



DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS

SZABÓ SÁRA

**Kaposvári Egyetem
Gazdaságtudományi Kar**

2016

10.17166/KE2016.004



Kaposvári Egyetem
Gazdaságtudományi Kar
Marketing és Kereskedelem Tanszék

A doktori iskola vezetője:
PROF. DR. KERÉKES SÁNDOR
MTA doktora

Témavezető:
PROF. DR. SZAKÁLY ZOLTÁN
egyetemi tanár

Társ-témavezető:
DR. SZENTE VIKTÓRIA
egyetemi docens

**EGÉSZSÉGORIENTÁLT TÁPLÁLKOZÁSI SZOKÁSOK ÉS
A FOGYASZTÓI MAGATARTÁS KAPCSOLATA**

Készítette:
SZABÓ SÁRA

KAPOSVÁR
2016



TARTALOMJEGYZÉK

1. BEVEZETÉS	8
2. IRODALMI ÁTTEKINTÉS	10
2.1. Az egészségkoncepció változása	10
2.2. A magyar lakosság egészségi állapota	13
2.2.1. Az egészségi állapotot meghatározó tényezők	18
2.3. A magyar lakosság egészségmagatartása.....	20
2.3.1. Egészségfogyasztás.....	21
2.3.2. Egészségsgzgmensek	28
2.3.3. Egészségorientált táplálkozási módok	33
2.3.4. Ayurveda táplálkozás.....	40
2.4. Az egészségmagatartás modellezése.....	43
2.4.1. Az egészségmagatartás keresztmetszeti modelljei.....	43
2.4.2. Az egészségmagatartás folyamatmodelljei	49
2.5. Az egészségorientált táplálkozási módok terjedésének korlátai	51
3. A DISSZERTÁCIÓ CÉLKITŰZÉSE	55
4. ANYAG ÉS MÓDSZER.....	61
4.1. Szekunder kutatás	61
4.2. Primer kutatás	62
4.2.1. Fókuszcsoportos vizsgálatok	63
4.2.2. Pszichodráma csoportok	65
4.2.3. Kérdőíves megkérdezés	67
4.2.3.1. Mérőeszköz.....	67
4.2.3.2. Mérési módszer: mintavételi eljárás, adatfelvétel.....	70
4.2.3.3. Adatrögzítés és adatelemzés	71
4.2.4. Kísérlet.....	71
5. EREDMÉNYEK ÉS ÉRTÉKELELÉSÜK	75
5.1. Egészség és az egészségmagatartás tényezői.....	75
5.1.1. A magyar fogyasztók egészségértelmezésének feltárása.....	76



5.1.2. A magyar fogyasztók egészségi állapotának és egészségmagatartásának felmérése.....	83
5.1.3. Az életmódváltást befolyásoló tényezők meghatározása.....	88
5.2. Egészségorientált táplálkozási módok vizsgálata.....	92
5.2.1. Ismeret, alkalmazás, egészségi állapotra gyakorolt hatás.....	93
5.2.2. Táplálkozásmód váltás és az egészségi állapot kapcsolata.....	97
5.2.3. Ayurveda táplálkozás ismerete, célpiac, attitűdök.....	99
5.3. Az egészségmagatartás modellezése, piaci szegmentáció.....	104
5.3.1. Az Integrált Viselkedési Modell tesztelése.....	104
5.3.2. Egészségmagatartás alapú szegmentáció bemutatása.....	112
5.3.3. Az egészségsgszegmensek jellemzése életmód alapján.....	116
5.3.4. Az egészségorientált szegmens további vizsgálatai.....	121
5.4. A táplálkozásmód váltást támogató program eredményei.....	126
6. KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATOK.....	132
7. ÚJ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK.....	144
8. ÖSSZEFOGLALÁS.....	145
9. SUMMARY.....	147
10. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....	149
11. IRODALOMJEGYZÉK.....	150
12. A DISSZERTÁCIÓ TÉMAKÖREIBEN MEGJELENT PUBLIKÁCIÓK.....	162
13. A DISSZERTÁCIÓ TÉMAKÖRÉN KÍVÜLI PUBLIKÁCIÓK.....	165
14. SZAKMAI ÉLETRAJZ.....	167
MELLÉKLETEK.....	168



ÁBRAJEGYZÉK

1. **ábra:** Az egészség fogalmának értelmezése a magyar lakosság körében
2. **ábra:** Születéskor várható élettartam
3. **ábra:** Születéskor várható egészségben eltöltött évek száma
4. **ábra:** 100.000 lakosra jutó halálozások száma halálozási okok szerint (2008-2010) 3 éves átlag
5. **ábra:** EU és Magyarország BMI értékei
6. **ábra:** Egészségi állapot szubjektív megítélése
7. **ábra:** Az egészség meghatározói
8. **ábra:** Rizikófaktorok ismerete és kivédése közötti eltérés
9. **ábra:** Egészségfejlesztéssel kapcsolatos tevékenységek
10. **ábra:** Az egészségfogyasztás szerkezete 2011-ben
11. **ábra:** Élelmiszerfogyasztói trendek rendszere
12. **ábra:** Egészségorientált táplálkozási módok a három megatrend rendszerében
13. **ábra:** Az integrált viselkedési modell (IBM)
14. **ábra:** Transzteoretikus modell és az Előkészület Döntéshozatal Folyamat modellje
15. **ábra:** A magyar fogyasztó evolúciója
16. **ábra:** A primer kutatás logikai felépítése
17. **ábra:** Az 5.1. alfejezet felépítése
18. **ábra:** A magyar lakosság egészségértelmezési modellje
19. **ábra:** Szubjektív egészségi állapot értékelése
20. **ábra:** A magyar fogyasztók szükségleti hierarchiája az életmódváltás tekintetében
21. **ábra:** Az 5.2. alfejezet felépítése
22. **ábra:** Egészségorientált táplálkozásmódok ismerete



- 23. ábra:** Egészségorientált táplálkozásmódok kipróbálási aránya a megkérdezettek körében
- 24. ábra:** Egészségorientált táplálkozásmódok rendszeres alkalmazása a megkérdezettek körében
- 25. ábra:** Táplálkozásmód váltás és a szubjektív egészségi állapot kapcsolata
- 26. ábra:** Felsorolt krónikus betegségektől előfordulási aránya a Transzteoretikus modell egyes szakaszaiban
- 27. ábra:** Egészségorientált táplálkozásmódok kipróbálási és alkalmazási aránya
- 28. ábra:** Az 5.3. alfejezet felépítése
- 29. ábra:** Az Integrált Viselkedési Modell validált faktorstruktúrája
- 30. ábra:** Fogyasztói szegmensek klaszterközép értékei
- 31. ábra:** Az Egészségorientált szegmens lehetséges méretei mérési kritériumtól függően
- 32. ábra:** Az egészségorientált szegmens alszegmenseinek klaszterközép értékei
- 33. ábra:** A feltárt összefüggések rendszere
- 34. ábra:** Az 5.4. alfejezet felépítése
- 35. ábra:** Az ayurveda életmód program és a Kondratyev ciklus bázisinnovációinak kapcsolata

TÁBLÁZATJEGYZÉK

- 1. táblázat:** Az egészségcélú költségek megoszlása jövedelemszint alapján
- 2. táblázat:** A háztartás egészséges életmóddal kapcsolatos kiadásai - éves gyakoriság
- 3. táblázat:** A háztartás egészséges életmóddal kapcsolatos kiadásai
- 4. táblázat:** Egészségsgszegmensek bemutatása az egészségtudatosság mértéke alapján



5. **táblázat:** A funkcionális élelmiszerkategóriák napi fogyasztás gyakorisága értékszegmensek alapján
6. **táblázat:** Az egészséges táplálkozás terjedését fejlesztő, illetve nehezítő, akadályozó tényezők
7. **táblázat:** Feladatok és hipotézisek rendszere
8. **táblázat:** A kérdőív strukturális felépítése
9. **táblázat:** A MyTaste program tartalma és eredményességmérő változói
10. **táblázat:** A kutatás eredményei
11. **táblázat:** Egészség asszociációk a kaposvári csoportban
12. **táblázat:** Egészség asszociációk a budapesti csoport
13. **táblázat:** Az egészség dimenziói
14. **táblázat:** Transzterotikus modell eredményei
15. **táblázat:** Fizikai aktivitás gyakorisága
16. **táblázat:** Az egészségesebb életmódra történő áttérést hátráltató tényezők, és azok átkeretezése
17. **táblázat:** Segítő tényezők, és azok üzenetei
18. **táblázat:** Segítő tényezők fontosságának értékelése
19. **táblázat:** Az Integrált Viselkedési Modell eredeti faktorainak vizsgálata
20. **táblázat:** Az Integrált Viselkedési Modell faktorai és faktorsúlyuk
21. **táblázat:** A klaszterek szociodemográfiai jellemzői, % (N=1000).
22. **táblázat:** A klaszterek jellemzése egészségmagatartás alapján
23. **táblázat:** A Levene teszt és variancia-analízis eredményei
24. **táblázat:** A klaszterek jellemzése egészségi állapot alapján
25. **táblázat:** Alszegmensek jellemzése egészségmagatartás alapján
26. **táblázat:** Alszegmensek jellemzése egészségi állapot alapján
27. **táblázat:** A vizsgálat résztvevőinek részletes eredményei



