓ G. (2005): Turizmus. In: Kocsis K. (szerk.): *Délkelet-Európa térképeken*. Budapest: MTA Földrajztudományi Kutatóintézet – Kossuth Kiadó. p. 91-97.
  233. MICHALKÓ G. (2007): Tourism. In: Kocsis K. (szerk.): *South Eastern Europe in Maps*. 136 p. Budapest: Geographical Research Institute Hungarian Academy of Sciences. p. 126-130.
  234. MICHALKÓ G. (2010): Boldogító utazás. A turizmus és az életminőség kapcsolatának magyarországi vonatkozásai. Budapest: MTA Földrajztudományi Kutatóintézet. 122 p.
  235. MICHALKÓ G. (2012): Turizmológia: elméleti alapok. Budapest: Akadémiai Kiadó. 266 p.
  236. MICHALKÓ G.–KISS K.–KOVÁCS B. (2008): A szürke párduc útra kel – Az időskorúak utazásainak szerepe szubjektív jólétük tükrében. In: Grábics, Á. (szerk.): *Aktív időskor*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal – Szociális és Munkaügyi Minisztérium. p. 80-98.
  237. MICHALKÓ G.–KISS K.–KOVÁCS B. (2009a): Boldogító utazás: a turizmus hatása a magyar lakosság szubjektív életminőségére. In: *Tér és Társadalom*, 23 (1) p. 1-17.
  238. MICHALKÓ G.–RÁTZ T.–TÓTH G.–KINCSES Á. (2009b): A gyógyfürdővel rendelkező magyarországi települések életminőségének vizsgálata. In: *Területi Statisztika*, 49 (2) p. 170–185.
  239. MICHALKÓ G.–RÁTZ T. (2010): Measurement of Tourism-oriented Aspects of Quality of Life. In: *Journal of Tourism Challenges and Trends*, 3 (2) p. 35–50.
  240. MICHALKÓ G.–RÁTZ T. (2011): Egészségturizmus és életminőség Magyarországon. Fejezetek az egészség, az utazás és a jól(l)ét magyarországi összefüggéseiről. BUDAPEST: MTA Földrajztudományi Kutatóintézet. 179 p.
  241. MICHALKÓ G.–RÁTZ T.–IRIMIÁS A. (2010): Egy magyarországi fürdőváros lakosságának életminősége: az orosházi eset. In: *Turizmus Bulletin*, 14 (4) p. 61-68.
  242. MICHALKÓ G.–BAKUCZ M.–RÁTZ T. (2012): A fürdőfejlesztés hatása Harkány lakosságának életminőségére. In: *Területi Statisztika*, 52 (4) p. 372-387.
  243. MICHALKÓ G.–RÁTZ T. (szerk.) (2013): Jó(l)lét es turizmus: utazók, termékek es desztinációk a boldogság és a boldogulás kontextusában. Székesfehérvár – Budapest: Kodolányi János Főiskola – MTA CSFK Földrajztudományi Intézet –Magyar Földrajzi Társaság. 270 p.
  244. MICHALKÓ G.–TEVELI-HORVÁTH D.–SULYOK J.–KISS K.–JANCSIK A. (2014): A balkán(i)ság turisztikai reprezentációjának jóléti dimenziói. In: *Turizmus Bulletin*, 16 (2) p. 42–50.
  245. MICHALKÓ G.–KISS K.–BALIZS D.–SZEBERÉNYI J.–VICZIÁN I.–BOTTLIK ZS. (2015): A „Balkan Wellbeing” koncepció turizmusföldrajzi hátterének vizsgálata. In: *Balkán és Mediterrán Fórum*, 9 (1) p. 2-12.



246. MICHELBERGER P. (2007): Európai közlekedési rendszerek és a délkelet-európai térség. In: Glatz F. (szerk.): *A Balkán és Magyarország – Váltás a külpolitikai gondolkodásban?* Budapest: MTA Társadalomkutató Központ – Európa Intézet. p. 45-51.
247. MILLER, J. W. (2005): Wellness: the history and development of a concept. In: *Spektrum Freizeit*, 27 (1) p. 84-106. [http://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-35061/11\\_miller\\_1\\_05.pdf](http://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-35061/11_miller_1_05.pdf). Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: wellness, definition. Lekérdezés időpontja: 2014.03.30.
248. MILMAN, A. (1998): The impact of tourism and travel experience on senior travelers' psychological wellbeing. In: *Journal of Travel Research*, 37 (2) p. 166–170.
249. MITEV A.–SAJTOS L. (2007): SPSS Kutatási és Adatelemzési Kézikönyv. Budapest: Alinea Kiadó. 397 p.
250. MOLNÁR CS. (2011): Az egészségturizmus rendszere és hatásai különös tekintettel Kelet-Magyarországra. Doktori értekezés. Széchenyi István Egyetem, Regionális- és Gazdaságtudományi Doktori Iskola. 178 p.
251. Montenegro Ministry of Tourism and Environment [2008]: Montenegro Tourism Development Strategy to 2020. Podgorica: Montenegro Ministry of Tourism and Environment. 106 p.
252. MORARU, C. (2011): Romania's competitiveness as a tourist destination. In: *Cactus Tourism Journal*, 2 (2) p. 7-14.
253. MORRISON, M.–TAY, L.–DIENER, E. (2010): Subjective Well-Being and National Satisfaction: Findings from a Worldwide Survey. In: *Psychological Science*, 20 (10) p. 1-6.
254. MUREȘAN, I. C.–ARION, F.H.–DUMITRAȘ, D. E.–PALIESCU, C.M (2012): Analysis of Tourism Demand in Vatra Dornei SPA Resort In: *Bulletin UASVM Horticulture*, 69 (2) p. 198-205.
255. MUSTAFA, B.–HAJDARI, A.–PAJAZITA, Q.–SYLA, B.–QUAVE, C. L.–PIERONI, A. (2012): An ethnobotanical survey of the Gollak region, Kosovo. In: *Genetic Resources and Crop Evolution*, 59 (5) p. 739–754. <http://link.springer.com/article/10.1007/s10722-011-9715-4> Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: medicinal plant, Balkan. Lekérdezés időpontja: 2014.05.30.
256. MÜLLER, H.–KAUFMANN, E. L. (2001): Market analysis of a special health tourism segment and implications of the hotel industry. In: *Journal of Vacation Marketing*, 7 (1) p. 5-17.
257. MYERS, J. E.–SWEENEY, T. J.–WITMER, M. (2000): A holistic model of wellness. <http://www.mindgarden.com/products/wells.htm>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: wellness, definition. Lekérdezés időpontja: 2014.04.13.
258. National Wellness Institute [N.a.]: The six dimensions of wellness model. <http://c.ymcdn.com/sites/www.nationalwellness.org/resource/resmgr/docs/sixdimensionsfactsheet.pdf>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: definition, wellness. Lekérdezés időpontja: 2014.04.13.
259. NAWIJN, J. (2010): Happiness Through Vacationing: Just a Temporary Boost or Long-Term Benefits? In: *Journal of Happiness Studies*, 12 p. 651–665.
260. NAWIJN, J.–MARCHAND, M. A.–VEENHOVEN, R.–VINGERHOETS, AD J. (2010): Vacationers happier, but most not happier after a holiday. In: *Applied Research in Quality of Life*, 5 (1) p. 35–47.
261. NEAL, J. D. (2000): The effects of different aspects of tourism services on travelers' quality of life: Model validation, refinement, and extension. Blacksburg, VA: Virginia Polytechnic Institute and State University. 265 p.
262. NEAL, D.J.–SIRGY, M.J.–UYSAL, M. (1999): The role of satisfaction with leisure travel/tourism services and experience in satisfaction with leisure life and overall life. In: *Journal of Business Research*, 44 p. 153-163.
263. NEAL, J. D.–SIRGY, M. J. (2004). Measuring the effect of tourism services on travelers' quality of life: Further validation. In: *Social Indicators Research*, 69 (3) p. 243–277.

264. NEAL, J. D.–UYSAL, M.–SIRGY, M. J. (2007): The Effect of Tourism Services on Travelers' Quality of Life. In: *Journal of Travel Research*, 46 p. 153-163.
265. NEDELICHEVA, A. (2013): An ethnobotanical study of wild edible plants in Bulgaria. In: *EurAsian Journal of BioSciences*, 7 p. 77–94.
266. Nemzetgazdasági Minisztérium, Turisztikai és Vendéglátóipari Főosztály [2015]: A turizmus helye a Balkán országainak államigazgatásában. [H.n.]
267. New Economics Foundation [2008]: Five Ways to Wellbeing. <http://www.neweconomics.org/publications/five-ways-well-being-evidence>. Google Scholar. Kulcsszavak: nature, wellbeing. Lekérdezés időpontja: 2014.07.09.
268. New Economics Foundation [2014]: The Happy Planet Index: 2012 Report – A global index of sustainable well-being. London: The New Economics Foundation. 27 p.
269. NEWTON, J. (2008): Wellbeing and the Natural Environment: A brief overview of the evidence. <http://www.fondazionevilupposostenibile.it/documents/Riferimenti/NEWTON%20Wellbeing%20and%20Nature%2007.pdf>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: well-being, activity, gardening. Lekérdezés időpontja: 2015.02.08.
270. NISTOREANU, P.–DOROBANȚU, M. R.–ȚUCLEA, C. E. [N.a.]: The trilateral relationship ecotourism – sustainable tourism – slow travel among nature in the line with authentic tourism lovers In: *Journal of Tourism*, 11 p. 34-37.
271. NORDENFELT, L. (1993): Quality of Life, Health and Happiness. Aldershot: Avebury. 192 p. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:17056/FULLTEXT01.pdf>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: Nordenfelt, quality of life. Lekérdezés időpontja: 2014.07.08.
272. NOVÁK T. (2014): A Nyugat-Balkán gazdasága – előre a múltba. In: *Mediterrán és Balkán Fórum*, 8 (2) p. 3-15.
273. O' BRENNAN, J. (2014): „On the Slow Train to Nowhere?” The European Union, „Enlargement Fatigue” and the Western Balkans”. In: *European Foreign Affairs Review*, 19 (2) p. 221–242.
274. OECD [2012]: Better Life Index. <http://www.oecdbetterlifeindex.org/>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: better life index. Lekérdezés időpontja: 2014.02.16.
275. OECD [2013]: OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being. OECD Publishing. 270 p.
276. PAP N. (2010): Magyarország a Balkán és a Mediterráneum vonzásában. Magyarország dél-európai kapcsolatainak politikai- és gazdaságföldrajzi értékelése. Pécs: Publikon Kiadó. 320 p.
277. PAP N. (2013): Hungary, the Balkans and the Mediterranean. Pécs: Publikon Kiadó. 212 p.
278. PECHLANER, H.–FISCHER, E. (2006): Alpine Wellness: A Resource-based View. In: *Tourism Recreation Research*, 31 (1) p. 67-77.
279. PETROSILLO, I.–COSTANZA, R.–ARETANO, R.–ZACCARELLI, N.–ZURLINI, G. (2013): The use of subjective indicators to assess how natural and social capital support residents' quality of life in a small volcanic island. In: *Ecol. Indicators*, 24 p. 609–620.
280. PETROVIC, M. (2008): The role of geography and history in determining the slower progress of post-communist transition in the Balkans. In: *Communist and Post-Communist Studies* 41, p. 123–145.
281. PÉCSEK B. (2014): Gyorsuló idő, lassuló turizmus: a lassú turizmus modellezése. In: *Turizmus Bulletin*, 16 (1) p. 3-10.
282. PFORR, C.–LOCHER, C. (2013): Health tourism in the context of demography and psychographic change: a German perspective. In: Voigt, C.–Pforr, C. (eds.): *Wellness Tourism – A destination perspective*. London: Routledge. p. 255-268.
283. PFORR, C.–PECHLANER, H.–LOCHER, C.–JOCHMANN, J. (2013): Health regions: building tourism destinations through networked regional core competencies. In: Voigt, C.–Pforr, C. (eds.): *Wellness Tourism – A destination perspective*. London: Routledge. p. 99-111.

284. PIERONI, A.–GIUSTI, M. E.–QUAVE, C. L. (2011): Cross-Cultural Ethnobiology in the Western Balkans: Medical Ethnobotany and Ethnozoology Among Albanians and Serbs in the Pešter Plateau, Sandžak, South-Western Serbia. In: *Human Ecology*, 39 p. 333–349.
285. PINE, B. J.–GILMORE, J. H. (1999): *The Experience Economy: Work is Theater & Every Business a Stage*. Harvard Business Press. 272 p.
286. POLGÁR J. (2007): Medical wellness – új trendek az egészségturizmusban. In: *Turizmus Bulletin*, 11 (4) p. 30-34.
287. PORTER, M. E. (1990): The Competitive Advantage of Nations. In: *Harvard Business Review*, 68 (2) p. 73–93.
288. PORTER, M. E. (2003): The Economic Performance of Regions. In: *Regional Studies*, 37 (6-7), p. 549-578. <http://abclusters.org/wp-content/uploads/2014/03/Porter2003-The Economic Performance of Regions1.pdf>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: cooperation, regional, competitiveness. Lekérdezés időpontja: 2015.03.22.
289. PRIEBE S.–GAVRILOVIC J. J.–SCHÜTZWOHL M.–GALEAZZI G. M.–LECIC-TOSEVSKI D.–AJDUKOVIC D.–FRANCISKOVIC T.–KUCUKALIC A.–POPOVSKI M. (2004): Study of long-term clinical and social outcomes after war experiences in ex Yugoslavia – methods of the „CONNECT” project. In: *Psychology Today*, 36 (1) p. 111-122.
290. PUCZKÓ L.–RÁTZ T. (1998): *A turizmus hatásai*. Budapest-Székesfehérvár: Aula-Kodolányi. 491 p.
291. PUCZKÓ L.–SMITH, M. K. (2011): Tourism-Specific Quality of Life Index: The Budapest Model. In: Budruk, M.–Philips, R. (eds.): *Quality-of-Life Community Indicators for Parks, Recreation and Tourism Management*. Social Indicators Research Series 43, Dordrecht: Springer. p. 163-184.
292. RADOVANOVIĆ, B. (2013): Well-Being – Resources, Happiness and Capabilities: Theoretical Discussions and the Evidence from the Western Balkans. In: *Economic Analysis*, 46 (3-4) p. 152-163. [http://www.ien.bg.ac.rs/images/stories/Izdavastvo/Economic%20analysis/2013/ea\\_2013\\_3\\_4.pdf](http://www.ien.bg.ac.rs/images/stories/Izdavastvo/Economic%20analysis/2013/ea_2013_3_4.pdf). Keresőprogram: Google. Kulcsszavak: Balkan, wellbeing. Lekérdezés időpontja: 2015.01.10.
293. RAHMAN, T.–MITTELHAMMER, R.–WANDSCHNEIDER, Ph. (2005): Measuring the quality of life across countries. A sensitivity analysis of well-being indices. In: *United Nations University World Institute for Development Economics Research Research Paper* 2005/06. p 1-34.
294. RANDALL, C. (2013): Measuring National Well-being – What we do. 15 p. <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/wellbeing/measuring-national-well-being/index.html>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: work, wellbeing. Lekérdezés időpontja: 2014. 11.25.
295. RÁTZ T. (2001): Zennis és Lomi Lomi avagy új trendek az egészségturizmusban. In: *Turizmus Bulletin*, 5 (4) p. 7-16.
296. RÁTZ T.–MICHALKÓ G. (2011): The contribution of tourism to well-being and welfare: the case of Hungary”. In: *International Journal of Sustainable Development*, 14 (3-4) p. 332–346.
297. REDEPENNING, M. (2002): Was und wie ist der Balkan? In: *Geographische Rundschau*, 54 (7) p. 10–15.
298. REDZIC, S. (2010): Wild medicinal plants and their usage in traditional human therapy (Southern Bosnia and Herzegovina, W. Balkan). In: *Journal of Medicinal Plants Research*, 11 (4) p. 1003–1027.
299. REMÉNYI P. (2014): Etnikai változások a Nyugat-Balkánon 1991-2011. In: *Balkán és Mediterrán Fórum*, 8 (1) p. 2-14.