1. BEVEZETÉS

A gazdaság legnagyobb ívű tendenciáit a Kondratyev ciklusok, vagy K-hullámok írják le. Az elmélet megalkotója, Dimitrij Kondratyev szerint a gazdaság rövid, 10-15 éves ciklusain túl léteznek hosszútávú, 40-60 éves ciklusok is, amelyek meghatározzák egy adott korszak gazdasági és társadalmi életét. Minden Kondratyev-ciklus egy bázis innováció bevezetéséhez, elterjedéséhez és kifutásához kötődik. A kifutás magában foglalja a recesszió, gazdasági válság, illetve társadalmi feszültségek kialakulását is, amelyből új találmányok születnek, és amelyek a következő konjunktúraciklus alapjait képezik. A hosszú távú ciklusok jellemzője, hogy kilépve a közgazdaságtan kereteiből alapvetően meghatározzák a kultúrát, társadalmat, divatot és az emberek mindennapjait is (KONDRATYEV, 1980). A 2008-as gazdasági világválság jól illeszkedik a Kondratyev ciklusok görbéjére, azaz jelenleg egy új gazdasági és társadalmi rendszert meghatározó ciklus hajnalán vagyunk, ami kutatói szempontból rendkívül izgalmas időszak. Vajon mit hoz a jövő? Melyik az az innovációs irány, amely a következő évtizedekben meghatározza a mindennapjainkat?

Számos tanulmány kiemeli a fenntartható fejlődés jelentőségét (HODAS, 1995; AYERS, 1996; BOSSELMANN, 2008; BARNETT, DARNALL and HUSTED, 2015). A KPMG INTERNATIONAL (2012) tanulmányában tíz, fenntarthatósághoz szorosan kapcsolódó megatrendet határoz meg, ezek a klímaváltozás, ökoszisztémák pusztulása, erdőirtás, vízhiány, nyersanyagok hiánya, fosszilis tüzelőanyagok piacának kiszámíthatatlanná válása, városiasodás, népességnövekedés, élelmiszer-biztonság, jólét, azaz a globális középosztály erősödése. Az ALLIANZ GLOBAL INVESTORS (2010) pénzügyi elemzése három megatrendre szűkíti a kérdést: környezetvédelmi technológiák, nano-/ biotechnológia, illetve egészségügy, amelyek várhatóan a



következő konjunktúraciklus hajtómotorjai lesznek. A globalizáció és a népességnövekedés miatt a gazdaság súlypontja Ázsia felé tolódik, azonban a tudásalapú gazdaság irányába vezető úton továbbra is a fejlett országok tekinthetők élenjárónak. A korábbi ciklusok a produktivitás növekedését célozták, azonban a növekedés fenntartásának záloga az energia és erőforrás gazdálkodásban rejlik. Környezeti szinten ez jelenik meg az öko-trendekben, amelyek piaci részesedése folyamatos növekedést mutat, a nano- illetve biotechnológia fejlődésében, amely új anyagok és technológiák fejlesztésével csökkenti a nyersanyagigényt, és precíziós eljárások kifejlesztésével hatékonyabbá teszi a termelést. A harmadik megatrend az egészség, amely a népesség növekedése és a fejlett országokban megnövekedett élettartam miatt vált egyre időszerűbbé. Az egészség megatrendhez tartozik az egészség holisztikus értelmezése, és a preventív egészségmagatartás, azaz a fejlett gazdaságokban elérkeztünk egy olyan korszakhoz, amelyben az emberi erőforrás már nem a gazdasági fejlődés költsége, hanem legfontosabb hajtóereje, amelynek megőrzése egyéni, társadalmi és gazdasági érdek.

Ebben a gondolati keretben kezdtem meg kutatásaimat az egészség – ökológia – technológia hármas tagolásból az egészségre fókuszálva abban a reményben, hogy a magyar fogyasztók egészségmagatartásának és táplálkozási szokásainak vizsgálatával megfigyelője lehetek a globális folyamatok megvalósulásának.

A disszertáció részletesen vizsgálja az egészség fogyasztói értelmezését, a lakosság objektív és szubjektív egészségi állapotának néhány tényezőjét, illetve egészségmagatartását, különös tekintettel a táplálkozási szokásokra, és azok változásaira az egészségorientáció mentén. Célom, hogy az egészségkonceptió, egészségi állapot, illetve egészségmagatartás fogyasztói vizsgálatával szegmensmentációt készítsék, és javaslatokat tegyek az egyes szegmensek egészségmagatartásának fejlesztését illetően. A javaslatokon túlmenően az egészségfejlesztést szeretném támogatni egy konkrét táplálkozásmód váltást



ámogató program kidolgozásával, amely beilleszthető a vállalati marketing stratégiába, ezáltal javítva a piaci pozíciót.

2. IRODALMI ÁTTEKINTÉS

2.1. Az egészségkoncepció változása

Az egészség meghatározására számtalan definíció született a szakirodalomban, amelyek az adott kor és szerző szemléletét tükrözik. A fejezetben ismertetett definíciókkal azt a célt kívánjuk elérni, hogy az európai egészség szemlélet fejlődésének főbb fordulópontjait érzékeltessük. A 18. és 19. században a természettudományok fejlődése illetve az ipari fejlődés következtében elinduló tömegtermelés és városi életforma a fizikai egészségre, higiéniai tényezőkre irányította a figyelmet. Ennek eredményeképpen a 20. század elejére az egészség bio-medikális szemlélete vált egyeduralmukodóvá, amely szerint az egészség egyet jelentett a fizikai betegség hiányával.

A 20. század során a társadalomtudományok térnyerésével megjelent a társadalmi, majd a lélektani dimenzió (bio-szociális, illetve bio-pszicho-szociális modell) amelynek eredménye a WHO (1946) közismert egészség meghatározása: „Az egészség a teljes fizikális, mentális és szociális jólét állapota, nem pedig pusztán a betegségek és bántalmak hiánya.” A többdimenziós értelmezés tovább fejlődött, ugyanis az állapot jellegű értelmezés nem bizonyult kielégítőnek, úgy tűnt, mintha az egészség egy elérendő állapot lenne, amit célként tűz maga elé a személy. 1984-ben a WHO módosított az egészség meghatározásán: „Az egészség fogalma annak a mértéke, hogy az egyén vagy csoport mennyire képes törekvéseinek megvalósítására és szükségletei kielégítésére, környezete megváltoztatására vagy az azzal való megbirkózásra. Az egészséget tehát a mindennapi élet erőforrásának tekinthetjük nem pedig céljának” (WHO, 1984).



Végül az egészség komplex, több dimenziós, állapot és folyamat jellemzőket, illetve erőforrásokat integráló 21. századi értelmezésének ismertetésére egy hazai kutatót idézünk: „Az egészség olyan állapot, amelyet az anatómiai integritás, a teljesítményre való képesség, a személyes értékek, a családi, munka- és közösségi szerep, a fizikai, biológiai és társadalmi stresszel való megküzdés képessége, a jólét érzése, a betegség és a korai halál rizikóitól való mentesség jellemez” (TRINGER, 2002). Az egészség meghatározásában tehát jelentős változás tapasztalható a 20. század kezdete óta, azonban kérdéses, hogy a fogyasztók milyen mértékben ismerik, és tekintik sajátjuknak a komplementer álláspontokat.

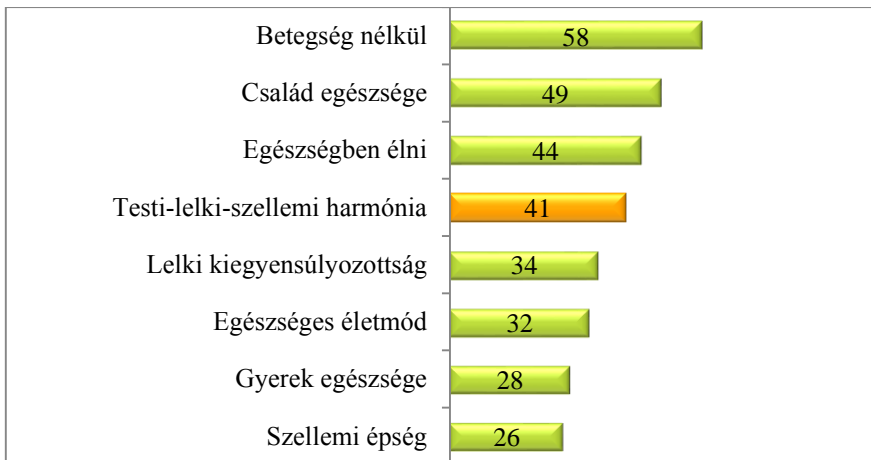
Feltételezésünk szerint létezik Magyarországon olyan fogyasztói csoport, amely figyelemmel kíséri az aktuális egészségtrendeket, és igénybe is veszi az ezekhez kapcsolódó szolgáltatásokat, és élelmiszer beszerzései során szempontnak tekinti az egészségre vonatkozó információkat. A társadalom döntő többségét tekintve bár fogalmi szinten valószínűleg megjelenik az egészség komplex értelmezése, a gyakorlati alkalmazás terén meglehetősen nagy hiányosságok tapasztalhatók. A komplex értelmezés szakmai szempontból sem egyértelmű, amelyet alátámaszt az a 2008-ban végzett kutatás (HAWKS et al., 2008), amely az egészségnevelés témakörében vezető 12 nemzetközi tudományos folyóirat 6 évfolyamának minden cikkében (azaz 2000-2005-ig összesen 2610 cikk) vizsgálta az egészség dimenzióinak megjelenését. A közlemények 52%-ánál volt egyértelműen megállapítható a fókusz az egészség dimenzióinak szempontjából, így 1365 cikk került be a mintába. A publikációkat öt egészségdimenzió mentén osztályozták: fizikai, emocionális, intellektuális, szociális, illetve spirituális. Az osztályozás meglepő eredményeket hozott, ugyanis a vizsgált cikkek 79%-a a fizikai dimenzió mentén vizsgálta az egészséget, és mindössze 12% a szociális, 5% az emocionális, 3% az intellektuális és 1% a spirituális aspektusokat. Felmerül a kérdés, hogy a magyar fogyasztók vajon hogyan határozzák meg az egészséget,



Ha az egészségnevelés nemzetközi kutatóinak is ilyen mértékben a fizikai egészség van a látóterében (**F1 feladat**)?