300. RENKO, S. (2010): Food in the Function of Rural Development in the Context of Tourism Industry. Book of Extended Abstracts of 5th International Conference „Economic Development Perspectives of SEE Region in the Global Recession Context. p. 179–180.
301. RICHARDS, G.–WILSON, J. (eds.) (2004): The global nomad: backpacker travel in theory and practice. Clevedon: Channel View Publications. 298 p.
302. RICHARDS, G. (1999): Vacations and the quality of life. In: *Journal of Business Research*, 44 (3) p. 189–198.
303. RYAN, R. M.–DECI, E. L. (2001): On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. In: *Annual Review of Psychology*, 52 (1) p. 141-166.
304. RYFF, C. D.–KEYES, C. L. M. (1995): The structure of psychological well-being revisited. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4) p. 719-727.
305. RYFF, C. D.–SINGER B. H. (1998): Contours of positive human health. In: *Psychological Inquiry*, 9 p. 1-28.
306. SACKS, D. W.–STEVENSON, B.–WOLFERS, J. (2010) : Subjective well-being, income, economic development and growth, CESifo working paper: Fiscal Policy, Macroeconomics and Growth, No. 3206. 50 p.
307. SACKS, D. W.–STEVENSON, B.–WOLFERS, J. (2012) : The new stylized facts about income and subjective well-being, Discussion Paper Series, Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit, No. 7105. 18 p.
308. SAMU J. (2015): Románia, rövid összefoglaló. Budapest: Concorde Research. 7 p.
309. ŠARIĆ-KUNDALIĆ, B.–DOBEŠ, C–KLATTE-ASSELMAYER, V.–SAUKEL, J. (2010): Ethnobotanical study on medicinal use of wild and cultivated plants in middle, south and west Bosnia and Herzegovina. In: *Journal of Ethnopharmacology*, 131 (1) p. 33–55.
310. SARTORI, A.–KISS K.–PUCZKÓ L. (2002): Health Tourism in Hungary – Triangulation for Success. In: Arola, E.–Karkkainen, J.–Siitari, M-L. (eds.): *Tourism and Well-Being, The 2nd Tourism Industry and Education Symposium, May 16-18, 2002, Jyväskylä, Finland – Symposium Proceedings, Jyväskylä Polytechnic*, p. 375-376.
311. SCHWAB, K. (ed.) (2014): *The Global Competitiveness Report 2014–2015*. Geneva: World Economic Forum. 565 p.
312. SCHWANEN, T.–ATKINSON, S. (2015): Geographies of wellbeing: an introduction. In: *The Geographical Journal*, 181 (2) p. 102-109.
313. SEBESTYÉN T. (2005): Életminőség és boldogság magyar trendje globális összehasonlításban. (A globális megítélésünk és helyezésünk trendjei című kutatás 2. résztanulmánya.) Budapest: Eutrend Kutató. 79 p.
314. SELIGMAN, M. E. P. (2002): Positive psychology, positive prevention, positive therapy. <http://homepage.psy.utexas.edu/homepage/Class/Psy418/Josephs/Wynne%20Folder/1-Positive%20Psychology.pdf>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: flourish, Balkan. Lekérdezés időpontja: 2014.04.25.
315. SELIGMAN, M. E. P. (2008a): Positive Health. In: *Applied Psychology: An International Review*, 57 p. 3–18. <http://www.upthinkpower.com/support-files/positivehealth2008article.pdf>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: health, well-being. Lekérdezés időpontja: 2014.04.25.
316. SELIGMAN, M. E. P. (2008b): *Az autentikus életöröm. - A teljes élet titka*. Budapest: Laurus Kiadó. 382 p.
317. SELIGMAN, M. E. P. (2010): Flourish: Positive Psychology and Positive Interventions. 15 p. [http://tannerlectures.utah.edu/\\_documents/a-to-z/s/Seligman\\_10.pdf](http://tannerlectures.utah.edu/_documents/a-to-z/s/Seligman_10.pdf). Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: flourish, Balkan. Lekérdezés időpontja: 2014.04.25.
318. SEN, A. (1993): Capability and Well-being. In: Hausman, D. M. (ed.): *The Philosophy of Economics*. New York: United States of America by Cambridge University Press, p. 270-293. <http://digamo.free.fr/hausman8.pdf#page=276>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: quality of life, Amartya Sen. Lekérdezés időpontja: 2015.03.30.

319. SILVERSTEIN, M.–PARKER, M.G. (2002): Leisure Activities and Quality of Life among the Oldest Old in Sweden. In: *Research on Aging*, 24 (5) p. 528-547.
320. SIMAT, K.–DEJAN, B.–VUKSANOVIC, N.–MILUTINOVIC, V. [N.a.]: Serbian Destination Competitiveness: Analysis of the World Economic Forum Travel and Tourism Competitiveness Index. Researchgate.net. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: competitivness, Balkan. Lekérdezés időpontja: 2015.03.30.
321. SIMON J. (2010): Marketing az egészségügyben. Budapest: Akadémiai Kiadó. 388 p.
322. ŠIMUNDIĆ, B. (1997): Healthy food as the basic for health tourism. In: *Proceedings of the 4th International Conference: the promotion of health tourism (1997) (Opatija)*. p. 167–178.
323. SIRGY, M. J. (2001): Handbook of Quality-Of-Life research: An ethical marketing perspective. Dordrecht: Kluwer. 458 p.
324. SIRGY, M. J.–CORNWELL, T. (2001): Further validation of the Sirgy et al.’s measure of community quality of life. In: *Social Indicators Research*, 56 (2) p.125-143.
325. SIRGY, M. J.–KRUGER, P. S.–LEE, D-J, B.–YU, G (2010): How Does a Travel Trip Affect Tourists’ Life Satisfaction? In: *Journal of Travel Research*, 20 (5) p. 1–15.
326. SKEVINGTON, S. M.–LOTFY, M.–O’ CONNELL, K. A. (2004): The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial - A Report from the WHOQOL Group. In: *Quality of Life Research*, 13 p. 299–310.
327. SKRABSKI Á.–KOPP M. (1999): Társadalmi beállítottság, társadalmi tőke. In: *Századvég*, 12 p. 128–146.
328. SMITH, M. K. (2015): Tourism and Quality of Life. [N.h.]
329. SMITH, M. K.–KELLY, C. (2006): Holistic tourism: journeys of the self? In: *Journal of Tourism Recreation Research*, 31 (1) p. 15-24.
330. SMITH, M. K.–PUCZKÓ L. (2009): Health and Wellness Tourism. Oxford: Butterworth Heinemann. 400 p.
331. SMITH, M. K.–MACLEOD, N.–HART ROBERTSON, M. (2010): Key Concepts in Tourism Studies. London: Sage. 216 p.
332. SMITH, M. K.–PUCZKÓ L. (2010a): Egészségturizmus: gyógyászat, wellness, holisztika. Budapest: Akadémiai Kiadó. 428 p.
333. SMITH, M.–PUCZKÓ L. (2010b): Taking your Life into your own Hands? New Trends in European Health Tourism. In: *Tourism Recreation Research*, 35 (2) p. 161–172.
334. SMITH, M. K.–PUCZKÓ L. (2012): An Analysis of TQoL Domains from the Demand Side. In: Uysal, M.–Perdue, R. R.–Sirgy, M. J. (ed.): *Handbook of Tourism and Quality-of-Life (QOL) Research: The Missing Links*. Dordrecht: Springer. p. 263-277.
335. SMITH, M. K.–KISS K. (2014): A balkáni wellbeing és turizmus: lehetőségek és kihívások. In: *Turizmus Bulletin*, 16 (3-4) p. 27-39.
336. SŐRÉS, A. (2013): Az egészségturizmus hatása az életminőségre Hajdúszoboszlón. Doktori (PhD) értekezés. Debreceni Egyetem, Ihrig Károly Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola. 158 p.
337. SPALEVIĆ, A.–IGRAČEV, N. (2011): The natural-geographical basics for the development of the adventure tourism in Serbia. In: *Journal of the Geographical Institute Jovan Cvijic SASA*, 61 (3) p. 137-150.
338. SPIERS, A.–WALKER, G. J. (2009): The effects of ethnicity and leisure satisfaction on happiness, peacefulness, and quality of life. In: *Leisure Sciences*, 31 (1) p. 84–99.
339. STANCIOIU, A.–BOTOS, A.–PARGARU, I. (2013): The Balkan balneotherapy product – an approach from the destination marketing perspective. In: *Theoretical and Applied Economics*, 20 (10) p. 5–22.
340. STANEVA, K. (2009): Geomedicine and Geotherapy – perspectives and development in Bulgaria. In: *Geomedicinal Research*, 10 p. 7-9.
341. STEVENSON, B.–WOLFERS, J. (2008) : Economic growth and subjective well-being: reassessing the Easterlin paradox. CESifo working paper, No. 2394. 84 p.

342. STIGLITZ, J. E. (2005): A viharos kilencvenes évek. A világ eddig legprosperálóbb tíz évének új története. Budapest: Napvilág Kiadó. 336 p.
343. STIGLITZ, J. E.–SEN, A.–FITOUSSI, J. P. (2008): Issues Paper, Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. [http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/Issues\\_paper.pdf](http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/Issues_paper.pdf). Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: Stiglitz. Lekérdezés időpontja: 2015.03.30.
344. STRAUSS-BLASCHE, G.–EKMEKCIOGLU, C.–MARKTL, W. (2000): Does vacation enable recuperation? Changes in well-being associated with time away from work. In: *Occupational Medicine*, 50 (3) p. 167–172.
345. SUFIAN, M. (1993): A multivariate analysis of the determinants of urban quality of life in the world's largest metropolitan areas. In: *Urban Studies*, 30 (8) p. 1319–1329.
346. SÜLYÖK J. (2006): A turisztikai imázs. In: *Turizmus Bulletin*, 10 (4) p. 55-62.
347. SZABÓ L. (2003): A boldogság relatív: fogyasztékonosság és szubjektív életminőség. In: *Szociológiai Szemle*, (13) 3 p. 86–105.
348. SZEGŐ K. (1996): A felvilágosodás gondolkodói. Kolozsvár: Polis Könyvkiadó. 383 p.
349. SZÉKELY A. (1970): Az ezerarcú Balkán-félsziget. In: Marosi S.–Sárfalvi B. (szerk.) *Európa I.* Budapest: Gondolat Kiadó. p. 248–278.
350. SZIGETVÁRI T. (2013): Törökország gazdasági átalakulása és külgazdasági expanziója. In: *Külgazdasági Szemle*, 11 (1) p. 22-38.
351. SZIRMAI V. (szerk.) (2013): Csinált városok a XXI. század elején: Egy „új” városfejlődési út ígérete. Budapest: MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont Szociológiai Intézet. 287 p.
352. SZIRMAI V. (szerk.) (2015): A területi egyenlőtlenségektől a társadalmi jól-lét felé. Székesfehérvár: Kodolányi János Főiskola. 480 p.
353. SZIVA I. (2010): Öntsünk tiszta vizet... – Az egészségturizmus fogalmi lehatárolása és trendjeinek válogatott bibliográfiája. In: *Turizmus Bulletin*, 14 (4) p. 73-76.
354. TAKÁCS D. (2005): A pénz (nem) boldogít(?). In: *Közgazdasági Szemle*, 52 (9) p. 683–697.
355. TAKÁCS D. (2009): A boldogság közgazdaságtana. Doktori (PhD) értekezés. Széchenyi István Egyetem, Regionális- és Gazdaságtudományi Doktori Iskola. 106 p.
356. TAKÁCS D. [N.a.]: A boldogság közgazdaságtana - A boldogság fogalmáról és mérhetőségéről. <http://www.eco.u-szeged.hu/download.php?docID=40123>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: közgazdaságtan, boldogság. Lekérdezés időpontja: 2015.04.15.
357. TAKÁCS P.–FÁBIÁN G. (2011): Egy lokális életminőség index kialakításának lépései. In: Fábán G.–Pátyán L.–Husztai É. (szerk.): *Életminőség Nyíregyházán 2008-2010*. Debrecen: Debreceni Egyetem. p. 49-68.
358. TAMMINEN, T. (2004): Cross-border Cooperation in the Southern Balkans: Local, National or European Identity Politics? In: *Southeast European and Black Sea Studies*, 4 (3) p. 399–418.
359. TÁNCZOS L.-né (2007): Közlekedési harmonizációs feladatok a bővülő Európai Unióban. In: Glatz F. (szerk.): *A Balkán és Magyarország – Váltás a külpolitikai gondolkodásban?* Budapest: MTA Társadalomkutató Központ – Európa Intézet. p. 409-421.
360. TASKOV, N.–METODIJESKI, D.–DZALEVA, T.–FILIPOSKI, O. (2011): Thermal-spa tourism in Republic of Macedonia. In Conference on Challenges and performance of post socialist tourism in Central Eastern European Countries (2011) (Bucharest, Romania) p. 1-6.
361. THEOFILOU, P. (2013): Quality of Life: Definition and Measurement: In: *Europe's Journal of Psychology*, 9 (1) p. 150–162.
362. TIMÁR J.–KOVÁCS K.–VÁRADI M. M. (2015): Jól-lét deficit a hátrányos helyzetű kistérségekben. In: SZIRMAI V. (szerk.) (2015): A területi egyenlőtlenségektől a társadalmi jól-lét felé. Székesfehérvár: Kodolányi János Főiskola. p. 269-285.

363. TODD, C. S. (2009): Nature, Beauty and Tourism. In Tribe, J. (ed.) *Philosophical Issues in Tourism*. Bristol: Channel View. p. 154-170.
364. The Tourism Observatory for Health, Wellness and Spa (2013): Balkan Forest Hammam. [http://thetourismobservatory.org/blog/?tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=5&cHash=595500728b38694bcf8746da3b43bb95](http://thetourismobservatory.org/blog/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=5&cHash=595500728b38694bcf8746da3b43bb95). Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: forest hammam. Lekérdezés időpontja: 2015.04.27.
365. TÖRŐCSIK M. (2007): A tudatos fogyasztást és az egészséget preferáló új fogyasztói trendsoport: a Lohas csoport megjelenése Magyarországon. In: *Élelmiszer, táplálkozás és marketing*, 4 (1) p. 41-45.
366. TUDOR, M. I.–GEORGESCU, L.–NECSOI, C. I (2012): A Romanian perspective on training for wellness. In: *Social and Behavioral Sciences*, 2012 (46) p. 4615-4619.
367. UNDP (2014): Human Development Report 2014 – Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience. New York: United Nations Development Programme. 239 p.
368. UNWTO (2009): UNWTO World Tourism Barometer, 7 (1). Madrid: World Tourism Organization. 44 p.
369. UNWTO (2014): Tourism Highlights 2014. Madrid: World Tourism Organisation. 16 p.
370. UNWTO (2015): Compendium of Tourism Statistics, 2015 Edition. Madrid: United Nations World Tourism Organisation. 612 p.
371. URA, K.–ALKIRE, S.–ZANGMO, T. –WANGDI, K. (2012): A Short Guide To Gross National Happiness Index. <http://www.grossnationalhappiness.com/wp-content/uploads/2012/04/Short-GNH-Index-edited.pdf>. Keresőprogram: Google. Kulcsszavak: GNHI. Lekérdezés időpontja: 2014.05.17.
372. UTASI Á. (szerk.) (2006): A szubjektív életminőség és forrásai. Biztonság és kapcsolatok. Budapest: MTA Politikai Tudományok Intézete. 309 p.
373. UTASI Á. (szerk.) (2007): Az életminőség feltételei. Budapest: MTA Politikai Tudományok Intézete. Műhelytanulmányok 11 (1) 134 p.
374. UYSAL, M. (2014): Tourism and Quality of Life Research: Emerging Research Areas. In: Conference on Tourism, Travel and Leisure: Sources of Wellbeing, Happiness and Quality of Life? (2014) (Budapest). [N.h.] 46 p.
375. UYSAL, M.–PERDUE, R.–SIRGY, J. (eds.) (2012): Handbook of Tourism and Quality of Life Research. Springer. Heidelberg. 702 p.
376. VÁMOS A.–FARKAS T. (2004): Az életminőség mérése a Bátorlyerényei kistérségben. In: Területi Statisztika, 43 (1) p. 21-30.
377. VARGA K. (2002): Az életminőség értékrendszeri tényezői. In: *Társadalomkutatás*, 20 (3-4) p. 217-245.
378. VEENHOVEN, R. (1984): Conditions of happiness. Dordrecht: Kluwer Academic. 434 p.
379. VEENHOVEN, R. (1991): Is happiness relative? In: *Social Indicators Research*, 24 p. 1-34.
380. VEENHOVEN, R. (1993): Happiness in nations. Subjective appreciation of life in 56 nations 1946-1992. <http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub1990s/93b-part1.pdf>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: quality of life, happiness. Lekérdezés időpontja: 2014.04.17.
381. VEENHOVEN, R. (1994): Is happiness a trait? Tests of the theory that a better society does not make people any happier. In: *Social Indicators Research*, 32 p. 101–160.
382. VEENHOVEN, R. (1996a): Happy Life-expectancy – A comprehensive measure of quality-of-life in nations. In: *Social Indicators Research*, 39 p. 1-58.
383. VEENHOVEN, R. (1996b): The study of life satisfaction. In: Saris, W.E.–Veenhoven, R.–Scherpenzeel, A.C.–Bunting, B. (eds.): *A comparative study of satisfaction with life in Europe*. Budapest: Eötvös University Press. p. 11-48.
384. VEENHOVEN, R. (1996c): Developments in satisfaction-research. In: *Social Indicators Research*, 20 p. 333 -354.

385. VEENHOVEN, R. (1997). The utility of happiness. <http://www.eur.nl/fsw/personeel/soc/veenhoven/index2.htm>. Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: subjective, objective, wellbeing. Lekérdezés időpontja: 2015.02.02.
386. VEENHOVEN, R. (1999): Quality-of-life in individualistic society – A comparison of 43 nations in the early 1990's. In: *Social Indicators Research*, 48 p. 157-186.
387. VEENHOVEN, R. (2002): Why social policy needs subjective indicators. In: *Social Indicators Research*, 58 (1) p. 33–45.
388. VEENHOVEN, R. (2008): Sociological theories of subjective well-being. In: Eid, M.–Larsen, R. (eds.): *The Science of Subjective Well-being: A tribute to Ed Diener*. New York: Guilford Publications. p. 44-61.
389. VEENHOVEN, R. (2009): How do we assess how happy we are? Tenets, implications and tenability of three theories. In: Dutt, A. K.–Radcliff, B. (eds.): *Happiness, Economics and Politics: Towards a multi-disciplinary approach*. Cheltenham: Edward Elgar. p. 45–69.
390. VILLAMAGNA, A.–GIESECKE, C. (2014): Adapting human well-being frameworks for ecosystem service assessments across diverse landscapes. In: *Ecology and Society* 19 (1): 11. p. 1-18.
391. VOIGT, C.–LAING, J.–WRAY, M.–BROWN, G.–HOWAT, G.–WEILER, B.–TREMBATH, R. (2010:) Health Tourism in Australia: Supply, Demand and Opportunities. [http://www.crctourism.com.au/wms/upload/resources/WellnessTourism\\_Ind%20Summary%20WEB%20\(2\).pdf](http://www.crctourism.com.au/wms/upload/resources/WellnessTourism_Ind%20Summary%20WEB%20(2).pdf). Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: health tourism. Lekérdezés időpontja: 2013.11.15.
392. VOIGT, C.–LAING, J. (2013): An examination of the extent of collaboration between major wellness tourism stakeholders in Australia. In: Voigt, C.–Pforr, C. (eds.): *Wellness Tourism – A destination perspective*. London: Routledge. p.63-77.
393. VOIGT, C.–PFORR, C. (2013): *Wellness Tourism – A destination perspective*. London: Routledge. 320 p.
394. VUJADINOVIĆ, D. (2004): Democratic Deficits in the Western Balkans and Perspectives on European Integration. In: *IMAD JIJD* 8, p. 339–922.
395. VUJADINOVIĆ, S.–ŠABIĆ, D.–JOKSIMOVIĆ, M.–GOLIĆ, R.–GAJIĆ, M.–ŽIVKOVIĆ, L.–MILINČIĆ, M. (2013): Possibilities for mountain-based adventure tourism: the case of Serbia. In: *Bulletin of Geography. Socio-economic Series* No. 19. p. 99–111. [http://www.bulletinofgeography.umk.pl/19\\_2013/07\\_vujadinovic.pdf](http://www.bulletinofgeography.umk.pl/19_2013/07_vujadinovic.pdf). Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: active tourism, Balkan, mountains. Lekérdezés időpontja: 2015.04.15.
396. WATERMAN, A. S. (1993): Two Conceptions of Happiness: Contrasts of Personal Expressiveness (Eudaimonia) and Hedonic Enjoyment. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 64 (4) p. 678–691.
397. WATERMAN, A. S. (2008): Reconsidering happiness: a eudaimonist's perspective. In: *The Journal of Positive Psychology*, 3 (4) p. 234–252.
398. WESTMAN, M.–EDEN, D. (1997): Effects of a respite from work on burnout: Vacation relief and fade-out. In: *Journal of Applied Psychology*, 82 (4) p. 516–527.
399. WESTMAN, M.–ETZION, D. (2001): The impact of vacation and job stress on burnout and absenteeism. In: *Psychology and Health*, 16 (5) 595–606.
400. WHOQOL Group [1998]: The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. In: *Soc. Sci. Med*, 46 (12) p. 1569-1585.
401. WOLFF, H.–CHONG, H.–AUFFHAMMER, M. (2011): Classification, Detection and Consequences of Data Error: Evidence from the Human Development Index. In: *Economic Journal*, 121 (553) p. 843–870.
402. WONG, M. M.–CSÍKSZENTMIHÁLYI M. (1991): Motivation and Academic Achievement: The Effects of Personality Traits and the duality of Experience. In: *Journal of Personality*, 59 (3) p. 539–574.



403. World Health Organisation [2009]: Milestones in Health Promotion – Statements from Global Conferences. Geneva: WorldHealth Organisation. 42 p. [http://www.who.int/healthpromotion/Milestones\\_Health\\_Promotion\\_05022010.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf?ua=1). Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: health. Lekérdezés időpontja: 2015.04.29.
404. World Health Organisation [2015]: Building regional capacity in global health: The role of the South-Eastern Europe Health Network. [http://seehn.org/web/wp-content/uploads/2015/02/FINAL\\_Report-Global-Health-Diplomacy\\_-rev-by-WHO-PUB-16-Feb2015.pdf](http://seehn.org/web/wp-content/uploads/2015/02/FINAL_Report-Global-Health-Diplomacy_-rev-by-WHO-PUB-16-Feb2015.pdf). Keresőprogram: Google Scholar. Kulcsszavak: health, Balkan. Lekérdezés időpontja: 2015.04.29.
405. WU, J. (2013): Landscape sustainability science: ecosystem services and human well-being in changing landscapes. In: *Landscape Ecology*, 28 p. 999-1023.
406. YEOMAN, I.–MUNRO, C.–MCMAHON-BEATTIE, U. (2006): Practitioner Paper Tomorrow’s World, consumer and tourist. In: *Journal of Vacation Marketing*, 12 (2) p. 174-190.
407. YEOMAN (2008): Tomorrow’s Tourist: Scenarios and Trends. Oxford: Butterworth Heinemann. 357 p.
408. YORK, M.–WISEMAN, T. (2012): Gardening as an occupation: a critical review. In: *British Journal of Occupational Therapy*, 75 (2) p. 76-84.
409. ZÁTORI A. (2014): Élményszemlélet a turizmusban – A turisztikai élményteremtés koncepciói. In: *Turizmus Bulletin*, 16 (2) p. 51-60.

M2: A szubjektív életminőség kapcsolata az alapkutatásokban vizsgált tényezőkkel

Vizsgált tényező	Kapcsolat a szubjektív életminőséggel	Megjegyzés
Jövedelem	Jellemzően pozitív irányú, bár csökkenő erősségű kapcsolat. Az ok-okozati kapcsolatok és az egyéni tényezők is lényegesek lehetnek a szubjektív életminőség és a jövedelem kapcsolatában. Egyes tanulmányok az abszolút jövedelem helyett a relatív jövedelem fontosságára hívják fel a figyelmet. A szubjektív életminőség és a nemzeti jövedelem között pozitív korreláció mutatkozott, különösen néhány alacsonyabb jövedelemmel rendelkező országban.	Komplex és gyakran vizsgált tényező.
Emberi kapcsolatok		
Házasság	Az egyedüllét a szubjektív életminőségre negatívan hat és hatása erősebb mint a válásé vagy a házastárs elvesztéséé. A nők és férfiak tekintetében nincs különbség.	
Gyermekvállalás	Az életminőségre gyakorolt hatása kutatásonként és/vagy országonként eltérő. Egyes kutatások a gyermekvállalás és a boldogság között nem szignifikáns, a gyermekvállalás és a étellel való elégedettség között szignifikáns kapcsolatot mutatnak. Az egyedülálló szülők, az elvált anyák, a három évesnél idősebb gyermeket nevelők és a szegénységben élők körében negatív hatása van a szubjektív életminőségre.	
Családi-baráti kapcsolatok	Pozitív kapcsolat.	
Értékek és attitűdök		
Attitűdök	A saját életkörülményekkel kapcsolatos percepciók fontos előrejelzői az étellel való elégedettségnek	Leggyakrabban vizsgált terület az egyéni pénzügyi helyzettel való elégedettség értékelése
Bizalom	Mind a másokban, mind a közintézményekben való erősebb bizalom magasabb jóllétet eredményez.	
Politikai meggyőződés		Kevés a közvetlen kapcsolatot igazoló tanulmány.
Vallás	Felekezettől függetlenül pozitív kapcsolat.	
Személyes jellemzők		
Kor	Jellemzően negatív irányú, vagy U-alakú (fiatal és idős korban magas, 32-50 év között a legalacsonyabb szubjektív életminőség) görbével leírható kapcsolat.	
Nem	A nők szubjektív életminősége magasabb, bár néhány tanulmány szerint a nemek között nem mutatható ki különbség.	
Személyiségjellemzők	A személyiség és a szubjektív életminőség kapcsolata gyenge.	Sok pszichológiai kutatás mutat rá a személyiség a szubjektív életminőség közötti kapcsolatra, ugyanakkor a személyiség-jellemzők és az életminőség kapcsolatát vizsgáló nagymintás kutatások száma kevés.

Szocializáció – szűkebb környezet		
Iskolai végzettség	Néhány tanulmány pozitív kapcsolatot jelez az iskolai végzettség szintje és a szubjektív életminőség között, más tanulmányok szerint a középfokú végzettséggel rendelkezők jólléte a legmagasabb. Néhány kutatás arra mutat rá, hogy az alacsonyabb jövedelmű országokban az oktatásnak erősebb a kapcsolata a jólléttel. Az iskolai végzettség kapcsolatot mutat a jövedelemmel és az egészséggel, az egyes tényezők hatásának elkülönítése ezért számos módszertani kérdést vet fel.	
Egészség	Erős pozitív kapcsolat a fizikai és különösen a mentális egészséggel. Az ok-okozati kapcsolatok feltárása néhány tanulmányban érhető tetten. A személyiségjellemzők és az egészség összefüggése számos módszertani kérdést vet fel.	
Foglalkozás	Néhány kutatás az alkalmazotti illetve vállalkozói szegmens életminőségét vizsgálva arra a következtetésre jutott, hogy a vállalkozói réteg körében magasabb szubjektív életminőség mutatkozik.	A munkahelyen töltött relatíve hosszú idő ellenére ritkán vizsgált és további kutatásokat igénylő terület.
Munkanélküliség	Erős negatív kapcsolat. Egyes kutatások szerint a munkanélküliség 5-15%-kal alacsonyabb szubjektív életminőséget eredményez. A munkanélküliség a férfiak és a középkorúak szubjektív életminőségére negatívabban hat.	
Tágabb környezet		
Jövedelmi egyenlőtlenségek	Az életminőséggel való kapcsolata nem egyértelmű.	
Munkanélküliségi ráta	A magasabb munkanélküliség csökkenti a jóllétet.	A jóllétre gyakorolt hatásának számszerűsítéséhez további kutatások szükségesek.
Infláció		Kevés kutatás áll rendelkezésre. Hatása nehezen választható el más tényezőktől.
Társadalombiztosítás		Kevés kutatás áll rendelkezésre.
Demokratikus intézmények	Pozitív kapcsolat.	
Éghajlat és természetes környezet		Kevés kutatás áll rendelkezésre.
Biztonság	Pozitív kapcsolat.	
Urbanizáció	Negatív irányú kapcsolat. Más kutatások nem találtak kapcsolatot	Kevés kutatás igazolja.
Végzett tevékenységek		
Munkaidő	Egyes tanulmányok rámutatnak, hogy a részmunkaidős foglalkoztatottság rosszabb szubjektív életminőséget eredményez, mint a teljes munkaidős.	Viszonylag ritkán vizsgált terület.
Ingázás	Negatív irányú kapcsolat.	
Másokkal való törődés	Negatív irányú kapcsolat.	Ritkán vizsgált terület.
Közösségi tevékenységekben való részvétel és önkéntesség	Pozitív kapcsolat.	

Fizikai aktivitás	Pozitív kapcsolat, különösen a 60 év felettek körében.	Bár végeztek e tényezővel kapcsolatos nagymintás kutatásokat, továbbiak szükségesek, mivel ezek az eredmények a politikaformálók számára is iránymutatásul szolgálhatnak.
Vallásgyakorlás	Pozitív kapcsolat. Néhány kutatás nem csak a vallásgyakorlás tényével, hanem az azzal töltött idő mennyisége mentén is vizsgálja a szubjektív életminőséget.	

*Forrás: DOLAN et al. (2008)*

M3: Nemzetek (országok) életminőségével/szubjektív életminőségével kapcsolatosan hivatkozott indexek főbb jellemzői

Név	A kutatást végző szervezet neve	Az adat-felvétel éve	Az index tartalma és jellemzői	Az index jellege	Az index előállításához használt adatok forrása*	Alkalmazott mintaméret, és a megkérdezés módszere*	A vizsgált országok száma*
BLI	OECD	2011-től évente	11 tényező: lakáskörülmények, jövedelem, munka, közösség, oktatás, környezet, kormányzás, egészség, étellel való elégedettség (szubjektív életminőség), biztonságérzet, munka/pihenés aránya, témakörönként 1-4 mutató, az egyes témakörökön belül azonos súlyal. Összegző index módszertani korlátok miatt nem készül. STIGLITZ et al. (2008) alapján.	Inkább objektív. A közösség, az étellel való elégedettség, az ivóvíz minősége, a testi sértésekre vonatkozó adatok szubjektívek.	OECD, Nemzeti számlák, United Nations Statistics, National Statistics Offices, Gallup World Poll <sup>34</sup>	A Gallup World Poll telefonos interjúk segítségével készül, országonként minimum 1000 fős mintán	36
EQLS	Eurofund	2003, 2007, 2012	A szubjektív életminőség három dimenzióját vizsgálja: hedonikus, az eudémonikus és az értékelő. 68 kérdésből álló kérdőív, amelyből 26 a „szubjektív jólétre” vonatkozik. A további kérdések jelentős része a szubjektív életminőséget befolyásoló tényezők (foglalkoztatás, lakhatás, életkörülmények, család, egészség, munka/pihenés egyensúlya stb.) azonosítását szolgálja. Nagyban támaszkodik Diener és Veenhoven munkásságára.	Objektív és szubjektív.	GfK EU3C	Országonként legalább 1000 fős minta, személyes megkérdezés	34
ESS	European Social Survey	2001 óta kétfévente	A szubjektív életminőség tényezői: érzelmi stabilitás, vitalitás, rugalmasság, optimizmus, boldogság, önbecsülés, elkötelezettség, értelem, pozitív kapcsolatok, kompetencia. Egy állandó, egy rotáló és egy ún. kiegészítő blokkból álló kérdőív. Az állandó blokk társadalmi-politikai értékrend kérdéseket, a „szubjektív jólétet” vizsgálja, és szocio-demográfiai kérdések is tartalmaz. A változó blokkban többek között az egészséggel, bevándorlással foglalkozó kérdések, a kiegészítő blokkban értékekre vonatkozó skálakérdések szerepeltek.	Inkább szubjektív.	Országonként változó - kutatóintézetek, műhelyek, egyetemek stb.	Országonként minimum 800, de jellemzően 1500 fős minta	29