Az egészség többdimenziós értelmezése gyakorlati szempontból azért fontos, mert ezek a dimenziók egyúttal dinamikus interakcióban is vannak, azaz az egyik területen végrehajtott beavatkozás hatással van a többi területre is. Ismert összefüggés, hogy az érzelmi jól-lét hatással van a szív-érrendszer állapotára (WILLIAMS et al., 1999). Hasonlóképpen, a szociális dimenzió jelentős mértékben hozzájárul számos betegség várható egészségügyi következményének kezeléséhez úgy, mint a rák bizonyos típusai, szív-érrendszeri betegségek, immunválaszok (CALLAGHAN és MORRISEY, 1993; UCHINO, CACIOPPO és KIECOLT-GLASER, 1996). A társas támogatás pozitív hatással van az egészségmagatartásra, az optimizmusra illetve az önértékelésre (MCNICHOLAS, 2002). A spiritualitás negatívan korrelál a depresszióval terminális stádiumú rákos illetve HIV fertőzött betegeknél (NELSON et al., 2002), továbbá negatív összefüggést mutat az evészavarok különböző formáival (HAWKS, GOUDY és GAST, 2003). FEHER és MALY (1999) tanulmánya szerint a spiritualitás segít a mellrákkal való megküzdésben. A spiritualitás elegendő érzelmi támaszt (91%), társas támogatást (70%) adott a válaszadóknak és segített megtalálni az értelmet a mindennapi életben, különösen a betegséggel való megküzdés ideje alatt (64%). WAITE, HAWKS és GAST (1999) pozitív kapcsolatot mutattak ki az önértékelés, kontrollhely és egészségmagatartás tényezői között. Az egészség egyes dimenziói tehát nem értelmezhetők önmagukban, az egyes tényezők nem csupán az egészségi állapotra, de az egészségmagatartásra is hatással vannak.

A GFK & TÁRKI által végzett 2011-es adatfelvételen alapuló kutatásban (BERNÁT, 2012) támogatott többválasztásos kérdéssel mérték fel, hogy mit jelent a magyar fogyasztók számára az egészség (**1. ábra**). A válaszadók legnagyobb arányban a betegség nélküli állapotot jelölték meg, csupán 41% jelölte a testi-lelki-szellemi harmóniát, és 32% az egészséges életmódot.



1. ábra: Az egészség fogalmának értelmezése a magyar lakosság körében (%)

Forrás: Bernát, 2012

2.2. A magyar lakosság egészségi állapota

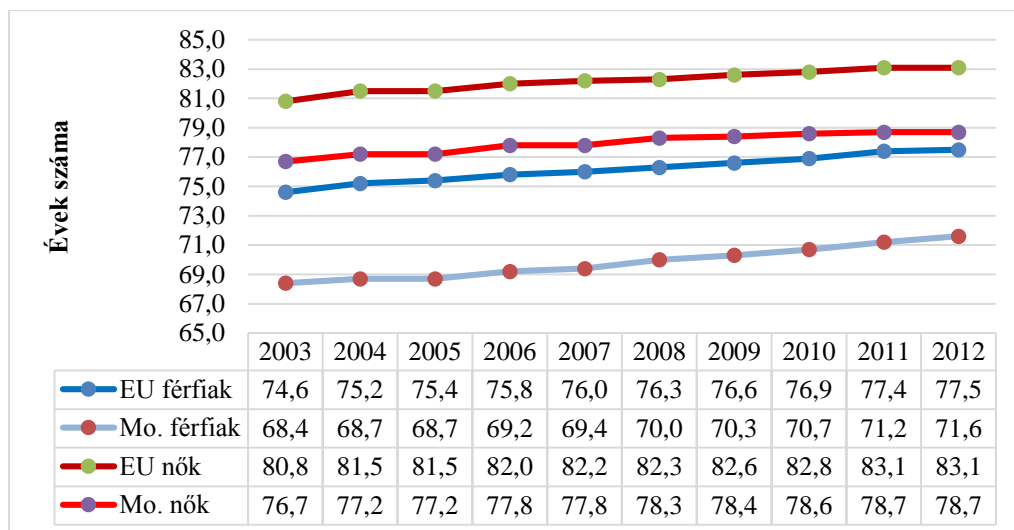
Az elmúlt évszázadok ipari és gazdasági fejlődése jelentős életmódváltozással járt. Ezek a változások (munkaidő csökkenése, kisebb mértékű fizikai aktivitás) részben előnyösnek bizonyultak az emberi egészség szempontjából, azonban számos hátrányos következménnyel is jártak, mint az úgynevezett civilizációs betegségek kialakulása (ANTAL, 2007).

A civilizációs betegségek közé sorolható a túlsúly és az elhízás, amelyek hosszú távon hozzájárulnak további krónikus betegségek kialakulásához. Ide tartoznak a szív-érrendszeri betegségek, a rosszindulatú daganatok, valamint a II. típusú cukorbetegség és annak szövődményei. Az említett betegségek kivétel nélkül kapcsolatba hozhatók a táplálkozással (BÍRÓ, 2008).

Az életmód tényezők tehát nemzetgazdasági szinten is fontos szerepet töltenek be a lakosság egészségi állapotának megőrzésében, illetve javításában. A munkaerő egyfelől a gazdasági termelés egyik fő erőforrása, másfelől a szociális és egészségügyi ellátó rendszer jelenlegi leterheltsége veszélyezteti a rendszer hosszú távú fenntarthatóságát. Az egészségben eltöltött évek számának növelése fontos tényező a munkaképesség megtartásának szempontjából.

A téma aktualitását nemzetközi szinten is bizonyítja az Európai Közösségek Bizottságának „Együtt az egészségért” címmel kiadott dokumentuma, amely a 2008-2013 időszakra határozta meg az EU egészség stratégiáját. A dokumentum kiemelt stratégiai problémaként kezeli a népesség elöregedésének irányába ható demográfiai változásokat, és célul tűzte ki az egészséges öregedés támogatását, az egészség fiatal kortól kezdve történő megőrzését az élet teljes ideje alatt (COM, 2007).

Az egészségi állapot elemzését az Európai Unió közegészségügyi portálján található online statisztikai adatbázisok felhasználásával (EUROSTAT, 2014) készítettük el. A magyar lakosságra vonatkozó adatokat minden esetben az EU lakosságának átlagával hasonlítottuk össze. Elsőként a születéskor várható élettartamot vizsgáltuk meg nemek szerinti felosztásban. A **2. ábrán** látható, hogy mind a férfiak, mind a nők várható élettartama elmarad az Uniós átlagtól, az eltérés abszolút és relatív értéke különösen a férfiak tekintetében jelentős.



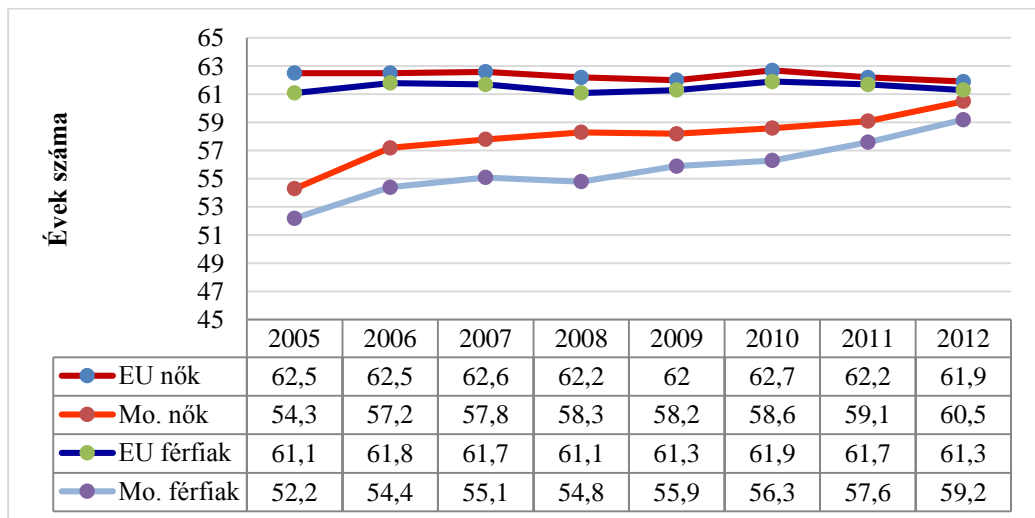
2. ábra: Születéskor várható élettartam

Forrás: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> és <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>, 2014

A születéskor várható élettartamon belül azonban fontosnak tartottuk megvizsgálni, a lakosság életminőségét is, amit a **3. ábrán** látható egészségben eltöltött évek számával jellemeztünk, azaz megvizsgáltuk, hogy mi az az életkor,

amit betegség nélkül, aktívan tölt Magyarország, illetve az Európai Unió lakossága. Ezen az ábrán a hazai lakosságra nézve kedvezőnek tekinthető, hogy sokkal kisebb eltérések figyelhetők meg, mind a nők mind a férfiak esetében. Általánosságban kijelenthető, hogy a lakosság, az európai átlaghoz hasonlóan 60 éves korig aktívan, munkaképességét tartósan csökkentő fizikai betegségtől mentesen él.