<sup>34</sup> <http://www.gallup.com/178667/gallup-world-poll-work.aspx>

GWI	Gallup	2013	10 kérdésből álló kérdőív, amely a jóllét öt tényezőjét (célok, társadalmi, pénzügyi, közösségi és fizikai jóllét) vizsgálja. Az egyes országokat aszerint sorolja három kategóriába, hogy lakói e jóllét-dimenziókat 1-5 skálán hogyan értékelik.	Szubjektív.	Gallup World Poll	Telefonos vagy személyes megkérdezés, országonként jellemzően minimum 1000 fős mintán. Összesen 134 ezer megkérdezett	135
GNHI	Centre for Bhutan Studies	2005, 2010	Kilenc tényező (pszichológiai jóllét, életszínvonal, jó kormányzás, egészség, oktatás, közösség, kulturális sokszínűség, végzett tevékenységek, ökológiai sokszínűség) köré rendezett 33 mutató, amelyet 124 változó, illetve 249 kérdés segítségével állítanak elő. Ezek alapján a társadalom tagjait négy csoportba sorolják: boldogtalanok, kevésbé boldogok, boldogok, és nagyon boldogok.	Szubjektív és objektív.	Centre for Bhutan Studies	7142 megkérdezett	1
HDI	UNDP	1990-2013 évente	Három tényező: egészség (születéskor várható élettartam), életszínvonal (GDP/fő) és iskolázottság.	Objektív.	UNDESA, BARRO-LEE (2013), UNESCO Institute for Statistics, UN Statistics Division, World Bank, IMF		187
HPI	NEF	2006, 2009, 2012	Három tényező: várható élettartam, jóllét, ökológiai lábnyom. Az index ezek felhasználásával, matematikai-statisztikai képlet alapján készül.	Objektív és szubjektív.	UNDP Human Development Report, Gallup World Poll, Global Footprint Networks National Footprint accounts	Gallup World Poll	151
WtBB (QoLI)	EIU	2005	Kilenc tényező: anyagi jólét, egészség, politikai stabilitás és biztonság, családi kapcsolatok, közösségi élet, klíma és földrajzi elhelyezkedés, biztos munka, politikai szabadság, nemek közötti egyenlőség.	Objektív és szubjektív.	EIU, US Census Bureau, UN, Euromonitor, ILO, World values Survey, CIA World Factbook, Freedom House, UNDP HDR	nincs adat	111
WHR	UN SDSN	2012, 2013	Hat tényező: GDP/fő, várható egészséges évek száma, társadalmi támogatottság, korrupció, szolidaritás, döntési szabadság. Az index ezek kombinációjából súlyozással készül.	Objektív és szubjektív.	Gallup World Poll	Gallup World Poll	156

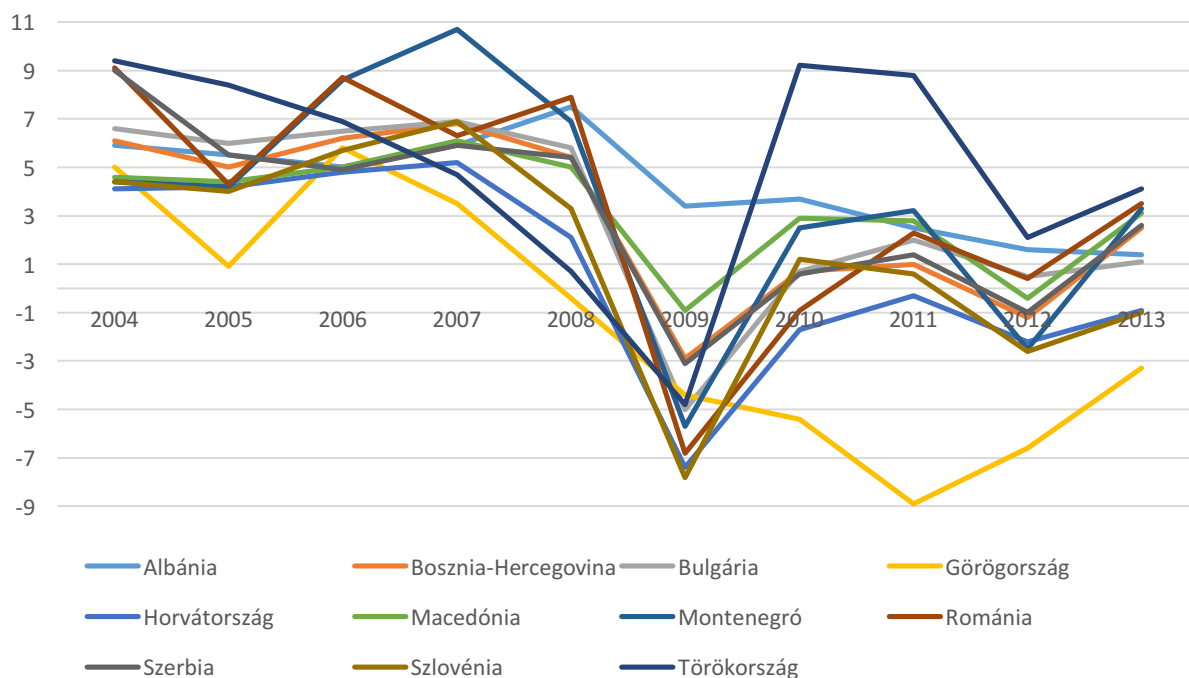
Megjegyzés: \* – a táblázat csillaggal jelölt oszlopaiban szereplő adatok az utolsó adatfelvételre vonatkoznak. Forrás: [www.oecdbetterlifeindex.org](http://www.oecdbetterlifeindex.org), EC [2013], Eurofound [2013a-c] és [2014b-d] felmérések, Gallup [2014], URA et al. (2012), NEF [2014] és <http://www.happyplanetindex.org/>, UNDP [2014], KEKIC (2012), HELLIWELL et al. (2013) alapján saját szerkesztés

M4: A Balkánon fekvő országok általános jellemzői

	Terület (1), (km <sup>2</sup> · 2014)	Lakosság-szám (2), (fő, 2013)	Főváros, jelentősebb városok (3), (lakosság-szám, millió fő, 2011)	Városi lakosság aránya (4), (%, 2013)
Albánia	28 750	2 773 620	Tirana (0,4)	55
Bosznia-Hercegovina	51 210	3 829 307	Szarajevó (0,4)	39
Bulgária	111 000	7 265 115	Szófia (1,2)	73
Görögország	131 960	11 032 328	Athén (3,4), Thesszaloniki (0,9)	77
Horvátország	56 590	4 252 700	Zágráb (0,7)	58
Macedónia	25 710	2 107 158	Szkopje (0,5)	57
Montenegró	13 810	621 383	Podgorica (0,2)	64
Románia	238 390	19 963 581	Bukarest (1,9)	54
Szerbia	88 360	7 163 976	Belgrád (1,1)	55
Szlovénia	20 270	2 060 484	Ljubljana (0,3)	50
Törökország	783 560	74 932 641	Isztambul (11,2), Ankara (4,2), Izmir (2,9), Bursa (1,7) Adana (1,5), Gaziantep (1,2)	72

Forrás: (1) – WB, (2) – WB, (3) – CIA World Factbook, (4) – WB

M5: A Balkánon fekvő országokra vonatkozó, a turizmus gazdasági környezetének elemzéséhez kapcsolódó adatok



Az éves GDP-növekedés a Balkánon fekvő országokban (% , 2004–2013)

Forrás: WB alapján saját szerkesztés

A Balkánon fekvő országok versenyképességi mutatói

	Globális versenyképességi index		Alapkövetelmények		Hatékonyságnövelő tényezők		Innováció	
	Érték	Helyezés	Érték	Helyezés	Érték	Helyezés	Érték	Helyezés
Albánia	3,8	97	4,1	97	3,7	95	3,2	114
Bosznia-Hercegovina	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Bulgária	4,4	54	4,7	59	4,3	52	3,3	106
Görögország	4,0	81	4,5	76	4,1	65	3,5	74
Horvátország	4,1	77	4,7	63	4,1	68	3,5	87
Macedónia	4,3	63	4,6	64	4,1	69	3,5	76
Montenegró	4,2	67	4,7	61	4,0	73	3,5	77
Románia	4,3	59	4,5	77	4,3	50	3,5	78
Szerbia	3,9	94	4,1	101	3,9	80	3,1	121
Szlovénia	4,2	70	4,9	49	4,2	64	3,9	50
Törökország	4,5	45	4,8	56	4,4	45	3,9	51
Átlag*	4,2	71	4,6	70	4,1	66	3,5	83

Megjegyzés: 1-7-ig terjedő skálán, statisztikai adatok és szakértői becslések alapján, \* – saját számítás, az átlagban az egyes országok adatait azonos súllyal vettem figyelembe. Forrás: SCHWAB (2014)



*A WEF globális versenyképességi tanulmányában, a fejlesztésekkel kapcsolatosan azonosított nehézségek a Balkánon fekvő országokban (a válaszadók %-ában)*

	1	2	3	4	5
Albánia	Korrupció	Forráshiány	Kormányzati tevékenység	Adókulcsok	Munkamorál
	21,2	2,02	13,8	11,3	8,7
Bosznia-Hercegovina	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Bulgária	Korrupció	Kormányzati tevékenység	Forráshiány	Politikai instabilitás	Munkaerő képzettsége
	14,0	13,2	11,4	9,4	8,7
Görögország	Forráshiány	Kormányzati tevékenység	Adó-szabályozás	Politikai instabilitás	Adókulcsok
	22,4	19,8	16,4	14,2	9,4
Horvátország	Kormányzati tevékenység	Politikai instabilitás	Korrupció	Adó-szabályozás	Adókulcsok
	18,6	13,8	12,4	11,5	10,6
Macedónia	Forráshiány	Munkamorál	Munkaerő képzettsége	Kormányzati tevékenység	Elégtelen infrastruktúra
	16,9	11,9	10,9	9,6	9,0
Montenegró	Forráshiány	Korrupció	Munkamorál	Kormányzati tevékenység	Elégtelen infrastruktúra
	17,8	12,1	11,6	10,2	8,6
Románia	Forráshiány	Adókulcsok	Elégtelen infrastruktúra	Korrupció	Kormányzati tevékenység
	16,6	15,6	12,8	11,0	9,9
Szerbia	Kormányzati tevékenység	Forráshiány	Korrupció	Politikai instabilitás	A kormány instabilitása
	13,7	13,3	11,9	8,3	6,9
Szlovénia	Forráshiány	Kormányzati tevékenység	Adókulcsok	Munkaerő-piac szabályozási korlátok	Korrupció
	20,5	16,5	12,6	12,4	8,9
Törökország	Kormányzati tevékenység	Politikai instabilitás	Munkaerő képzettsége	Adókulcsok	Forráshiány
	11,7	11,5	10,9	10,8	9,2

*Megjegyzés:* a World Economic Forum „Executive” felmérésében szereplő 16, előre megadott tényező alapján. *Forrás:* SCHWAB (2014)

M6: A Balkánon fekvő országok turisztikai versenyképességi mutatói

*A Balkánon fekvő országok részletes turisztikai versenyképességi mutatói*

	Szabályozási keretrendszer					Turizmus üzleti környezete és infrastruktúrája					Emberi, kulturális és a természeti erőforrások				
	1 politika és szabályozás	2 környezeti fenntarthatóság	3 biztonság	4 higiénia	5 turizmus szektor elismertsége	6 légi közlekedési infrastruktúra	7 földi közlekedési infrastruktúra	8 turisztikai infrastruktúra	9 ICT infrastruktúra	10 árak versenyképessége	11 emberi erőforrás	12 utazási hajlandóság	13 természeti erőforrások	14 kulturális erőforrások	
Albánia	4,5	4,6	4,9	4,7	4,5	2,5	3,2	3,7	2,5	4,6	5,1	5,9	2,8	2,0	
Bosznia-Hercegovina	4,0	4,1	5,6	5,2	3,5	1,8	2,6	4,2	3,3	4,1	4,8	4,8	2,9	2,1	
Bulgária	4,1	4,5	4,3	6,7	4,2	2,6	3,1	6,7	3,9	4,8	4,9	4,6	3,4	3,5	
Görögország	4,2	4,5	4,7	6,4	5,2	4,7	4,0	6,8	4,3	3,6	5,0	4,8	4,2	4,3	
Horvátország	4,2	4,9	5,3	6,0	4,5	3,0	4,1	6,7	4,3	4,0	4,6	5,1	3,8	3,9	
Macedónia	4,5	4,5	5,3	5,7	4,0	2,2	3,2	4,3	3,4	4,8	4,8	4,6	2,8	2,2	
Montenegró	5,1	5,0	5,3	5,3	4,7	3,4	3,1	6,0	3,6	4,6	5,0	5,7	3,7	2,6	
Románia	4,3	4,7	4,9	5,4	3,8	2,6	2,9	5,1	3,4	4,4	4,7	4,1	3,2	3,3	
Szerbia	4,1	4,1	5,0	5,7	3,6	2,3	2,8	4,5	3,6	3,8	4,6	4,3	2,4	2,5	
Szlovénia	4,3	5,2	5,6	5,8	4,7	2,8	5,0	6,3	4,5	4,0	5,0	4,8	3,8	2,9	
Törökország	4,9	4,3	4,6	4,9	4,5	4,5	4,1	4,8	3,1	4,0	4,9	5,0	3,4	5,2	
Átlag*	4,4	4,6	5,0	5,6	4,3	2,9	3,5	5,4	3,6	4,2	4,9	4,9	3,3	3,1	
Átlag*					4,8					3,9				4,0	
Átlag*														4,3	

Megjegyzés: 1-7-ig terjedő skálán, statisztikai adatok és szakértői becslések alapján, \* - saját számítás, az átlagban az egyes országok adatait azonos súllyal vettem figyelembe. Forrás: BLANKE-CHIESA (2013)

*A Balkánon fekvő országok turisztikai versenyképességi mutatói*

	Versenyképességi index		Szabályozó keretrendszer		Gazdasági környezet és infrastruktúra		Emberi, kulturális és természeti erőforrások	
	Érték	Helyezés	Érték	Helyezés	Érték	Helyezés	Érték	Helyezés
Albánia	4,0	77	4,6	63	3,3	90	4,0	63
Bosznia-Hercegovina	3,8	90	4,5	75	3,2	95	3,7	92
Bulgária	4,4	50	4,8	58	4,2	45	4,1	53
Görögország	4,8	32	5,0	39	4,7	33	4,6	30
Horvátország	4,6	35	5,0	42	4,4	39	4,4	42
Macedónia	4,0	75	4,8	57	3,6	74	3,6	100
Montenegró	4,5	40	5,1	34	4,1	50	4,3	47
Románia	4,0	68	4,6	66	3,7	68	3,8	73
Szerbia	3,8	89	4,5	74	3,4	81	3,4	109
Szlovénia	4,6	36	5,1	33	4,5	35	4,1	52
Törökország	4,4	46	4,6	64	4,1	52	4,6	27
Átlag*	4,3	58	4,8	55	3,9	60	4,1	63

*Megjegyzés: 1-7-ig terjedő skálán, statisztikai adatok és szakértői becslések alapján, \* – saját számítás, az átlagban az egyes országok adatait azonos súllyal vettem figyelembe. Forrás: BLANKE–CHIESA (2013)*

M7: A turizmus és az egészségturizmus helye az államigazgatásban, a fejlesztési dokumentumokban és a marketingben

*A turizmus helye a Balkánon fekvő országok államigazgatásában*

	A legmagasabb turizmusirányítási szervezet
Albánia	Turisztikai, Kulturális, Ifjúsági és Sport Minisztérium
Bosznia-Hercegovina	Környezetvédelmi és Turisztikai Minisztérium
Bulgária	Turisztikai Minisztérium
Görögország	Turisztikai Minisztérium
Horvátország	Turisztikai Minisztérium
Macedónia	Gazdasági Minisztérium
Montenegró	Fenntartható Fejlődési és Turisztikai Minisztérium
Románia	Gazdasági, Kereskedelmi és Turisztikai Minisztérium, Turisztikai Igazgatóság
Szerbia	Kereskedelmi, Turisztikai és Telekommunikációs Minisztérium
Szlovénia	Turisztikai és Nemzetközi Igazgatóság a Gazdaságfejlesztési és Technológiai Minisztériumban
Törökország	Kulturális és Idegenforgalmi Minisztérium

*Forrás: NGM Turisztikai és Vendéglátóipari Főosztály [2015]*

*A nemzeti turizmusfejlesztési dokumentumok és az azokban szereplő kiemelt turisztikai termékek*

	Turizmusfejlesztési dokumentum	Kiemelt turisztikai termékek
Albánia	Turizmus Fejlesztési Stratégia 2007-2013	3S, speciális érdeklődésű turizmus, üzleti és konferenciaturizmus (MICE)
Bosznia-Hercegovina	Turizmus Fejlesztési Stratégia 2008-2018	Szabadidős turizmus, sportturizmus, kulturális, vallási, üzleti gasztronómiai, egészségturizmus, ökoturizmus, falusi turizmus, speciális érdeklődésű turizmus, események
Bulgária	Fenntartható turizmusfejlesztési Stratégia 2009-2013	3S, hegyvidéki turizmus, kulturális turizmus, egészségturizmus, ökoturizmus, falusi turizmus, üzleti, golf, sport és kaland, vadászturizmus
Görögország	Turisztikai Kommunikációs Stratégia 2012-2013	Körutazás, gasztronómiai turizmus, kongresszusi turizmus, tengerparti, kulturális és vallási turizmus
Horvátország	Turizmus Fejlesztési Stratégia 2020-ig	3S, hajózás, egészségturizmus, kulturális turizmus, üzleti turizmus, golfurizmus, kerékpáros turizmus, bor- és gasztronómiai turizmus, falusi és hegyvidéki turizmus, kaland- és sportturizmus
Macedónia	Turizmus Fejlesztési Stratégia 2009-2013	Tavi turizmus, nemzeti parkok, borturizmus, falusi, kulturális, spa-turizmus, vadászturizmus, konferencia és üzleti turizmus
Montenegró	Turizmus Fejlesztési Stratégia 2020-ig	Hajózás és vízi sportok, hegyvidéki turizmus, golfurizmus wellness és spa turizmus, MICE, agroturizmus, kempingezés, kulturális és vallási turizmus
Románia	Komplex Turizmus Fejlesztési Stratégia 2007-2026	Üzleti turizmus, fürdőturizmus, falusi turizmus, tengerparti turizmus, kulturális turizmus, aktív turizmus, városlátogatás, dunai hajózás
Szerbia	Turizmus Fejlesztési Stratégia 2015-ig	Városlátogató turizmus, körutazás, hajózás, üzleti turizmus, egészségturizmus, hegyvidéki és tavi turizmus, események, falusi turizmus, speciális érdeklődésű turizmus
Szlovénia	Turizmus Fejlesztési Stratégia 2012-2016	Egészségturizmus, természeti turizmus, üzleti turizmus, gasztronómia, kulturális turizmus, kikapcsolódás és szerencsejáték, hajózás
Törökország	Turizmus Fejlesztési Stratégia 2023-ig	Egészség és termálturizmus, téli turizmus, golfurizmus, tengerparti turizmus ökoturizmus, kongresszusi turizmus, kiállítások