A probléma a két diagram számadatai közti eltérésekből adódik, azaz a magyar férfiak születéskor várható élettartama 71,6 év, míg az egészségben eltöltött évek száma 59,2 év, a magyar nők születéskor várható élettartama 78,7 év, míg az egészségben eltöltött évek száma 60,5 év. Megállapítható tehát, hogy a férfiak átlag 12,4 a nők 18,2 évet rossz egészségi állapotban töltenek, ami, ha ez a tendencia nem változik, a népesség előregedése miatt további terhet ró az amúgy is finansziális és kapacitás problémákkal küzdő egészségügyi és szociális ellátó rendszerre. A probléma véleményünk szerint mindenképpen komplex, prevencióra épülő kezelést tesz szükségessé.



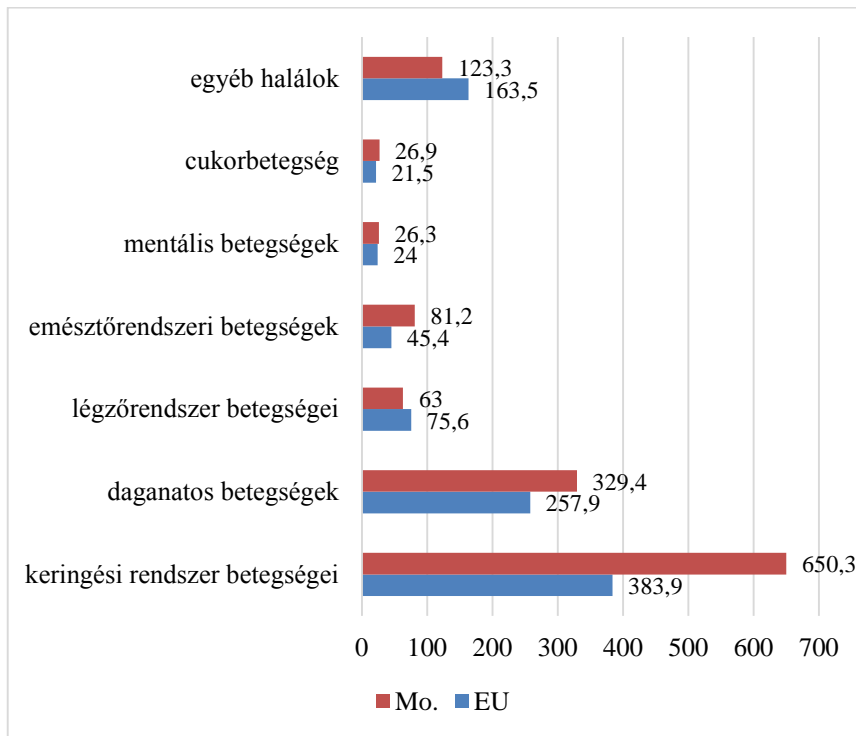
3. ábra: Születéskor várható egészségben eltöltött évek száma

Forrás: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do> és

<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>, 2014

Tovább árnyalva a kérdést a vezető halálozási okok vizsgálatával bemutatjuk, hogy melyek azok a krónikus betegségek, amelyek megelőzése

Elsődleges szempont a népegészségügy szempontjából. A **4. ábra** a 100.000 lakosra jutó halálozások száma alapján mutatja be a vezető halálozási okokat.



4. ábra: 100.000 lakosra jutó halálozások száma halálozási okok szerint (2008-2010) 3 éves átlag

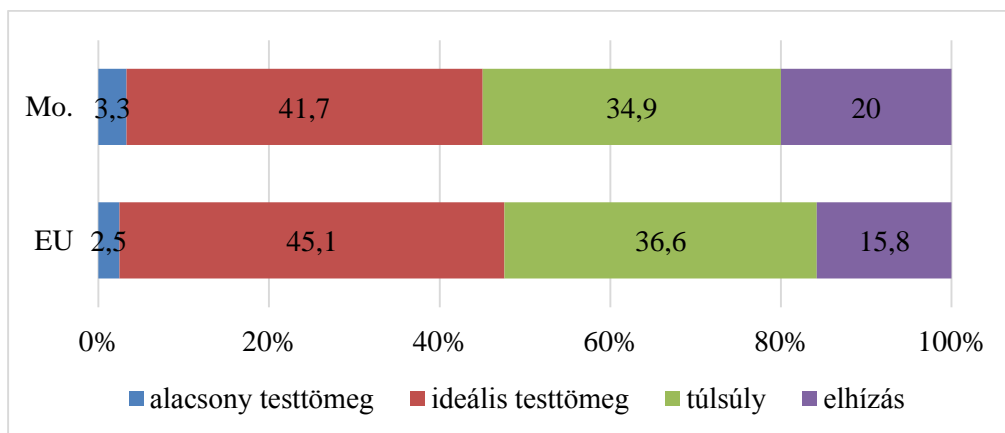
Forrás: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>, 2014

Magyarországon az összes halálozás felét a keringési rendszer betegségei okozzák. A szív-érrendszeri betegségek a legnagyobb hatást fejtik ki a várható élettartamra, kiemelten érintve a középkorú lakosságot, kialakulásában szerepet játszik az elhízás, valamint kiemelt életmóddal összefüggő kockázati tényező, a stressz.

A daganatos betegségek képezik a második fő halálokot, Magyarországon minden negyedik halálozás daganatos betegség következménye (KSH, 2016). A világon jelenleg mintegy 7,1–7,6 millióan halnak meg évente valamilyen daganatos betegségben, ami az összes halálozás 12,6%-a. Becslések szerint az évenként regisztrált új esetek száma a 2000. évi 10 milliőről 2020-ra 15 millióra fog növekedni (SZAKÁLY, 2011 p. 31.). Amíg a dohányzás még mindig vezető

a daganatos betegségek okozta halálozások rizikófaktorainak listáját, addig a helytelen táplálkozás és a mozgásszegény életmód is egyre nagyobb hatást gyakorol a betegség kialakulására.

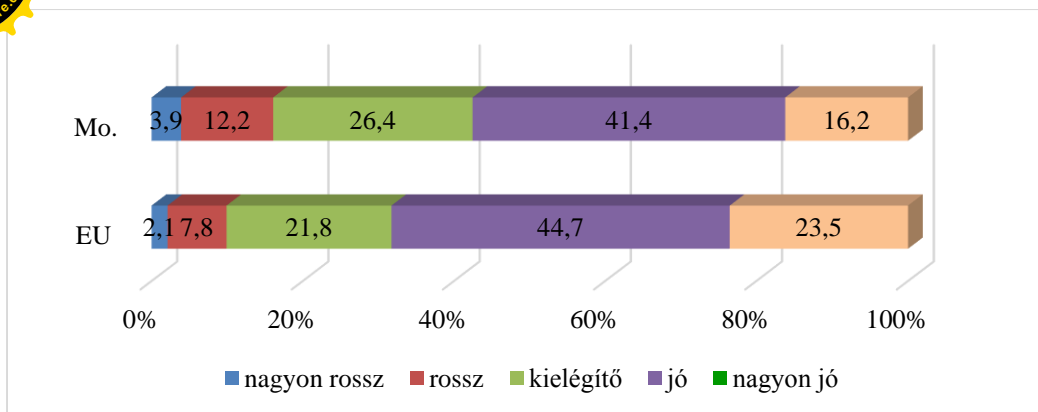
A túlsúly és az elhízás mára világméretű problémává vált, nem kímélve a fejlett országokat sem. A 2008. évi Eurostat felmérés adatai alapján (**5. ábra**) Európa felnőtt lakosságának több mint fele (52,4%) túlsúlyos vagy elhízott. A magyarországi adatok nem mutatnak jelentős eltérést ebben a tekintetben (54,9%), azonban az elhízott kategória mérete jelentősen meghaladja az EU átlagát. A nemek között nem volt szignifikáns különbség ebben a tekintetben, míg az iskolai végzettség és az elhízás között kimutatható volt a kapcsolat, ugyanis a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők körében alacsonyabb az elhízás mértéke (EUROSTAT, 2011).



5. ábra: EU és Magyarország BMI értékei

Forrás: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>, 2014

A szubjektív egészségkép, azaz a lakosság egészségi állapotának önértékelése (**6. ábra**) megmutatja, hogy a fenti diagramokon megmutatkozó objektív, fizikai szinten jelentkező különbségek hogyan hatnak ki a lakosság szubjektív jól-létére.



6. ábra: Egészségi állapot szubjektív megítélése

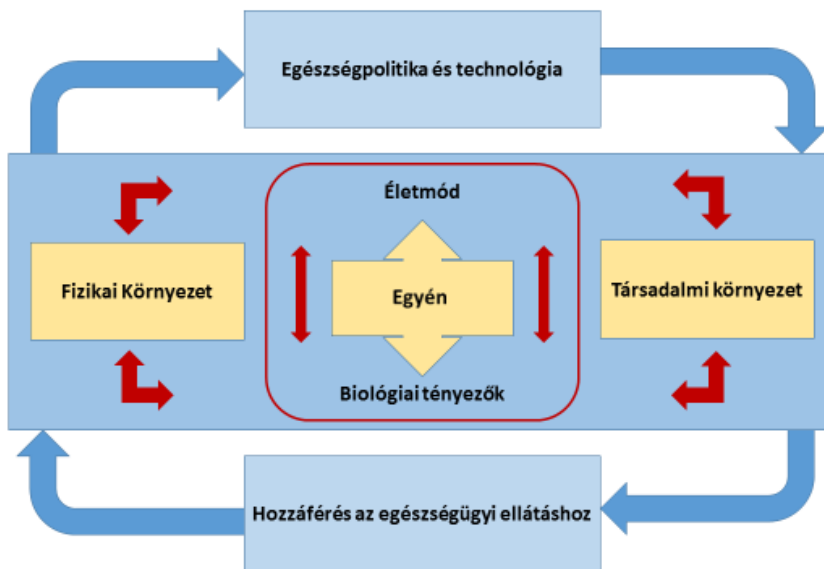
Forrás: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>, 2014

Szubjektív egészségi állapot tekintetében elmondható, hogy hazánk lakossága elmarad az EU átlagától. Különösen a skála pozitív oldalát együttesen szemlélve, tehát a jó és nagyon jó kategóriák összevont értékelése alapján a magyar lakosság 57,6%-a értékeli pozitívan az egészségi állapotát, ami azt jelenti, hogy 42,4% helyzete maximum kielégítő, ugyanez az arány az EU átlagában 68,2% és 31,8%.

2.2.1. Az egészségi állapotot meghatározó tényezők

Az egészségi állapotra vonatkozó adatok ismeretében az intervenció lehetőségeinek megállapításához szükség van az egészségi állapotot meghatározó tényezők bemutatására, amit a szakirodalomban gyakran idézett (VARGA-HATOS és KARNER, 2002; KSH, 2010) Lalonde volt kanadai egészségügyi és népjóléti miniszter által 1974-ben megalkotott modelljének ismertetésével teszünk meg (LALONDE, 1974). A modell négy hatótényezőt azonosít: genetikai-biológiai tényezők, környezet, életmód illetve egészségügyi ellátás. A négy tényező közül legnagyobb mértékben az életmód befolyásolja az egészségi állapotot (43%), ezt követik a genetikai-biológiai adottságok (27%), majd a környezeti tényezők (19%), illetve, az egészségügyi ellátás (11%). Noha a felsorolt arányszámok érvényessége kérdéses Magyarországon 2015-ben, a tényezők érvényességét igazolja a WHO (2010) egészségfejlesztési

stratégiájának modellje, amely szintén a felsorolt négy tényezőt veszi alapul (7. ábra).



7. ábra: Az egészség meghatározói

Forrás: Saját szerkesztés a WHO: Healthy people 2010 alapján, 2014

Vizsgálatunkban az életmód tényezőre koncentrálnunk, mivel ez a terület különösen nagy szerepet játszik az egészségi állapot alakulásában, továbbá a biológiai tényezőkkel ellentétben változtatható, tehát lehet intervencióról beszélni az adott területen, valamint a környezettel és egészségügyi ellátórendszerrel ellentétben az egyén hatáskörébe tartozik, akihez a marketingüzenet, az életmódváltással kapcsolatos termék, szolgáltatás eljuttatható.

LANDONE (1974) az életmód tényezők között kiemeli a táplálkozás és mozgás szerepét, amelyekhez a következő egészségrizikó magatartások tartoznak:

- a) túlzott táplálékfogyasztás, amely elhízáshoz, és annak következményeihez vezet,
- b) túlzott zsírbevitel, amely hozzájárul az érlemeszesedéshez, illetve koszorúér és artéria betegségeinek kialakulásához,



- c) túlzott szénhidrátbevitel, amely fogszuvasodáshoz vezethet,
- d) divatdiéták, amelyek alultápláltságot okozhatnak,
- e) mozgásszegény életmód, amely szív-érrendszeri panaszokhoz, elhízáshoz és fizikai állóképesség hiányához vezethet,
- f) rekreáció és a munka, illetve egyéb nyomás alóli felszabadulás hiánya, amely magas vérnyomás, artéria és koszorúér betegségek, valamint gyomorfekély kialakulásáért lehet felelős.

2.3. A magyar lakosság egészségmagatartása

BAUM, KRANTZ és GATCHEL (1997) szerint az egészségmagatartás minden olyan viselkedés, amely hatással lehet az egészségünkre, amíg egészségesek vagyunk. Más kutatók szerint (HARRIS és GUTEN, 1979) az egészségmagatartás minden olyan cselekvés, amelyet a személy azzal a céllal végez, hogy védje, elősegítse vagy fenntartsa egészségét függetlenül az általa észlelt egészségi állapottól, és attól, hogy az adott viselkedés objektíven hatékony-e. Az egészségmagatartás nem csupán egyéni törekvés, hanem jó gyakorlat a viselkedés szabályozására is (AJZEN, 2002; SCHÄFFER-DUDÁS, 2008).

Gazdasági nézőpontból az egészségmagatartás szerepet játszik a lakosság munkaképességének megőrzésében, az egészségügyi ellátórendszer fenntartható működtetésében, illetve a magán egészségügyi szolgáltatások piaci szerepének alakulásában. Marketing nézőpontból az egészségmagatartás jelentősége a lakosság egészségcélú költségeiben, az értékesített termékek és szolgáltatások után befolyó árbevételben illetve nyereségben mérhető. Ezekhez az adatokhoz azonban roppant nehéz hozzáférni, illetve olyan vizsgálati körülményeket kialakítani, amelyekben a konkrét vásárlói magatartás és költség mérhető.

Lehetőséget nyújtanak erre az élelmiszerláncok, hipermarketek, töltőállomás hálózatok által gyakran alkalmazott törzsvásárlói kártyák (pl. Spar, Tesco, MOL), amelyek a költségek után járó kedvezmény, ajándéktárgy vagy nyeremény



lehetőségéért cserébe pontos információkat szolgáltatnak a fogyasztók vásárlási, költési szokásairól (FARKAS, 2011). Az online marketing és értékesítés a másik olyan terület, ahol pontos teljesítménymutatókkal meg lehet határozni az eredményességet (pl. weboldalra kattintás, weboldalon töltött idő, weboldal forgalma), illetve a tárolt adatok lehetőséget adnak a korábbi érdeklődők újbóli elérésére az ún. remarketing kampányok által (KUPENDA, 2006). Ezek az eszközök roppant eredményesek, használatukkal célzott, esetenként személyre szabott kampányok állíthatók össze, azonban az általuk gyűjtött adatok titkosak, külső felhasználás, akár kutatás céljára sem bocsáthatók rendelkezésre.