*Forrás: METODIJSKI–TEMELKOV (2014)*

*Az értekezés keretében vizsgált országok megjelenése az interneten (a „hivatalos” weblapok elérhetőségei)*

	A turizmusmarketing megjelenése az interneten
Albánia	<a href="http://www.albania.al">www.albania.al</a>
Bosznia-Hercegovina	<a href="http://www.bhtourism.ba">www.bhtourism.ba</a>
Bulgária	<a href="http://www.bulgariatravel.org">www.bulgariatravel.org</a>
Görögország	<a href="http://www.visitgreece.gr">www.visitgreece.gr</a>
Horvátország	<a href="http://www.croatia.hr">www.croatia.hr</a>
Macedónia	<a href="http://www.exploringmacedonia.com">www.exploringmacedonia.com</a>
Montenegró	<a href="http://www.montenegro.travel">www.montenegro.travel</a>
Románia	<a href="http://www.romaniatravel.com">www.romaniatravel.com</a>
Szerbia	<a href="http://www.serbia.travel">www.serbia.travel</a>
Szlovénia	<a href="http://www.slovenia.info">www.slovenia.info</a>
Törökország	<a href="http://www.goturkey.com">www.goturkey.com</a> , <a href="http://www.kulturturizm.gov.tr">www.kulturturizm.gov.tr</a>

*Forrás: ETC (2015) és saját adatgyűjtés*

M8: A nemzetközi, illetve a belföldi turizmus főbb jellemzői a Balkánon fekvő országokban

*A nemzetközi turisztikai bevételek és kiadások a vizsgált országokban*

	Nemzetközi turisztikai bevételek, (millió USD, 2013)	Nemzetközi turisztikai kiadások, (millió USD, 2013)	A bevételek és kiadások egyenlege, (millió USD, 2013)
Albánia	1 670	1 567	103
Bosznia-Hercegovina	665	194	471
Bulgária	4 632	1 755	2 877
Görögország	13 313	2 392	10 921
Horvátország	9 721	922	8 799
Macedónia	n.a.	n.a.	n.a.
Montenegró	929	81	848
Románia	1 901	2 109	-208
Szerbia	1 238	1 289	-51
Szlovénia	2 976	1 075	1 901
Törökország	32 249	4 604	27 645

*Forrás: UNWTO (2015)*

*A belföldi turizmus főbb mutatói a vizsgált országokban (2013)*

	Belföldi utazások száma		Belföldi turisták száma		Belföldi vendégéjszakák száma az összes szálláshelyen		Belföldi vendégéjszakák száma szállodákban és hasonló létesítményekben	
	Összesen (ezer)	Egy lakosra (utazás/lakos)	Összesen (ezer)	Egy lakosra (turista/lakos)	Összesen (ezer)	Egy lakosra (éj/lakos)	Összesen (ezer)	Egy lakosra (éj/lakos)
Albánia	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	179	0,06
Bosznia-Hercegovina	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	714	0,19	540	0,14
Bulgária	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	7247	1,00	5927	0,82
Görögország	n.a.	n.a.	13091	1,19	13310	1,21	12515	1,13
Horvátország	15843	3,73	6225	1,46	5140	1,21	2193	0,52
Macedónia	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.!
Montenegró	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	998	1,61	241	0,39
Románia	53513	2,68	15833	0,79	15800	0,79	15361	0,77
Szerbia	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	4579	0,64	2369	0,33
Szlovénia	10890	5,29	2025	0,98	3617	1,76	1973	0,96
Törökország	106226	1,42	64922	0,87	30332	0,40	28663	0,38

*Megjegyzés: Belföldi utazások száma: Szlovénia, Törökország (2012), Belföldi turisták száma: Görögország (2009), Románia, Törökország (2012), Belföldi vendégéjszakák száma az összes szálláshelyen és belföldi vendégéjszakák száma szállodákban és hasonló létesítményekben: Bosznia-Hercegovina, Görögország, Románia, Törökország (2012). Forrás: UNWTO (2015)*

*A kiutazó turizmus főbb mutatói a vizsgált országokban (2013)*

	Kiutazások száma		A kiutazó turizmushoz kapcsolódó kiadások	
	Összesen (ezer)	Egy lakosra (utazás/fő)	Összesen (millió USD)	Egy lakosra (USD/fő)
Albánia	4 400	1,59	1 567	565
Bosznia-Hercegovina	n.a.	n.a.	194	51
Bulgária	n.a.	n.a.	1 755	242
Görögország	n.a.	n.a.	2 392	217
Horvátország	5 444	1,28	922	217
Macedónia	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Montenegró	n.a.	n.a.	81	130
Románia	11 548	0,58	2 109	106
Szerbia	n.a.	n.a.	1 289	180
Szlovénia	4 440	2,15	1 075	522
Törökország	n.a.	n.a.	4 604	61

*Megjegyzés: Kiutazások száma és fajlagos mutatója – Románia (2012), A turizmushoz kapcsolódó kiadások és fajlagos mutatója – Bosznia-Hercegovina, Görögország, Románia, Törökország (2012). Forrás: UNWTO (2015)*

*A beutazó turizmus főbb mutatói a vizsgált országokban (2013)*

	Nemzetközi látogatók száma		Nemzetközi turistaérkezések száma		Nemzetközi bevételek		
	Összesen (ezer fő)	Egy lakosra (fő/lakos)	Összesen (ezer fő)	Egy lakosra (fő/lakos)	Összesen (millió USD)	Egy turistára (USD/turista)	Egy lakosra (USD/lakos)
Albánia	3460	1,25	2382	0,86	1670	701	602
Bosznia-Hercegovina	n.a.	n.a.	439	0,11	665	1515	174
Bulgária	9192	1,27	6898	0,95	4632	671	638
Görögország	n.a.	n.a.	15518	1,41	13313	858	1207
Horvátország	48345	11,37	10955	2,58	9721	887	2286
Macedónia	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Montenegró	n.a.	n.a.	1324	2,13	929	702	1495
Románia	7937	0,40	n.a.	n.a.	1901	n.a.	95
Szerbia	n.a.	n.a.	922	0,13	1238	1343	173
Szlovénia	n.a.	n.a.	2259	1,10	2976	1317	1444
Törökország	37715	0,50	35698	0,48	32249	903	430

*Megjegyzés: Nemzetközi látogatók száma, Nemzetközi turistaérkezések száma, A beutazó turizmusból származó bevételek és fajlagos mutatóik – Bosznia-Hercegovina, Görögország, Románia, Törökország (2012). Forrás: UNWTO (2015)A Balkánon fekvő országok egészségturizmus-specifikus vonzerői MICHALKÓ et al. (2015) alapján*

## M9: A Balkánon fekvő országok egészségturisztikai vonzerői

A Balkánon fekvő országokban a mélyebb rétegekből feltörő, gyógyító, betegségmegelőző hatású, ásványi anyagokban gazdag, leginkább fürdőzésre alkalmas termálvizek, a mészkőhegységekből kilépő, fogyasztásra alkalmas forrásvizek, kiváló levegőjú, a légzőszervi megbetegedésekben szenvedők panaszait enyhíteni képes barlangok és magaslatokon fekvő klimatikus gyógyhelyek, valamint a tengervíz jótékony hatását kiaknázó thalasso-terápiás helyszínek egyaránt megtalálhatók. Szerepüket mi sem jelzi jobban, minthogy az egészségturizmussal kapcsolatosan a Balkánon fekvő országokban azonosított vonzerők 17,1%-a termálfürdő, gyógyfürdő, gyógyvíz, klimatikus gyógyhely kategóriába tartozik. A Balkán egészségturisztikai kínálatában fontos szerepet játszik a só és az iszap, utóbbit a tengerpart-közeli lagúnákból termelik ki. A természetes gyógytényezőkre épülő létesítmények minősége infrastruktúrája hullámzó, egyes helyeken a nyugat-európai normák szerint működő, máshol évtizedes elmaradásban levő szolgáltatásokkal találkozhatunk.

A kifejezetten wellness-orientált létesítmények száma a régióban alacsony, amelynek hátterében egyrészt a délszláv háborúval és a gazdasági válsággal összefüggő finanszírozási nehézségek (egy versenyképes wellness létesítmény beruházási és fenntartási költségei tetemesek, üzemeltetése jól képzett szakembergárdát feltételez), másrészt az lassabb életstílus-változás állhat. A Balkán természetesen nem nélkülözi a wellness szolgáltatásokat, mivel a gyógyfürdőkben, a gyógyfürdőkkel egybeépült élményfürdőkben, illetve a legmagasabb kategóriájú szállodákban találkozhatunk kisebb-nagyobb wellness részlegekkel.

A vízpartok, különösen a tengerpartok a Balkánon fekvő országok egészségturisztikai kínálatának fontos részét képezik. A vizsgált országok – Szerbia és Macedónia kivételével – hosszabb-rövidebb, üdülésre alkalmas tengerparttal rendelkeznek, amelyek szerteágazó vízparti élményt kínálnak. A tradicionális fürdőzés és napozás mellett a legkülönfélébb vízi sportokra (szörf, vitorlázás, búvárkodás) nyílik lehetőség, amelyek kiegészülnek a hajókázással, vagy a privát jachtkohoz kötődő életvitellel. A kínálat különleges elemeiként lehet említeni a naturista strandokat. A térség természetes és mesterséges tavai a passzív pihenés mellett számos lehetőséget biztosítanak az aktívabb időtöltésre, kifejezetten a vízi sportok gyakorlására.

A vízpartok mellett a vizsgált országok más táji adottságai is alkalmasak az aktív szabadidős és sporttevékenység végzésére. A domborzati viszonyok egyrészt lehetőséget biztosítanak a síelés és egyéb téli sportok folytatására, másrészt terepet kínálnak a legkülönfélébb extrém sportokra is (hegyi kerékpározás, siklóernyőzés, sziklamászás, barlangászás). A tradicionálisabb aktív időtöltést kedvelők leginkább a természetjárás, a túrakerékpározás, a nordic-walking-ozás, a barlangi túra és a horgászat közül válogathatnak. A vízhez kötődő aktivitás tárházában kitüntetett helyet foglalnak el a kanyonszerű folyószakaszokra építő extrém sportok (rafting, kanyoning) és a kevésbé veszélyes szakaszokat hasznosító hagyományos vízi sportok (kajak-kenu, evezés). E mellett főként a tengerpart búvárkodásra, vitorlázásra, szörfözésre kínál alkalmat. A vadászat is ebbe a kategóriába tartozó balkáni időtöltés.

A tájképi szépség, a természetjáráshoz kapcsolódó vonzerők ugyancsak jelentős szeletét képviselik a Balkán egészségorientált turisztikai kínálatának. A feldolgozott forrásokban a hegyvidéki, főként magashegységi (alpesi) jellegű látnivalók dominanciájával szembesülhetünk. A természetjárás mint a tájképi szépség fogyasztásával erős szimbiózisban élő tevékenység teszi lehetővé az erdők-mezők egyedi hangulatának átélését, a lélegzetelállító formák és a pazar panoráma megcsodálását. A vonzerőcsoportban leginkább azonosított kifejezések a festői, a vad és vadregényes, az elhagyatott, az érintetlen, amelyek azt igazolják, hogy a balkáni táj szépsége természetes állapotából fakad, vagyis annak az autentikusságnak az őrzéséből, amely az intenzív turisztikai hasznosítás előtti fázist tükrözi. A víz kifejezetten erős elemét képezi a lenyűgöző látványt kínáló attrakcióknak, a folyók által mélyített szurdokvölgyek, vízesések, zárt tengeröblök, a hegyvonulatokban megbúvó tavak hozzájárulnak az esztétikai szükséglet magas fokú kielégítéséhez.



Az egyedi növény- és állatvilág, a gazdag gyógynövényállomány és az ahhoz kapcsolódó tudás, a kiterjedt védett területek az egyik legerősebb egészségturisztikai kínálati elemmé avanszálják a Balkán természetvédelmi területeit. A vizsgált országok és a velük együttműködő nemzetközi szervezetek jelentős hangsúlyt fektettek arra, hogy a lehető legmagasabb védettséget sikerüljön nyújtani a különféle veszélyeknek kitett állati és növényi fajoknak, illetve az élettelen természet kincseinek. A Balkánon fekvő országok nemzeti parkjai, a Ramsari Egyezmény hatálya alá tartozó rezervátumai, vagy a Natura 2000 védettséget élvező tájai szinte egymásba érnek, az az érzése támadhat a kérdéssel foglalkozóknak, mintha a vizsgált térség egy összefüggő természetvédelmi terület lenne. Mindezt erősíti, hogy számos védettséget élvező terület az UNESCO világörökség része, 5 ország is büszkélkedhet ilyen címmel. A természetvédelmi területek, a védettség sajátosságainál fogva, elsősorban klasszikus ökoturisztikai tevékenységekre, kirándulásra, tanösvények felkeresésére, az állatok és növények élőhelyeinek megfigyelésére, a geomorfológiai formakincs megtekintésére alkalmasak.

Az egészségturizmus jellemzőinek bemutatása egyértelműen rámutatott az egészséges táplálkozás növekvő népszerűségére. A balkán konyhában az éghajlati és a domborzati adottságokkal összefüggésben a délszláv, a mediterrán és a török hatások – egymást gyakran átfedve, egymást erősítve – jelentkeznek. Az alapanyagok közül az olíva- és a tökmagolaj, a húsfélék vonatkozásában a hal és a birka, a tejtermékek esetében kifejezetten a joghurt, ezen kívül a saláta alapanyagként használható zöldségek jellemzőek. Az italválasztékot a térségben szinte kivétel nélkül megtalálható szőlőültetvények nedűi, illetve az azt részben alapanyagként hasznosító égetett szeszek képviselik. A sajátosan balkáni ételek közül a burek, a csevapsicsa, a pjeskavica emelendő ki.

A valláshoz, a vallásgyakorláshoz kapcsolódó színterek ugyancsak feltétlenül tekintetbe veendő részét képviselik a Balkán egészségturisztikai kínálatának. A szubjektív életminőség és a vallásosság, illetve az egészség és a vallásosság összefüggéseit számos tanulmány vizsgálta: a hit és az ahhoz kapcsolódó rituálék lelki békét, megnyugvást, kiegyensúlyozottságot teremtenek. Ezek elérését gyakran zarándoklatok, távolabbi szent helyek felkeresése révén biztosítjuk. E tekintetben a vizsgált országok sokrétű kínálattal rendelkeznek, a római katolikus, az ortodox kereszténység és a muszlim egyház is számos gyülekezeti hellyel bír, laikusok és hívők számára egyaránt szabad bejárású templomok, illetve zártabb világú kolostorok egyaránt megtalálhatók. A szent helyek közül számos az UNESCO világörökség része, ezek nem csak az építészetükhöz kötődő esztétikájuk, hanem a sajátos közösségük megőrzésének szándéka miatt is kitüntetett védelmet élveznek. A kolostorok nem csak a hagyományos hitélet gyakorlására, hanem a világtól való elvonulásra, meditálásra is alkalmat kínálnak. Több szenthely egyben a gyógyulás keresésének színtere, de az antik szentélyek erejében bízó is megtalálják a számukra vonzó kínálatot.