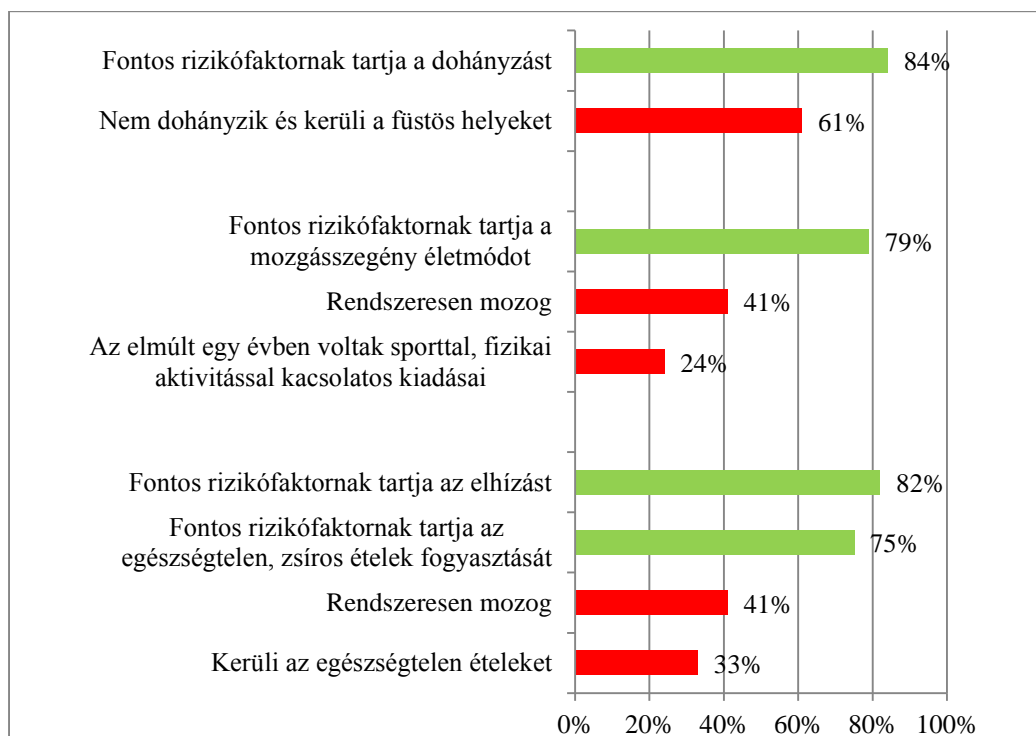
Az említett eladásösztönzésben hatékony törzsvásárlói rendszerek hátránya a viszonylag magas ár, ami a kis és közepes méretű vállalkozások számára nem teszi elérhetővé az eszköz használatát. A magas ár mellett véleményünk szerint egy további hátránya van az említett módszereknek, ugyanis nem veszik figyelembe a fogyasztói magatartás mélyebb összefüggéseit, nem látja a fogyasztót, mint „embert” értékeivel, attitűdjeivel, és nem teremt személyes kapcsolatot az ügyféllel. A XXI. század értékesítési gyakorlatában, az inferior javak kivételével véleményünk szerint elengedhetetlen a személyközpontú, ügyfélcentrikus eladás.

2.3.1. Egészségfogyasztás

A Társadalmi Helyzetkép című KSH tanulmány (2010) fő egészség rizikó faktorként tartja számon a helytelen táplálkozást, mozgásszegény életmódot, túlsúlyt, dohányzást, illetve a szeszesital fogyasztást. Az egészséges táplálkozás ismérvei közül a zöldség-gyümölcsfogyasztás gyakoriságát vizsgálták a 15 évnél idősebb magyar lakosság körében. A felmérés alapján a WHO ajánlásának megfelelő napi ötszöri zöldség- és gyümölcsfogyasztás a magyar lakosság egytizedére jellemző, míg a lakosság közel egyötöde fogyaszt naponta három alkalommal ezekből az élelmiszerekből. A zöldségfogyasztás mértéke elmarad a gyümölcsfogyasztás mögött, a lakosság 31%-a naponta több alkalommal

fogyaszt gyümölcsöt, a zöldségfogyasztás esetében ugyanez a szám 16%. Szociodemográfiai jellemzőket tekintve a nők és az idősebbek fogyasztanak leggyakrabban zöldséget és gyümölcsöt, legritkábban pedig a fiatal felnőttek. A jobb jövedelmi helyzetben lévők, míg gazdasági aktivitás alapján, a gyermekellátásban részesülők, illetve nyugdíjasok fogyasztanak többet a termékkategóriákból. A 2000 évi OLEF adatok (BOROS, NÉMETH és VITRAI, 2002) összevetésével elmondható, hogy 9 év alatt 10%-kal nőtt a nyers zöldség- és gyümölcsfogyasztás gyakorisága Magyarországon.

A LANTOS (2013) által bemutatott GFK felmérés megmutatja (8. ábra), hogy bár a fontos rizikófaktorok között megjelenik a dohányzás (84%), a mozgásszegény életmód (79%), illetve az elhízás, a válaszadók mindössze 61%-a kerüli a dohányfüstös helyeket, 41%-uk végez rendszeres testmozgást, és 33%-uk kerüli az általuk egészségtelennek tartott ételeket.



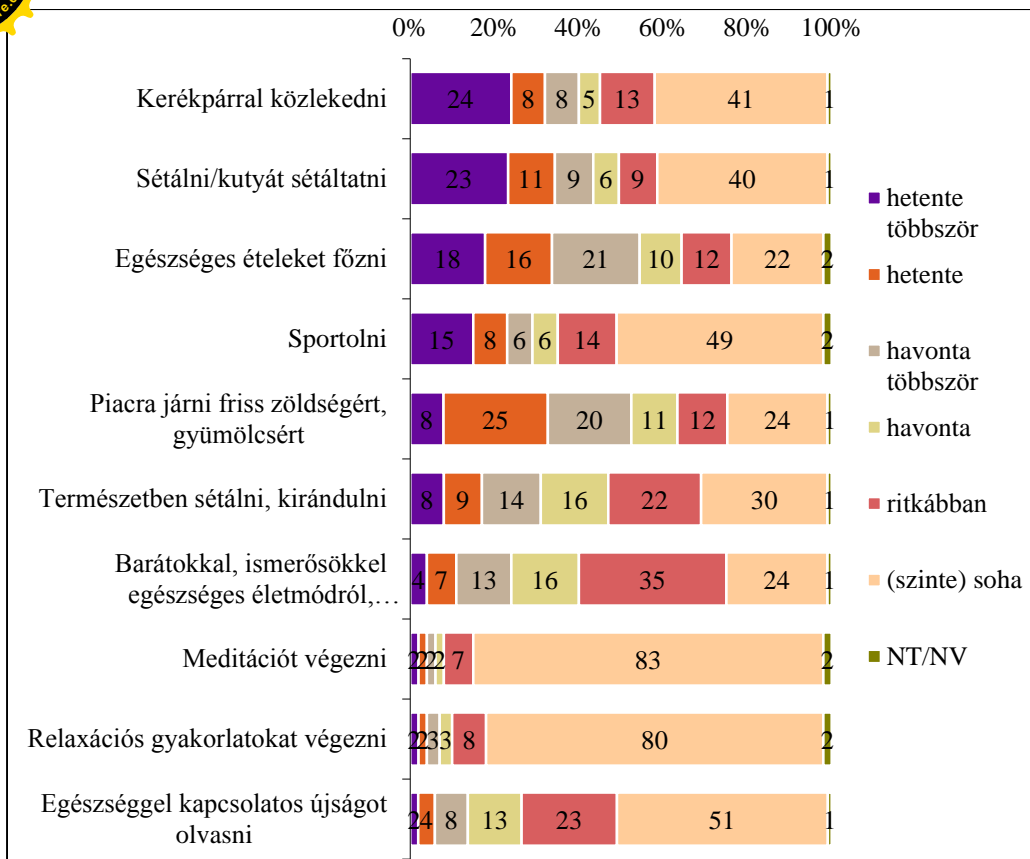
8. ábra: Rizikófaktorok ismerete és kivédése közötti eltérés

Forrás: Lantos, 2013



A megfelelő mennyiségű testmozgás 50%-kal csökkenti a szívkoszorúér, illetve agyvérzés okozta halálozások számát, 30-50%-kal csökkenti a combnyaktörés, 30%-kal a magas vérnyomás, 20-60%-kal a kettes típusú diabétesz, továbbá 40-50%-kal a vastagbélrák kialakulásának kockázatát. 50%-kal kisebb az elhízás esélye, és 25-50%-kal több esély van a fizikai korlátozásoktól mentes időskor elérésére. Az aerob kapacitás csökkenés felére mérsékelhető, így összességében a megfelelő mennyiségű fizikai aktivitás 10-20 évvel növeli az egészségben eltöltött évek számát (ROBERTSON et al., 2004). Az egészségtudatos életmóddal kapcsolatban a legfőbb nehézséget az okozza, hogy a lakosság nagy része tisztában van a legfőbb egészséggrizikó magatartás káros következményeivel, mégis csak töredékük jut el a cselekvés szintjéig.

A GFK-TÁRKI 2011-ben 3000 fős országos reprezentatív mintán végzett Egészséggazdasági Monitor (GFK, 2012) felméréséből kiderül a jelzett fizikai aktivitás minősége is (**9. ábra**). Leggyakrabban végzett fizikai aktivitás a kerékpározás, illetve a séta/kutyasétáltatás. A felsorolásba bekerült az egészséges ételek főzése, piacra járás, illetve barátokkal, ismerősökkel az egészséges életmódról és egészséges ételekről történő beszélgetés is. A felsoroltak bár nagyon fontos aktivitások, az intenzitásuk nagy valószínűséggel alacsony, és a kutatás alapján nem derül ki, hogy milyen időtartamban végezték a válaszadók. A szó szoros értelmében vett sporttevékenység rendszeres gyakorlása a válaszadók mindössze 15%-ára jellemző, 23%-uk sportol legalább heti rendszerességgel.

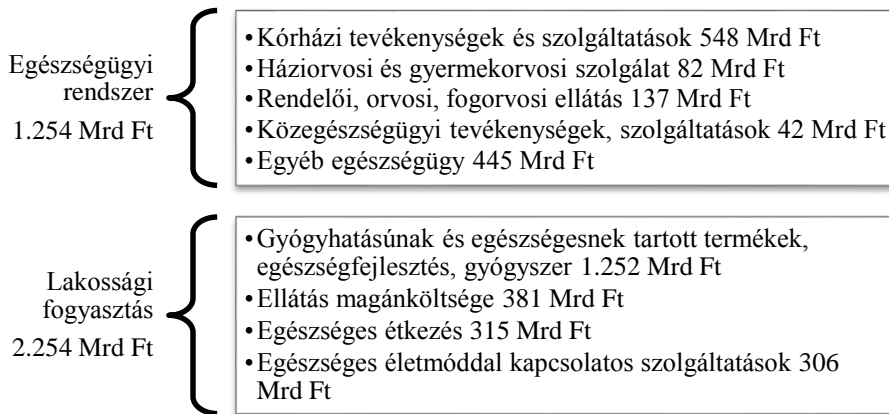


9. ábra: Egészségfejlesztéssel kapcsolatos tevékenységek

Forrás: Bernát, 2012

Az elkerülhető halálozási okok között legjelentősebb a dohányzás. Az ELEF 2009 felmérés szerint a magyar férfiak 36,8%-a, míg a nők 26,7%-a aktív dohányos, ez a szám az európai dohányzási statisztikák élmezőnyébe juttatja hazánkat. Ugyanezen felmérés adatai szerint az alkoholfogyasztás tekintetében a férfiak 9,9%-a, míg a nők 1,1%-a tekinthető nagyivónak, ami tekintettel a felmérés önbevallásos jellegére valószínűleg alulbecsüli a valós számadatokat. A túlzott alkoholfogyasztás egyebek között májcirrózishoz, keringési rendszeri betegségekhez és bizonyos rákfajták kialakulásához vezethet, ezért a dohányzás mellett az egyik legjelentősebb egészség rizikó magatartásként tartjuk számon.

A GFK Egészséggazdasági monitor (2012) tanulmánya (10. ábra) az egészségfogyasztás 2011. évi szerkezetét mutatja be.



10. ábra: Az egészségfogyasztás szerkezete 2011-ben

Forrás: Bernát, 2012

Az egészségpiac teljes becsült mérete 3.508 milliárd forint, amelyből az egészségügyi rendszer és a lakossági fogyasztás egyharmad – kétharmad arányban részesedik. Elmondható tehát, hogy a lakossági fogyasztás napjainkra jóval meghaladja az egészségügyi ellátó rendszer által nyújtott szolgáltatások ellenértékét. Ez a tendencia várhatóan országos és európai szinten is folytatódni fog, ugyanis az állami egészségügyi intézmények túlterheltségére rendkívül nehéz kormányzati szinten hatékony és fenntartható megoldást találni. Az öngondoskodás egyre nagyobb szerepet kap akár a befektetések, akár az egészségcélú biztosítások piacán, amelyek várolista nélkül ígérnek professzionális ellátást magán egészségügyi intézményekben. Különösen az ambuláns ellátásban növekszik a magánintézmények forgalma.

A lakossági fogyasztás legjelentősebb részét gyógyhatásúnak és egészségesnek tartott termékek, egészségfejlesztés, illetve gyógyszerek teszik ki. Ezen felül jelentős a lakossági költés az ellátás magánköltése, egészséges táplálkozás, illetve egészséges életmóddal kapcsolatos szolgáltatások területén is. A lakosság jövedelem szerinti megoszlása alapján a tanulmány kihangsúlyozza, hogy a népesség felső egyharmadának egészségcélú költései

megegyeznek az alsó kétharmad költséivel (**1. táblázat**). A jövedelemszint okozta eltolódás a költség szerkezetében is megjelenik. Az alsó kétharmad majdnem kétszer annyit költ gyógyhatásúnak és egészségesnek tartott termékekre, egészségfejlesztésre, illetve gyógyszerekre, mint a felső egyharmad. A felső egyharmad azonban közel háromszoros összeget szán egészséges életmóddal kapcsolatos szolgáltatásokra, mint az alsó kétharmad. Összességében megállapítható tehát, hogy míg a felső egyharmad egészségcélú költségei az egészségmegtartó magatartásra irányulnak, addig az alsó kétharmadot a betegség melletti egészséggondozás jellemzi.

1. táblázat

Az egészségcélú költségek megoszlása jövedelemszint alapján

	Felső egyharmad (Mrd Ft)	Alsó kétharmad (Mrd Ft)
Gyógyhatásúnak és egészségesnek tartott termékek, egészségfejlesztés, gyógyszer	317	566
Egészséges étkezés	165	150
Egészséges életmóddal kapcsolatos szolgáltatások	225	81

Forrás: Lantos, 2012

A felmérés alapján jól látható, hogy egészségcélú költségek mértékét közgazdaságtani értelemben meghatározza a fogyasztó jövedelme, továbbá az egészségi állapota, az egészségi állapot romlása ugyanis kényszerítő erővel bír. Meghatározó továbbá a termék vagy szolgáltatás ára illetve jellege, az elsődleges prevenció körébe tartozó szolgáltatás árának csökkenésével (pl. látásvizsgálat) várható a keresletnövekedés. A kialakult betegségekre vonatkozó beavatkozások esetén azonban az árcsökkenés hatása nem érvényesül (pl. gyökérkezelés), ezekben az esetekben a fogyasztó egészségi állapota döntő (MARTINEZ-GIRALT, BARROS; 2012).

A kutatás kitért arra is, hogy milyen kiadások jelentkeztek a válaszadók háztartásában a kitöltést megelőző egy évben. A támogatott többválasztásos kérdésre adott válaszok százalékos megoszlását a **2. táblázat** mutatja be.



2. táblázat

A háztartás egészséges életmóddal kapcsolatos kiadásai - éves gyakoriság

Kiadás	Válaszok megoszlása (%)
Vényköteles, orvos által felírt gyógyszer	64
„Egészséges” élelmiszerek	52
Gyógynövény, gyógytea	39
Egyéb, nem vényköteles gyógyszer	37
Egészségmegőrző, egészségfejlesztő táplálékkiegészítők, vitaminkészítmények	29
Egészségmegőrző tisztálkodási és szépségápolási termékek	28
Sport, fizikai aktivitás	17
Orvosi költségek	16
Gyógycseppek (Béres, Svéd stb.)	15
Egyéb testi-lelki felüdülést szolgáló személyes kiadások (wellness, kozmetika stb.)	11
Egészségvédő háztartási és vegyi áru	11
Egészséggel, egészséges életmóddal kapcsolatos újságok, magazinok, könyvek, film, hanganyag	9
Gyógyvíz	8
Fogyókúra, méregtelenítő készítmény	6

Forrás: Bernát, 2012

A költségek mértékével összevetve (3. táblázat) megállapítható, hogy a válaszadók nem csupán gyakran költenek az „egészséges” élelmiszerekre, de havi szinten ez jelenti a legjelentősebb egészségkiadást. Betegség melletti egészséggondozás ráfordításai a vényköteles gyógyszerek, illetve az orvosi költségek, míg a fizikai aktivitásra, testi-lelki felüdülést szolgáló kiadásokra, illetve a tisztálkodási és szépségápolási termékekre fordított összegek a preventív, egészségtudatos életmód kiadásai.

3. táblázat

A háztartás egészséges életmóddal kapcsolatos kiadásai

Kiadás	Átlagos költség/hó (Ft)
Egészséges élelmiszerek	12895
Vényköteles, orvos által felírt gyógyszer	10192
Sport, fizikai aktivitás	9364
Orvosi költségek	8891
Egyéb testi-lelki felüdülést szolgáló személyes kiadások (wellness, kozmetika stb.)	8167
Egészségmegőrző tisztálkodási és szépségápolási termékek	5031
Egészségmegőrző, egészségfejlesztő táplálékkiegészítők, vitaminkészítmények	4181
Egyéb, nem vényköteles gyógyszer	3698
Fogyókúrás, méregtelenítő készítmény	3652
Egészségvédő háztartási és vegyi áru	2888
Gyógycseppek (Béres, Svéd stb.)	2566
Gyógyvíz	2166
Gyógynövény, gyógytea	1607
Egészséggel, egészséges életmóddal kapcsolatos újságok, magazinok, könyvek, film, hanganyag	1542

Forrás: Bernát, 2012

LANTOS (2012) rámutat, hogy jelentős piaci rés van az egészségügyi szolgáltatások piacán a technológia központú, szakszerű, funkciót gyógyító, nem ügyfélközpontú ellátás illetve az alternatív, ügyfélközpontú, azonban szakmailag nem megalapozott szolgáltatások között. A magán egészségügyi szolgáltatást igénybevevők köre évi 17-35%-kal nő, illetve a válaszadók 28%-a állítja, hogy többet költ az egészségére, mint egy évvel korábban. A piaci kereslet tehát egyre inkább megjelenik az ügyfélközpontú, ugyanakkor szakmailag megalapozott szolgáltatások iránt.

2.3.2. Egészségszegmensek

Miután felvázoltuk, milyen tényezők járulnak hozzá az egészségi állapot fenntartásához, illetve javításához, és ismertettük az egészségfogyasztás mértékét és szerkezetét, vizsgáljuk meg azt is, hogy az eddigi kutatási eredmények alapján melyek azok a fogyasztói szegmensek, amelyek



egészségtudatos fogyasztással jellemezhetők. A vizsgált változók függvényében természetesen eltérő egészségszegmenseket találunk a szakirodalomban.