Ha nem is a legerősebb, de feltétlenül érdemi elemét képezi a Balkán turisztikai kínálatának egyedi atmoszférája, turisztikai miliője is. Számos település – leginkább a városias jellegűek – hamisítatlan balkáni hangulatot áraszt, amelynek azonosításában ugyan közrejátszanak a szubjektív tényezők. A török hatás egyértelmű része a balkáni atmoszférának, amely dzsámik, minaretek, bazárok, vízpipálási lehetőséget kínáló kávézók formájában jelentkezik. E mellett kiemelendő a multikulturalitás és a történelmi korok keveredésének visszatükröződése, amely egyrészt a török-kor, másrészt a monarchia időszaka, harmadrészt napjaink modernitásának kombinációjából fakad, amely kiegészül a különféle közösségek jelenlétét megtestesítő templomok látványával. A települések miliójében főleg a tengerparti területeken a sétányok és az azokat övező hangulatos, szűk, kacsaringós utcás városrészek a jellemzőek. Nem szabad megfeledkezni az éjszakai élet kínálatához kapcsolódó atmoszféráról sem.

Forrás: MICHALKÓ et al. (2015)

## M10: A Balkánon fekvő országok egészségturisztikai kereslete

### **Albánia**

Albánia turisztikai kínálatában a történelem, a régészeti emlékek, az egyéb kulturális vonzerők és a természeti vonzerők a meghatározóak (MARKU MA 2014). Turisztikai stratégiája is ezen attrakciókra épül: a dokumentumban nevesített turisztikai termékek között az egészségturizmus egyáltalán nem jelenik meg, talán éppen ez az oka annak, hogy egészségturizmusának keresleti oldaláról sem áll rendelkezésre információ.

### **Bosznia-Hercegovina**

A Horwath HTL (2013) tanulmánya három egészségturisztikai keresleti szegmenst különít el Bosznia-Hercegovinára:

- az egészségügyi turizmushoz kapcsolódó szolgáltatások fogyasztóit, akiknek az elsődleges célja valamilyen orvosi szolgáltatás igénybevétele. Az utazás motivációja, az utazási csomag megvásárlása itt magához az orvosi beavatkozáshoz kapcsolódik, amely lehet egyszerűbb – mint például fogászati kezelés, szépsészeti, plasztikai sebészeti, szemészeti beavatkozás – vagy akár jóval bonyolultabb – mint például nyitott szívűműtét, szervátültetés – is,
- a rehabilitáción résztvevőket, amely fogyasztói szegmens a SMITH–PUCZKÓ (2009) által meghatározott terápiás gyógyturisztikai szegmens, és akik számára a turisztikai szolgáltatások fontos termékelemek,
- a wellness-turistákat, akik elsősorban a megelőzés motivációjával vagy egészségi állapotuk fenntartásának céljával utaznak.

Statisztikai adatok mindössze a fürdőkre vonatkozóan állnak rendelkezésre: 2012-ben Bosznia-Hercegovina fürdőiben 10 000 vendéget és 48 000 vendégéjszakát regisztráltak. Mind a vendégek, mind a vendégéjszakák száma alapján e keresleti szegmens tekinthető a legkisebbnek: a fürdőkhöz kapcsolódik a Bosznia-Hercegovinában regisztrált vendégéjszakák 5%-a. A belföldi vendégéjszakák tekintetében szerepük jelentősebb: a belföldiek által eltöltött vendégéjszakák 14%-át regisztrálják a fürdőkben. Bosznia-Hercegovina fürdőiben a belföldi vendégforgalom meghatározó: minden tíz vendégéjszakából kilenc a belföldi vendégektől származik. A fürdőkben mért átlagos tartózkodási idő 4,8 nap volt 2012-ben.

### **Bulgária**

A fürdők Bulgária turisztikai kínálatában egykor nagyon fontos szerepet játszottak, ezek jelentős részét azonban mára privatizálták, szállodává vagy más funkciót betöltő létesítménnyé alakították. Hasonlóan: a Bulgáriában működő szanatóriumok száma a 2000-es évek elejére a korábbi csaknem 200-ról 30 csökkent, a szanatóriumokat kórházzá, magánklinikákká alakították vagy bezárták. Az ország fürdőit ma elsősorban a belföldi vendégek látogatják, alacsony tartózkodási idővel (HALL et al. 2006).

### **Görögország**

Görögországban az egészségturisztikai szolgáltatásokat igénybe vevők különböző típusú egészségcentrumok – például thalasso-terápiás központok vagy spa-k – szolgáltatásait vehetik igénybe. A 16, ásványvízforrásra épülő, országos jelentőségű spa központban évente 90 000 vendéget fogadnak, akik 1,3 millió gyógyfürdőzéssel kapcsolatos vagy más gyógyító kúrát vesznek igénybe. Emellett az országban 40, helyi jelentőségű ásványvízforrásra épülő spa is működik, ezek vendégforgalmáról azonban nem áll rendelkezésre információ. DIDASKALOU és szerzőtársai (2004) elemzése rámutat, hogy az 1970-es évek vége és az ezredforduló között a forrásokat, fürdőket, hidroterápiás szolgáltatásokat használók száma jelentős csökkenést mutatott.

## **Horvátország**

KESAR és RIMAC (2011) tanulmánya a horvátországi egészségturizmusnak négy keresleti szegmensét különíti el, amelyek fontossági sorrendben a következők:

- szanatóriumi, kórházi turizmus: az egészségturizmusnak ez a keresleti szegmense azon horvát állampolgárok utazásaihoz kapcsolódik, akik a gyógyító kezelésekre is alkalmas termál-, illetve ásványvíz forrásokra épülő öt szanatórium, illetve orvosi rehabilitációra szakosodott, tizenkét speciális kórház szolgáltatásait veszik igénybe. Ezen, orvos által felírt, az orvosi kezelés részét képező utazások költségeit a kötelező társadalombiztosítás keretében a horvát állam fizeti,
- spa, termál és thalassoterápiás turizmus: ebben az esetben a tartózkodás hossza és az igénybevett szolgáltatások köre (beleértve a szállást, az étkezést és az egészségügyi szolgáltatásokat is) a turista saját pénzügyi lehetőségeitől függ. Ezek a helyi és külföldi turisták az előbbi csoport által is használt, 11, termálvízre épülő speciális kórház és személyzete szolgáltatásait veszik igénybe,
- wellnessturizmus: relatíve új keresleti szegmens, amely eleinte a meglévő – állami tulajdonú – gyógy- és termálfürdők nyújtotta megelőző, stresszkezelő és relaxáló szolgáltatásokat vette igénybe, napjainkra azonban a – magánszféra tulajdonában levő – szállodákban kiépült wellness-központok elsődleges célcsoportja,
- egészségügyi turizmus: a horvát egészségturisztikai szektor legkevésbé fejlett szegmense.
- Macedónia

TASKOV et al. (2011) szerint a macedón spa-k alacsony vendégforgalmát jól tükrözi a fürdőközpontok alacsony, mindössze 23%-os kihasználtsága. A spa-k látogatóinak legfontosabb motivációja az azokban használt vizek gyógyító hatásához kapcsolódik. A macedón fürdők – köszönhetően az országban található vizek magas ásványi anyag tartalmának – számos betegség gyógyítására alkalmasak. A termálvizeket fürdésre, ivókúrákhoz, inhaláláshoz és iszappakolásokra egyaránt használják.

A Macedón Statisztikai Hivatal szerint 2009-ben a fürdők összesen 20 ezer vendéget fogadtak, közülük 16 ezren belföldiek, 4 ezren külföldiek voltak. Az ezen létesítményekben eltöltött 128 ezer vendégéjszakából 101 ezret a belföldi, 27 ezret a külföldi vendégek töltöttek el. A külföldiek egyéni turistaként, autóval érkeznek, jellemzően szakmunkások, átlagos tartózkodási idejük 9 nap, napi költésük 36 euró, és jellemzően valamilyen egészséghez kapcsolódó motivációval – visszatérő vendégként – érkeznek. Jellemzően partnerükkel utaznak, 50 év feletti. A természeti adottságokat, a személyes biztonságot, a személyzetet és az étkezési lehetőségeket igen jóra, a kirándulási lehetőségeket, és az infrastruktúrát jóra értékelik. A sportolási lehetőségek és a kulturális események kínálatának értékelése meglehetősen kedvezőtlen. A belföldi keresleti profil nem különbözik jelentősen a külfölditől. A tipikus belföldi spa-látogatónak középfokú iskolai végzettsége van, 50 év alatti, és a szálláslehetőségekkel, az étkezési lehetőségekkel és a fürdők higiéniájával kifejezetten elégedett. A belföldi turisztikai kereslet folyamatos növekedést mutat. A szociálturizmus a fürdők iránti keresletben erősen jelenik meg: évente 10 000, kevésbé tehető nyugdíjas egy hetes tartózkodással ingyenesen veheti igénybe a fürdők szolgáltatásait.

## **Montenegró**

Habár Montenegró 2020-ig szóló turizmusfejlesztési stratégiája [Montenegro Ministry of Tourism and Environment 2008] az egészségturizmusnak kiemelkedően fontos szerepet szán, az AHN [2012] Montenegró egészségturizmus fejlesztési lehetőségeit vizsgáló tanulmánya egyértelműen rámutat arra, hogy nemzeti szintű, az egészségturizmus keresleti oldalát bemutató adatok nem állnak rendelkezésre az országban.

## Románia

Romániában a balneoterápiás kezeléseket gyógyításra, rehabilitációra és megelőzés céljából egyaránt használják (ERDELI et al. 2011, STANCIOIU et al. 2013). Az Eden Spa felmérése szerint – amelyet 5000 fős mintán végeztek – a román fürdők vendégei inkább

- fiatalok (56%-uk 26-35 éves, 23%-uk 36-50 éves és 12%-uk 18-25 éves), magasabb iskolai végzettségűek, mindennapjaik stresszesek, beosztásukat tekintve közép vagy felsővezetők,
- egészségtudatosak (nem dohányoznak, tisztában vannak a pihentető alvás fontosságával stb.),
- tisztában vannak a fizikai aktivitás fontosságával. Ezeknek a vendégeknek a körében az utazás motivációja a hétköznapi életből való menekülés (DINU et al. 2010).
- A fürdők másik meghatározó szegmense – DINU et al. (2010) szerint a vendégek egy harmada –, a nyugdíjasok, elsősorban a fürdők gyógyító szolgáltatásait veszik igénybe. Dinuék kutatási eredményeit MUREȘAN et al. (2012) kutatási eredményei is megerősítik. A Vatra Dornei Spa Resortban végzett kutatásukban arra is rámutatnak, hogy a fürdőt látogató külföldiek jellemzően magasabb, a román vendégek alacsonyabb kategóriájú szálláshelyeket vesznek igénybe, a fiatalabbak – akik elsősorban kikapcsolódás céljából érkeznek – visszatérő vendégek, az orvosi szolgáltatások igénybevétele a teljes mintát tekintve sem annyira jelentős, a vendégek elsősorban családjukkal utaznak.
- A román egészségturisztikai kereslet másik jelenleg még kevésbé meghatározó, ugyanakkor dinamikus növekedést mutató szegmense az egészségügyi turizmus keretében érkező vendégek köre, akik az erre szakosodott klinikák fogászati, plasztikai sebészeti, szemészeti, illetve időskori betegségek kezelésével kapcsolatos szolgáltatásait veszik igénybe. A kereslet volumenéről rendelkezésre álló adatok ellentmondásosak: a román Utazási Irodák Szövetsége szerint a Romániába látogató külföldiek 2-3%-a vesz igénybe orvosi szolgáltatásokat, a statisztikai hivatal felmérése alapján számuk évi 20 ezer körüli, más források évi 60 ezerre becsülik az országot egészségügyi szolgáltatások igénybevétele céljából felkereső – elsősorban olasz, brit, francia és német – turisták számát. Elvitathatatlan tény azonban, hogy döntésükben az otthoni árakhoz képest akár 40%-kal alacsonyabb árak fontos szerepet játszanak. Más országokhoz képest az orvosi turizmus bevételeit az ANAT-ra hivatkozva DINU et al. (2010) alacsonynak tartja, ugyanakkor kiemelik, hogy e szegmensben az elkövetkező években növekedést várható.

## Szerbia

2012-ben a szerb fürdőkben 347 ezer vendéget és 2 millió vendégéjszakát regisztráltak. Szerbiában ez a legjelentősebb keresleti szegmens: az országban regisztrált vendégéjszakák 31%-a realizálódik a fürdőkhez kapcsolódó szálláshelyeken. A belföldi turizmus tekintetében a fürdők szerepe még jelentősebb: minden 100 belföldi vendégéjszakából 41-et a fürdőkben töltenek el. A szerb fürdőkben a belföldi turizmus a meghatározó: a vendégeknek csupán 6,6%-a külföldi. A szerb fürdőkben mért átlagos tartózkodási idő 5,86 nap. A kereslet szezonális: a legtöbb vendégéjszakát augusztusban, a legkevesebbet februárban regisztrálják (Horwath HTL 2013).

## Szlovénia

A klasszikus szlovén termálfürdőkben a rendszerváltás előtt a vendégek 80%-ának motivációja betegsége gyógyításához, illetve betegségből való felépüléséhez kapcsolódott, a páciensek fürdőben történő tartózkodását a biztosítótársaságok finanszírozták. 1991 után ezeknek a fürdőknek a kínálata is kibővült, termékpalettájukon számos wellness-elem jelent meg. Az ezen szolgáltatásokat igénybe vevő vendégek már nem a társadalombiztosítási rendszeren keresztül érkeztek, érkeznek, hanem ott-tartózkodásukat saját maguk finanszírozzák (LEBE 2014).

LEBE (2009) szerint a két szegmens igényeinek összeegyeztethetlenségét – gyógyturisták nyugalmat, csendet, és kiváló orvosi szolgáltatásokat szeretnének, a wellness-turisták épp ellenkezőleg: szabadidős turistaként elsősorban élményre, az élet élvezetére vágnak, az orvosi háttér kevésbé meghatározó számukra – a fürdők gyorsan felismerték.

A biztosítókön keresztül és az egyéni finanszírozásban érkező 80-20-as vendégarány mára több fürdőben megfordult, az előbbi szegmens a kereslet 15%-át, utóbbi 85%-át képviseli, az egészségturizmuson belül tehát a wellness-turizmus dominál. A wellness-vendégek magas színvonalú szállodákban szállnak meg, a biztosítótársaságokon keresztül érkező vendégek alacsonyabb színvonalú szálláshelyeket vesznek igénybe. A két szegmens abban azonban megegyezik, hogy orvosi tanácsadásra van szüksége, amelynek alapján megfelelő és személyre szabott szolgáltatásokat vehet igénybe.

A vendégkörön belül a külföldiek szerepe – főként az osztrák, az olasz, az orosz és az izraeli vendégkör bővülése miatt – jelentősen megnőtt: egyes fürdőkben a külföldi-belföldi vendégforgalom aránya az 50-50%-ot is eléri. A wellness-turizmus esetében az is érdekes tendencia, hogy egyes wellness-szállodák bevételének 40-50% -a a wellness-szolgáltatásokból, 10%-a a gyógyszolgáltatásokból, a maradék sport- vagy a konferenciaturizmushoz kapcsolódó bevételekből származik.

Az egyes fürdők célcsoportjai sokszor teljesen különböznek. A LEBE (2014) által vizsgált fürdők közül az egyikben például az orvosilag támogatott szépségügyi beavatkozásokat preferálók dominálnak, a másokban az anti-ageing kezeléseket igénybe vevők.

### **Törökország**

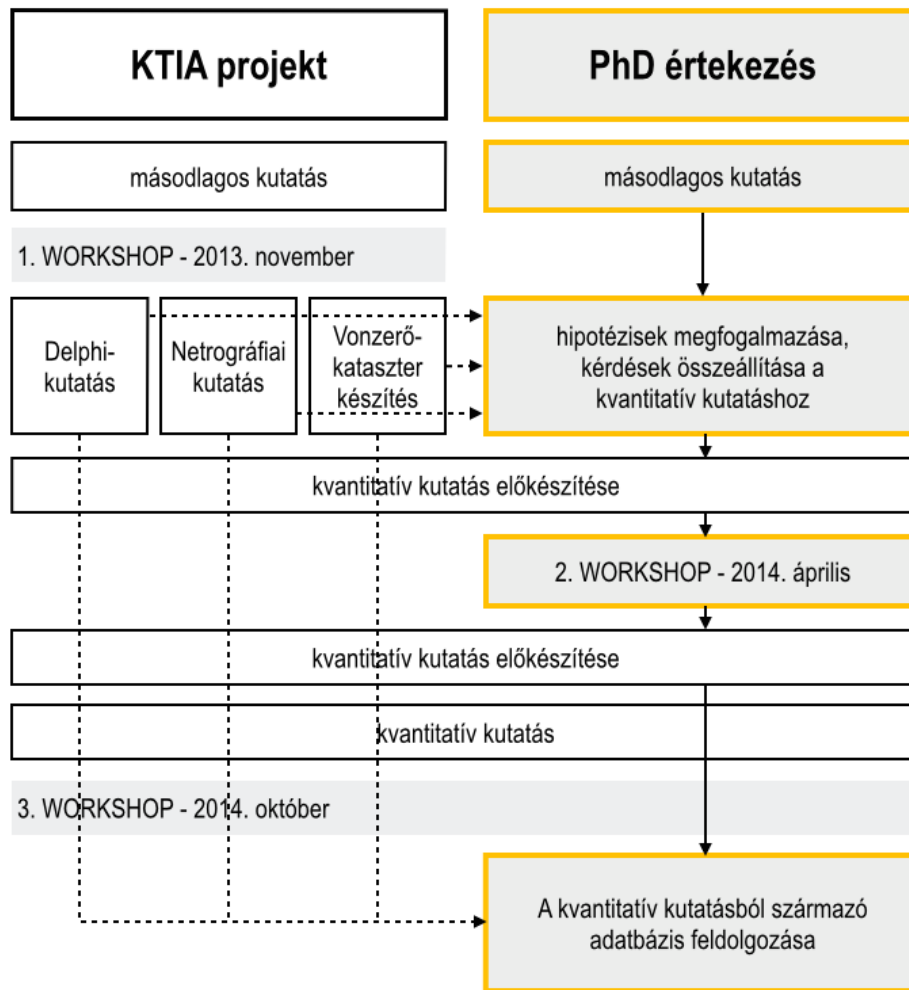
Törökországban, amelyet KORKMAZ et al. (2014) adottságai és fejlesztési lehetőségei alapján a világ hetedik leggazdagabb egészségturisztikai desztinációjának tart, az egészségturisztikai céllal – elsősorban szemészeti és meddőségi beavatkozásokra – az országba érkező külföldi turisták száma 100 ezerre tehető (a török Egészségturizmus Fejlesztési Tanács ennél jóval magasabb, csaknem 600 ezres vendégforgalomról ad számot). A külföldiek – akik átlagosan 4-5 napig tartózkodnak az országban – 2013-ban a teljes egészségturisztikai kereslet 70%-át adták, költségük a szabadidős turisták költségét ötszörösen meghaladja, kiadásaik jelentősen növelik az ország egészségügyi és turisztikai bevételeit. A külföldiek jelentős része Németországból, Bulgáriából, Romániából és Irakból érkezik, desztinációválasztásukban az orvosi kezelések árszínvonala – amely az otthoninál akár 70%-kal is alacsonyabb lehet – elsődleges fontosságú szerepet játszik. Az egészségturisztikai szolgáltatásokat igénybe vevő belföldi vendégek száma nem növekszik jelentősen, így a külföldiek részaránya a teljes vendégszámból folyamatos emelkedést mutat. Az elkövetkező évekre a kereslet folyamatos növekedését várják, amelynek eredményeként 2023-ra a jelenlegi kereslet megötszöröződhet.

M11: A Balkán egészségturizmusának fejlesztés-orientált jellemzői

	Főbb piacok	Lehetőséges további piacok	A piaci szegmens jellemzői és fejlődésének lehetőségei	Desztinációk	Lehetőséges versenyelőny	
Gyógyturizmus	Terápiás gyógyturizmus, kiemelten gyógyfürdők	Belföld társadalombiztosító által történő finanszírozásban, Belföld saját finanszírozásban	Régió belüli utazók	Jelentős hagyományok és adottságok mellett a termék fizikai megjelenése nagyon változó színvonalú. A társadalombiztosító által finanszírozott belföldi utazások esetében nincs verseny, szolgáltatásokat csak bizonyos szolgáltatóknál lehet igénybe venni, a régió belüli piacokra való kilépést korlátozza a társadalombiztosítási rendszerek közötti átjárhatatlanság. A magánfinanszírozású szegmensben van verseny, itt a piac bővíthető a belföldi utazók mellett régió belülről is. A harmadik piacokon való megjelenés legfontosabb korlátja az, hogy a gyógyvizek hatását sok európai országban nem ismerik, illetve nem fogadják el.	Bosznia-Hercegovina, Bulgária, Görögország, Horvátország, Macedónia, Románia, Szerbia, Szlovénia, Törökország	gyógyhatás
	Egyszerűbb orvosi beavatkozások (egészségügyi turizmus)	Harmadik piac, saját finanszírozásban	Régió belüli utazók	Relatív jelentős piac, európai mércével mérve is már ma is versenyképes.	Albánia, Bosznia-Hercegovina, Románia, Törökország	ár
	Bonyolultabb orvosi beavatkozások (egészségügyi turizmus)	Harmadik piac, saját finanszírozásban	Régió belüli utazók	Kis piac, bővülésének korlátai a társadalombiztosítási rendszerek közötti átjárhatatlanság és a kevés szolgáltató.	-	ár
Wellnessturizmus	Belföld és harmadik piac, saját finanszírozásban	Régió belüli utazók	A legjelentősebb piaci szegmens, sokféle és az egészségturizmus egyes szegmensei közül a legmagasabb színvonalú szolgáltatással, a harmadik piacokról érkező turisták igényeinek is megfelelő wellness-szolgáltatók közelében kiépültek a megfelelő színvonalú szálláshelykapacitások, ezek legtöbbje jól megközelíthető is, komoly verseny. A régió belüli turizmus a kis távolságok, és a kulturális és nyelvi hasonlóságok miatt bővíthető. A harmadik piacokról érkező szegmens bővülésének legfőbb korlátja, az erős verseny, és az, hogy a wellness-t a régió kívüli turisták másképp értelmezik, a szolgáltatási színvonal a nyugat-európai mércét sokszor nem éri el. Mind a régió belüli, mint a külföldi szegmens bővülését korlátozza, hogy a wellness tipikusan a belföldi turizmus terméke.	Bosznia-Hercegovina, Bulgária, Görögország, Horvátország, Montenegró, Románia, Szerbia, Szlovénia	egyediség	

Forrás: saját szerkesztés

M12: A doktori értekezés keretében elvégzett kutatások és a KTIA-projekt kapcsolódási pontjai



*Forrás: saját szerkesztés*

### M13: A szakértőipanel-beszélgetésen résztvevők

Bassa Lia – Információs Társadalomért Alapítvány

Demir, Cengiz – Social Sciences Institute

Gorana, Isailovic – High Medical School of Trade Studies in Belgrade

Horváth Attila – Információs Társadalomért Alapítvány

Ilihcic, Milica – High Medical School of Trade Studies in Belgrade

Jucan, Mihaela – Social and Medical Directorate Cluj-Napoca

Kiss Ferenc – Információs Társadalomért Alapítvány

Michalkó Gábor – MTA CSFK Földrajztudományi Intézet

Puczkó László – Budapesti Kommunikációs és Üzleti Főiskola

Smith, Melanie – Budapesti Kommunikációs és Üzleti Főiskola

Sziva Ivett – Budapesti Kommunikációs és Üzleti Főiskola

Teveli-Horváth Dorottya – ELTE Társadalomtudományi Kar

Török Marianna – Információs Társadalomért Alapítvány

Tuohino, Anja – University of Eastern Finland

Tütüncov, Jordán – Budapesti Kommunikációs és Üzleti Főiskola



M14: A KTIA-projektben, a Balkán kvantitatív kutatás során alkalmazott kérdőív

A kérdőívben szereplő, általam megfogalmazott kérdéseket dőlt betű és sötét szín jelöli.

D01		EVERYBODY						
		Could you tell me your age?						
		VALUE	UNIT		DK/NA			
			YEAR(S) OLD		OUT			
D02		EVERYBODY						
		Please mark the respondent's gender:						
		Male		1				
		Female		2				
A01		EVERYBODY						
		<i>To feel happy in your life how important do you think the following items are?</i>						
		<b>INT: READ OUT! ONLY ONE ANSWER POSSIBLE PER ROW!</b>						
		Level of importance						
		Not important at all	←-----→		Very important	DK/NA		
	<u>_1</u>	having a job	1	2	3	4	5	99
	<u>_2</u>	family	1	2	3	4	5	99
	<u>_3</u>	friends and social connections	1	2	3	4	5	99
	<u>_4</u>	income status	1	2	3	4	5	99
	<u>_5</u>	love/being loved	1	2	3	4	5	99
	<u>_6</u>	success	1	2	3	4	5	99
	<u>_7</u>	health status/conditions	1	2	3	4	5	99
	<u>_8</u>	a clean, green environment	1	2	3	4	5	99
	<u>_9</u>	safety and security	1	2	3	4	5	99
	<u>_10</u>	using free time without any constraint	1	2	3	4	5	99
	<u>_11</u>	fulfilling travel desires	1	2	3	4	5	99
	<u>_12</u>	physical exercise/sport/gym	1	2	3	4	5	99
	<u>_13</u>	healthy food	1	2	3	4	5	99
	<u>_14</u>	good quality night-time sleep	1	2	3	4	5	99
	<u>_15</u>	day-time rest or siesta	1	2	3	4	5	99
	<u>_16</u>	positive thinking	1	2	3	4	5	99
	<u>_17</u>	interesting job	1	2	3	4	5	99
	<u>_18</u>	pets	1	2	3	4	5	99
A02		EVERYBODY						
		<i>How far do you agree with the following statements?</i>						
		<b>INT: READ OUT! ONLY ONE ANSWER POSSIBLE PER ROW!</b>						
		Level of agreement						
		Not agree at all	←-----→		Completely agree	DK/NA		
	<u>_1</u>	I am completely healthy	1	2	3	4	5	99
	<u>_2</u>	I have some condition(s) that need constant attention/treatment	1	2	3	4	5	99

	_3	Sometimes I have to travel to take some medical treatments someplace else	1	2	3	4	5	99	
	_4	Healthy living/lifestyle is important to me	1	2	3	4	5	99	
	_5	I am making efforts of keeping myself healthy	1	2	3	4	5	99	
A03		EVERYBODY							
<i>How far do you agree with the following statements?</i>									
<b>INT: READ OUT! ONLY ONE ANSWER POSSIBLE PER ROW!</b>									
			<i>Level of agreement</i>						
			<i>Not agree at all</i>	←-----→			<i>Completely agree</i>	<i>DK/NA</i>	
	_1	<i>I am completely happy</i>	1	2	3	4	5	99	
	_2	I have permanently some situation(s)/condition(s) that make me unhappy	1	2	3	4	5	99	
	_3	Sometimes I have to travel to someplace else to regain happiness	1	2	3	4	5	99	
	_4	Happy living/lifestyle is important to me	1	2	3	4	5	99	
	_5	I am making efforts of keeping myself happiness	1	2	3	4	5	99	
A04		EVERYBODY							
		What kind of practices, traditions or activities did you learn from your grandparents, parents or other groups with which you can improve your happiness/wellbeing?							
<b>INT: READ OUT! MULTIPLE ANSWERS POSSIBLE!</b>									
EXCL.		I haven't learnt anything from my grandparents, parents or other group with which I can improve my happiness/wellbeing.							1
		using natural healing resources (e.g. water, climate, cave)							2
		using spas/steam/hammam							3
		spending time in mountains							4
		spending time by lakes and rivers							5
		spending time in woods and forests							6
		spending time by the sea							7
		following/taking traditional (herbal) remedies/Therapies (e.g. taking natural supplements, inhaling)							8
		Participating in religious activities							9
		participating in non-religious spiritual activities							10
		Cooking and eating traditional food/cuisine							11
		Dancing (traditional/folk)							12
		Singing, playing or listening to traditional music							13
		keeping close relationship with family and friends							14
EXCL.		Nothing can improve my happiness.							96
A05		EVERYBODY							
		<i>Which of the following activities do you practice at least once a year?</i>							
<b>INT: READ OUT! MULTIPLE ANSWERS POSSIBLE!</b>									
<b>PROGR: MULTIPLE PUNCH. RANDOMIZE.</b>									
		<i>using natural healing resources (e.g. water, climate, cave)</i>							2
		<i>using spas/steam/hammam</i>							3
		<i>spending time in mountains</i>							4
		<i>spending time by lakes and rivers</i>							5
		<i>spending time in woods and forests</i>							6
		<i>spending time by the sea</i>							7

	<i>following/taking traditional (herbal) remedies/Therapies (e.g. taking natural supplements, inhaling)</i>							8
	<i>Participating in religious activities</i>							9
	<i>participating in non-religious spiritual activities</i>							10
	<i>Cooking and eating traditional food/cuisine</i>							11
	<i>Dancing (traditional/folk)</i>							12
	<i>Singing, playing or listening to traditional music</i>							13
	<i>keeping close relationship with family and friends</i>							14
<b>EXCL.</b>	<i>None of them</i>							96
<b>A06</b>	<b>ONLY IF A05 NE 96!</b>							
What is the main reason(s) to take part of these activities/practices?								
INT: READ OUT! MULTIPLE ANSWERS POSSIBLE PER ROW!								
			relaxation	health	social interaction	exercise	happiness/wellbeing	DK/NA
_2	using natural healing resources (e.g. water, climate, cave)		1	2	3	4	5	99
_3	using spas/steam/hammam		1	2	3	4	5	99
_4	spending time in mountains		1	2	3	4	5	99
_5	spending time by lakes and rivers		1	2	3	4	5	99
_6	spending time in woods and forests		1	2	3	4	5	99
_7	spending time by the sea		1	2	3	4	5	99
_8	following/taking traditional (herbal) remedies/Therapies (e.g. taking natural supplements, inhaling)		1	2	3	4	5	99
_9	Participating in religious activities		1	2	3	4	5	99
_10	participating in non-religious spiritual activities		1	2	3	4	5	99
_11	Cooking and eating traditional food/cuisine		1	2	3	4	5	99
_12	Dancing (traditional/folk)		1	2	3	4	5	99
_13	Singing, playing or listening to traditional music		1	2	3	4	5	99
_14	keeping close relationship with family and friends		1	2	3	4	5	99
_15	positive thinking		1	2	3	4	5	99
<b>A07</b>	<b>EVERYBODY</b>							
I will now read out some pairs of attributes that can be combined with your own country. Please respond on a scale from 1 to 4 to what extent your country applies to one of these attributes?								
INT: READ OUT! ONLY ONE ANSWER POSSIBLE PER ROW!								
		Attributes A	Attributes A applies definitely	Attributes A applies rather	Attributes B applies rather	Attributes B applies definitely	Attributes B	
_1	Geomorphology	Flat/plain	1	2	3	4	Mountain	
_2	Climate	Hot	1	2	3	4	Cold	

_3	Architecture	Modern	1	2	3	4	Traditional	
_4	Sounds	Silence	1	2	3	4	Noise	
_5	Foods	International	1	2	3	4	Traditional/local	
_6	Cloths	Fashionable	1	2	3	4	Traditional	
_7	Precipitation	Rainy	1	2	3	4	Dry	
_8	Air	Clean	1	2	3	4	Polluted	
_9	Religion	Religious	1	2	3	4	Not religious	
_10	Lifestyle	Lively	1	2	3	4	Calm	
_11	Cleanliness	Dirty	1	2	3	4	Clean	
_12	Age groups	Youth	1	2	3	4	Elderly	
_13	Landscape	Green/lush	1	2	3	4	Barren	
_14	Hospitality	Friendly	1	2	3	4	Unfriendly	
_15	Security/safety	Safe	1	2	3	4	Unsafe	
_16	Standard of Living	Rich/affluent	1	2	3	4	Poor	
_17	Locals	Closed	1	2	3	4	Open	
_18	Prices	Cheap	1	2	3	4	Expensive	
_19	Diet	Healthy	1	2	3	4	Unhealthy	
_20	Culture	Folk	1	2	3	4	Contemporary	
_21	Country situation	Stable	1	2	3	4	Unstable	
_22	Happiness	Happy	1	2	3	4	Unhappy	
A08	EVERYBODY							
	What are your associations in related the term/brand „Balkans“?							
	INT: READ OUT! ONLY ONE ANSWER POSSIBLE!							
		Very negative	←-----→				Very positive	DK/NA
		1	2	3	4	5	99	
D03	EVERYBODY							
	What describes best your educational background?							
	INT: READ OUT! ONLY ONE ANSWER POSSIBLE!							
							1	
							2	
							3	
							4	
DK/NA							99	
D04	EVERYBODY							
	What describes best the settlement where you live?							
	INT: READ OUT! ONLY ONE ANSWER POSSIBLE!							
							1	
							2	

M15: A hipotézisvizsgálatokhoz tartozó táblázatok

*A Balkánon fekvő országok lakosságának boldogságszintje (A03\_1)*

	Átlag	Elemzés	Szórás
Bosznia-Hercegovina	4,21	998	,863
Macedónia	4,16	999	,891
Montenegró	4,13	1 000	,774
Albánia	4,00	1 000	,764
Szerbia	3,97	1 000	,941
Horvátország	3,90	996	,913
Bulgária	3,85	1 000	,958
Románia	3,80	1 000	1,076
Törökország	3,80	1 000	1,194
Szlovénia	3,72	996	,899
Görögország	3,55	999	1,049
<b>Összesen</b>	<b>3,92</b>	<b>10 988</b>	<b>,965</b>

*Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés*

*A Balkánon fekvő országok lakosságának boldogsági szintje (A03\_1) életkor-kategóriák (D01\*) és nemek (D02) szerinti bontásban*

	Életkor										Nem			
	15-29		30-39		40-49		50-59		60-99		nő		férfi	
	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás
Albánia	4,02	,795	4,05	,733	3,92	,793	4,02	,754	3,97	,719	4,02	,740	3,97	,787
Bosznia-Hercegovina	4,26	,835	4,13	,795	4,30	,805	3,95	,920	4,29	,924	4,21	,892	4,20	,833
Bulgária	4,07	,874	3,98	,838	3,79	,958	3,75	,999	3,72	1,025	3,81	,992	3,89	,920
Görögország	4,00	,874	3,58	,954	3,34	1,028	3,29	1,050	3,52	1,167	3,43	1,090	3,68	,987
Horvátország	4,18	,768	3,91	,896	3,85	,831	3,71	,960	3,82	,989	3,96	,895	3,83	,929
Macedónia	4,33	,833	4,19	,840	4,07	,874	4,09	,843	4,02	1,014	4,21	,859	4,10	,921
Montenegró	4,43	,580	4,25	,669	4,14	,633	3,95	,738	3,79	,978	4,06	,821	4,20	,716
Románia	4,10	,881	3,89	,951	3,88	,956	3,63	1,188	3,54	1,220	3,80	1,091	3,79	1,061
Szerbia	4,26	,734	4,10	,784	3,98	,960	3,73	1,004	3,83	1,042	3,97	1,014	3,98	,858
Szlovénia	3,79	,861	3,74	,929	3,66	,870	3,60	,934	3,78	,899	3,75	,885	3,70	,913
Törökország	3,77	1,214	3,79	1,228	3,80	1,169	3,91	1,093	3,83	1,213	3,80	1,211	3,81	1,178

*Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés*

*A boldogsági szint és az életkor kapcsolatának vizsgálata a Balkánon fekvő egyes országok vonatkozásában*

	Levene-teszt				ANOVA		Kruskal-Wallis teszt	
	Levene stat.	df1	df2	sig.	sig.	Chi2	df	sig.
Albánia	1,392	4	995	0,235	,513			
Bosznia-Hercegovina	1,884	4	993	,111	,000			
Bulgária	5,446	4	995	,000		20,464	4	,000
Görögország	10,540	4	994	,000		61,360	4	,000
Horvátország	4,850	4	991	,001		31,251	4	,000
Macedónia	1,856	4	994	,116	,001			
Montenegró	15,709	4	995	,000		85,692	4	,000
Románia	14,869	4	995	,000		30,551	4	,000
Szerbia	10,911	4	995	,000		35,397	4	,000
Szlovénia	1,592	4	991	,174	,202			
Törökország	,975	4	995	,420	,831			

*Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés*

*A boldogsági szint és a nem kapcsolatának vizsgálata a Balkánon fekvő egyes országok vonatkozásában*

	Levene-teszt				ANOVA		Kruskal-Wallis teszt	
	Levene stat.	df1	df2	sig.	sig.	Chi2	df	sig.
Albánia	,430	1	998	,512	,341			
Bosznia-Hercegovina	4,814	1	996	,028		0,432	1	0,511
Bulgária	2,975	1	998	,085	,166			
Görögország	5,808	1	997	,016	,000			
Horvátország	1,748	1	994	,186	,033			
Macedónia	,508	1	997	,476	,071			
Montenegró	,362	1	998	,548	,004			
Románia	,336	1	998	,562	,914			
Szerbia	11,205	1	998	,001		,679	1	,410
Szlovénia	1,421	1	994	,234	,342			
Törökország	,637	1	998	,425	,425			

*Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés*

*A Balkánon fekvő országok lakosságának boldogsági szintje (A03\_1) az iskolai végzettség (D03\*) és a lakóhely típusa (D04) szerinti bontásban*

	Iskolai végzettség						Lakóhely típusa			
	alap		közép		felső		városias		falusias	
	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás
Albánia	4,09	,742	3,99	,765	4,00	,766	3,98	,775	4,02	,743
Bosznia-Hercegovina	3,95	1,290	4,28	,842	4,09	,857	4,18	,863	4,36	,853
Bulgária	4,00	,816	3,86	1,022	3,84	,859	3,83	727	3,91	273
Görögország	3,54	1,283	3,65	1,046	3,41	,971	3,50	1,031	3,64	1,081
Horvátország	4,11	,947	3,87	,932	3,89	,867	3,89	,921	3,91	,897
Macedónia	4,31	,931	4,17	,899	4,09	,856	4,12	,905	4,21	,869
Montenegró	3,33	1,241	4,15	,763	4,15	,688	4,18	,734	3,93	,873
Románia	3,00	2,828	3,86	1,193	3,75	,966	3,78	1,071	3,85	1,092
Szerbia	4,09	,914	3,96	,950	3,98	,921	3,97	,931	3,98	,958
Szlovénia	3,81	,928	3,72	,896	3,71	,902	3,72	,887	3,74	,922
Törökország	4,00	1,153	3,68	1,261	3,85	1,076	3,80	1,194	3,88	1,195

*Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés*

*A boldogsági szint és az iskolai végzettség kapcsolatának vizsgálata a Balkánon fekvő egyes országok vonatkozásában*

	Levene-teszt				ANOVA	Kruskal-Wallis teszt		
	Levene stat.	df1	df2	sig.	sig.	Chi2	df	sig.
Albánia	0,156	2	997	0,856	,772			
Bosznia-Hercegovina	6,856	2	995	,001		13,628	2	,001
Bulgária	5,760	2	995	,003		1,584	2	,453
Görögország	10,449	2	991	,000		13,487	2	,001
Horvátország	,859	2	991	,424	,066			
Macedónia	4,295	2	996	,014		3,802	2	,149
Montenegró	12,571	2	997	,000		16,215	2	,000
Románia	15,699	2	993	,000		9,291	2	,010
Szerbia	,472	2	994	,624	,624			
Szlovénia	,455	2	989	,635	,600			
Törökország	9,586	2	990	,000		10,729	2	,005

*Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés*

*A boldogsági szint és a lakóhely kapcsolatának vizsgálata a Balkánon fekvő egyes országok vonatkozásában*

	Levene-teszt				ANOVA		Kruskal-Wallis teszt	
	Levene stat.	df1	df2	sig.	sig.	Chi2	df	sig.
Albánia	,915	1	998	,339	,485			
Bosznia-Hercegovina	,064	1	996	,800	,013			
Bulgária	7,301	1	998	,007		3,439	1	,064
Görögország	2,048	1	997	,153	,049			
Horvátország	,232	1	994	,630	,750			
Macedónia	,000	1	997	,984	,102			
Montenegró	,915	1	998	,339	,339			
Románia	,002	1	998	,962	,334			
Szerbia	,411	1	998	,522	,928			
Szlovénia	,072	1	994	,789	,643			
Törökország	,001	1	998	,973	,530			

*Forrás: Balkán kvantitatív kutatás (2014) alapján saját szerkesztés*



## ÁBRAJEGYZÉK

1. ábra:	Az életminőség, az objektív és a szubjektív életminőség összefüggései .....	19
2. ábra:	Rahman et al. életminőség-modellje .....	23
3. ábra:	A szubjektív életminőséget befolyásoló tényezők a szakirodalomban .....	27
4. ábra:	Az általános és a turizmus-specifikus életminőség-tényezők kapcsolatrendszere	34
5. ábra:	Az egészségturizmus fogalom- és összefüggésrendszere .....	45
6. ábra:	Az értekezésben alkalmazott wellness-értelmezés .....	48
7. ábra:	A vizsgált országok lakosság száma (2013) .....	57
8. ábra:	A vizsgált országok globális és turisztikai versenyképességi mutatói (2014– 2015) .....	61
9. ábra:	A nemzetközi turisztikai bevételek és kiadások a vizsgált országokban (2013) ..	65
10. ábra:	A Balkánon fekvő országok lakóinak utazási intenzitása (2013) .....	67
11. ábra:	Az értekezés keretében a szubjektív életminőséggel kapcsolatosan vizsgált területek .....	76
12. ábra:	A kutatási kérdések és hipotézisek kapcsolati rendszere .....	83
13. ábra:	A vizsgált régió országainak szubjektív életminősége (A03_1) .....	87
14. ábra:	A boldogságindex és az egy főre jutó GDP (ezer USD/fő, 2013) kapcsolata a vizsgált országokban .....	90
15. ábra:	A boldogságindex és a munkanélküliség (% , 2013) kapcsolata a vizsgált országokban (Görögország adata nélkül) .....	92
16. ábra:	A boldogságindex és a GINI-index (% , 2013) kapcsolata .....	93
17. ábra:	A Balkánon fekvő országok lakosságának szubjektív életminősége (A03_1) életkor-kategóriák szerinti bontásban (D01*) .....	100
18. ábra:	A vizsgált országok lakosságának szubjektív életminősége (A03_1) életkor- kategóriák szerinti bontásban (D01*) .....	101
19. ábra:	A vizsgált országok lakosságának szubjektív életminősége (A03_1) nemek szerinti bontásban (D02) .....	103
20. ábra:	A vizsgált országok lakosságának szubjektív életminősége (A03_1) iskolai végzettség szerinti bontásban (D03*) .....	104
21. ábra:	A vizsgált országok lakosságának szubjektív életminősége (A03_1) a lakóhely típusa szerinti bontásban (D04) .....	106
22. ábra:	A végzett tevékenységek gyakorisága (a megkérdezettek százalékában, A05) ..	109

## TÁBLÁZATJEGYZÉK

1. táblázat:	Az objektívetéletminőség-mutatók erősségei és gyengeségei .....	15
2. táblázat:	A szubjektívetéletminőség-mutatók erősségei és gyengeségei.....	17
3. táblázat:	Allardt életminőség-modellje.....	21
4. táblázat:	A szubjektív életminőség mérésének lehetséges eszközei.....	26
5. táblázat:	Az egészséggel kapcsolatos felfogás fontosabb jellemzői.....	39
6. táblázat:	Az egészség mint szubjektívetéletminőség-tényező értékelésének lehetséges módjai.....	41
7. táblázat:	Az egészség megjelenése az életminőséggel/szubjektív életminőséggel kapcsolatosan leggyakrabban hivatkozott indikátorokban.....	43
8. táblázat:	Az egészségturizmus lehetséges hatásai a turistákra.....	54
9. táblázat:	A vizsgált országok főbb gazdasági mutatói.....	60
10. táblázat:	A Balkán egészségturizmus-specifikus vonzerőinek megoszlása.....	70
11. táblázat:	A Balkánon fekvő országok egészségturisztikai kínálatának jellemzői.....	72
12. táblázat:	A minta korcsoport szerinti megoszlása (D01*).....	80
13. táblázat:	A minta nem szerinti megoszlása (D02).....	80
14. táblázat:	A minta iskolai végzettség és lakóhely típusa szerinti megoszlása (D03* és D04).....	81
15. táblázat:	Az objektív életminőség számszerűsítéséhez használt makrogazdasági, illetve társadalmi mutatók.....	81
16. táblázat:	A Balkánon fekvő országok helye az életminőséggel/szubjektív életminőséggel kapcsolatosan leggyakrabban hivatkozott komplex mutatókban.....	85
17. táblázat:	A kutatás során számolt boldogságindexek a vizsgált országokban.....	89
18. táblázat:	A boldogságindexek és az egy főre jutó GDP a vizsgált országokban.....	89
19. táblázat:	A boldogságindexek és a munkanélküliség ráta a vizsgált országokban.....	91
20. táblázat:	A boldogságindexek és a GINI-index a vizsgált országokban.....	92
21. táblázat:	A boldogságindexek, a születéskor várható élettartam és a születéskor várható egészséges évek száma a vizsgált országokban.....	93
22. táblázat:	A szubjektívetéletminőség-faktorok fontossága a Balkánon (A01).....	95
23. táblázat:	A szubjektívetéletminőség-faktorok fontossága (átlagértékek) a Balkánon fekvő országokban (A01).....	96
24. táblázat:	A szubjektívetéletminőség-faktorok rangszámai a Balkánon fekvő országokban (A01).....	97
25. táblázat:	A vizsgált változók (boldogsági szint (A03_1) és az életkor-kategóriák (D01*)) mintabeli és függetlenség esetén feltételezett gyakorisága.....	102
26. táblázat:	A vizsgált változók (boldogsági szint (A03_1) és iskolai végzettség (D03*)) mintabeli és függetlenség esetén feltételezett gyakorisága.....	105
27. táblázat:	A boldogságindexek és a városi népesség aránya a vizsgált országokban.....	107
28. táblázat:	A végzett tevékenységek gyakorisága a vizsgált régió egyes országaiban (a megkérdezettek százalékában, A05).....	110
29. táblázat:	A végzett tevékenységek rangszámai a vizsgált régió egyes országaiban (A05).....	111
30. táblázat:	A szubjektív életminőség és a végzett tevékenységek kapcsolatának vizsgálata.....	113
31. táblázat:	A szubjektív egészség és a végzett tevékenységek kapcsolatának vizsgálata.....	114
32. táblázat:	A hipotézisek értékelésének összefoglaló táblázata.....	115
33. táblázat:	A végzett tevékenységek kapcsolata a szubjektív életminőséggel és a szubjektív egészséggel.....	123

# KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Az értekezésem elkészítésében nyújtott segítségért kollégáknak, barátoknak és családomnak egyaránt hálás vagyok, s köszönettel tartozom.

A KTIA-projektben, a doktori folyamatban és a Balkán-félsziget 11 országában történt megkérdezésben való részvétel lehetőségét Puczkó Lászlónak köszönöm. Bizalmát, szakmai és erkölcsi támogatását a teljes doktori folyamatban magaménak tudhattam.

Témavezetőmtől, Michalkó Gábortól elmondhatatlanul sok segítséget kaptam. Szakmai tudása, építő kritikai észrevételei, iránymutatása, pozitív hozzáállása, bátorítása és biztatása a teljes doktori folyamatban elkísért. „Földrajzos szemlélete” számomra régi-új világot nyitott, amelynek révén szakmai ismereteimet új, más dimenzióba helyezhettem.

Sziva Ivettnek, kollégámnak, barátomnak, „földimnek” nemcsak a rendkívül inspiráló együtt gondolkodásokat, hanem biztatását, emberi jóságát is köszönöm. Mindig pozitív hozzáállása, elhivatottsága, emberi és szakmai hitvallása nagyszerűvé tette a közös kihívásokat is.

Melanie Smith hihetetlen tudása, kutatói tapasztalata, konstruktív észrevételei és biztatása szintén nagy segítségemre volt.

T. Nagy Juditnak és Hinek Mátyásnak az adatbázis feldolgozásában nyújtott segítségét köszönöm.

A Magyar Turizmus Zrt. jelenlegi kutatási csapatának, Halassy Emőkének és Mester Tündének nemcsak a rendelkezésemre bocsátott adatokat, tanulmányokat, hanem azt is köszönöm, hogy egykor velük valósíthattam meg azokat a kutatásokat, amelyek értekezésem elkészítésében is nagy segítségemre voltak. Az utóbbival kapcsolatos köszönet a mindenkori teljes kutatási csapatot, és a „megrendelői” oldalt, a Zrt. menedzsmentjét is megilleti.

Köszönöm a Doktori Iskola vezetőjének, Sikos T. Tamásnak és értekezéstervezetem bírálóinak, Guth Lászlónak és Tiner Tibornak, hogy sok hasznos észrevétellel segítették értekezésem véglegesítését.

Végül, de nem utolsó sorban köszönettel tartozom családomnak. Az értekezésem elkészítésében nyújtott segítségért járó legnagyobb köszönet Hild Györgyöt illeti, akinek türelmét, nyugalmát, feltétel nélküli támogatását csupa nagybetűvel K Ö S Z Ö N Ö M. Kislányomat türelméért és kitartásáért, húgomat biztatásáért és a hétköznapi kihívások megoldásában való segítségéért illeti köszönet, csakúgy mint Ági, Zsuzsa és Éva nénit. Szüleim szeretete, bizalma, támogatása és példamutatása, amit a hosszú út előtt nekem itt hagytak, a teljes doktori folyamatban velem volt.