Az ország lakosságának életstílusát és táplálkozási szokásait vizsgáló kutatás (SZAKÁLY, SZENTE és SZÉLES, 2008) három faktor alapján (megelőző típus, az egészségtudatos, a tradicionálisan táplálkozó) négy fogyasztói csoportot különített el 1200 fős országos reprezentatív mintán. A négy életstílus klaszter a következő: Megállapodott egészségtudatos (8,2%), Trendkövető (33,9%), Tradicionális (43%) és Lemaradó (14,4%).

A Megállapodott egészségtudatosak szegmensében többségben vannak a nők, itt a legmagasabb a diplomások aránya, jövedelmük megfelelő életszínvonalat biztosít számukra, jellemzően tízezer főnél nagyobb településen élnek. A négy csoport közül ők tekinthetők leginkább egészségtudatosnak, tudatosan keresik és megvásárolják az egészségvédő hatású élelmiszereket, hisznek a funkcionális élelmiszerek egészségvédő hatásaiban, és előnyben részesítik az alternatív gyógymódokat. A klaszter megszilárdult egészségorientált értékrenddel rendelkezik, tagjai innovációk iránt fogékony, megfontolt, céljaik érdekében anyagi áldozatot is vállaló fogyasztók.

A Trendkövetők csoportjában a nemek aránya megegyezik az országos adatokkal, azonban életkor alapján a fiatalabbak vannak túlsúlyban, vagyoni helyzetük kiemelkedő a többi csoporthoz képest. Jelentős szerepet játszik életükben a prevenció, fontos számukra a jó megjelenés, kiegyensúlyozott táplálkozás, előnyben részesítik a funkcionális élelmiszereket vásárlásaik során, elsősorban az ásványi anyagokkal dúsított, illetve élőflórás termékeket. Mindennek ellenére úgy vélik, hogy szervezetükbe automatikusan bekerül minden fontos tápanyag, amire szükségük van, azaz nem érzik szükségét, hogy jelentős áldozatot hozzanak egészségük megőrzése érdekében.

A Tradicionális típusban nagyobb a férfiak aránya, illetve túlsúlyban vannak az általános iskolát vagy szakmunkásképzőt végzettek, vagyoni helyzetük kedvezőnek mondható. A klaszter tagjai felismerik ugyan a kiegyensúlyozott



Átláthatóság előnyeit, azonban cselekvési hajlandóságuk alacsony szinten marad. Kedvelik a hagyományos élelmiszereket, az étel íze számukra nagyobb befolyásoló erővel bír, mint egészségvédő hatása, ezért korlátozottan érdeklődnek a funkcionális élelmiszerek iránt.

A Lemaradók klaszterének tagjai elsősorban férfiak, jelentős a maximum általános iskolát végzettek aránya, vagyoni helyzetük a négy klaszter közül a legkedvezőtlenebb. A szegmens attitűdje nem tekinthető egészségtudatosnak, egyáltalán nem hisznek a funkcionális élelmiszerek betegségmegelőző hatásában. Élelmiszerválasztásukat egyértelműen az íz és élvezeti érték befolyásolja. Nem törekednek a megelőzésre, a kialakult betegség esetén gyógyszeres kezeléshez folyamodnak (SZAKÁLY, 2011 pp.150-157.).

A magyar fogyasztók egészségmagatartásának kedvező tendenciáján nyomot hagyott a 2008-ban hazánkba is begyűrűző gazdasági világválság. A GFK (2012) Magyar egészségszegmensek című tanulmányában szintén négy fogyasztói csoportot különít el, az Egészségben élők (24%), Egészségre törekvők (15%), Kellene valamit tenni (33%) illetve a Passzívak (28%) szegmensét. A szegmensek jellemzéséből megállapították, hogy az Egészségben élők tartózkodnak legnagyobb mértékben az egészségtelen ételek fogyasztásától (43%), őket követik az Egészségre törekvők (36%), Kellene valamit tenni (36%) és végül a Passzívak (23%). Az információkereső magatartás mellett nagyon fontos a tényleges aktivitás felmérése is, amelyet a kutatás az „Érdeklődik az egészséges élet iránt, és a tanultakat alkalmazza is” állítással vizsgálta. Ezt az állítást az Egészségben élők 32%-a, az Egészségre törekvők 23%-a, a Kellene valamit tenni csoport 26%-a és a Passzívak 12%-a tartotta jellemzőnek önmagára nézve.

RÁCZ (2013) fenntarthatóság elvén alapuló életstílus szegmentációját öt értékdimenzió mentén hajtotta végre (egészség- és környezettudatos értékek, etikus értékek – kompetencia, autentikus értékek, etikus értékek – vállalati magatartás, individualista értékek) amely alapján öt fogyasztói szegmenst



különített el. Az Idős egészségtudatosak (17%) környezettudatos attitűddel rendelkeznek, fontosnak tartják az etikus vállalati magatartást, rendkívül jellemző rájuk a hagyományok tisztelete, és legkevésbé jellemző a szegmensre az individualizmus.

A Trendkövetők csoportja (21%) tekinthető leginkább egészség- és környezettudatosnak, leginkább individualisták, az általuk fontosnak tartott etikus értékeket meg is valósítják, és a társadalomközpontú vállalati magatartás is fontos számukra. Nem véletlen, hogy a szerző ezt a szegmenst tekinti az egészség és fenntarthatóság értékeit valló trendcsoport (Lifesyle of Health and Sustainability továbbiakban LOHAS) bázisának.

A harmadik klasztert alkotják az Egészség- és környezettudatos patrióták (27%), akik az átlaghoz képest felülértékelik az egészségtudatos értékeket, a kompetencia értékek terén (pl. sport, tudatos táplálkozás), azonban az etikus értékeken belül alulértékeli a kompetencia értékeket, kismértékben jellemző rá az autentikus keresése, az individualista értékekkel szemben azonban közömbösnek tekinthető. A negyedik klaszter a Közömbösek csoportja, amely a minta 19%-a. Ők a legtöbb értékkel szemben közömbösnek mondhatók. Az ötödik klasztert a Csalódott pesszimisták alkotják (16%), akik az egészség- és környezettudatos értékekkel szemben közömbösek, az etikus értékeket a leginkább alulértékelik, a hozzá tartozó kompetencia értékekhez hasonlóan, az autentikus értékekkel szemben közömbösek, de nem jellemző rájuk az individualizmus sem.

Összefoglalóan elmondható, hogy minden szegmentációs vizsgálat (4. táblázat) elkülönített a fogyasztók körében egy olyan csoportot, amely számára az egészség fontos értéket képvisel, és hajlandóak ennek érdekében cselekedni, illetve anyagi áldozatot vállalni.

4. táblázat

Egészségsgzemensek bemutatása az egészségtudatosság mértéke alapján

Tanulmány	Szakály, Szente, Széles; 2008	GFK; 2012	Rác; 2013
Klaszterek ↑ Egészségtudatosság mértéke alajján	Megállapodott egészségtudatos (8,2%)	Egészségben élők (24%)	Trendkövetők (21%)
	Trendkövető (33,9%)	Egészségre törekvők (15%)	Idős egészségtudatosak (17%)
	Tradicionalis (43,5%)	Kellene valamit tenni (26%)	Egészség és környezettudatos patrióták (27%)
	Lemaradó (14,4%)	Passzívak (12%)	Közömbösek (19%)
			Csalódott pesszimisták (16%)

Forrás: Saját szerkesztés, 2014

Az egészségtudatos szegmensek mérete azonban jelentősen eltér egymástól a különböző kutatásokban. Ennek oka valószínűleg az eltérő mérési kritériumban keresendő, mintsem a viszonylag rövid, öt éves intervallum során végbemenő változásokban.

Az eredményeket árnyalja, hogy RÁCZ (2013) doktori disszertációjában a 21%-os méretű Trendkövető csoporton további klaszteranalízist hajtott végre a LOHAS értékeket valló szegmens pontosabb meghatározásának érdekében. A szegmenst ezáltal hat alszegmensre bontotta, amelyek közül a legelkötelezettebb szegmens 4%-ot tesz ki a teljes mintához viszonyítva, míg további 3,6% megközelítőleg azonos mintázatot mutat az értékdimenziókon. A két alszegmens együttes méretét alapul véve a szerző 7,6%-ban állapítja meg a LOHAS szegmens méretét, amely nagyon közel áll a 2008-as vizsgálat 8,2%-os

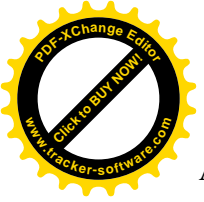


értékéhez, tehát szűk értelemben véve az egészség iránt elkötelezett fogyasztók aránya a lakosság körében 7-8%-ot tesz ki.

Tágabb értelemben, az egészségorientált fogyasztói csoport mérete 20-25% közé tehető (GFK, 2012; RÁCZ, 2013; SOÓS, 2014). A társadalom nagy többsége számára más értékek hasonló vagy nagyobb fontossággal bírnak, mint az egészség (Tradicionális 43,5%), vagy nem rendelkeznek kellő motivációval céljaik megvalósításához (Kellene valamit tenni 26%) továbbá minden szegmentációban megjelenik egy Lemaradó, Passzív, Csalódott pesszimista réteg (12-16%) amelyet teljes értékvesztettség és a motiváció hiánya jellemez.

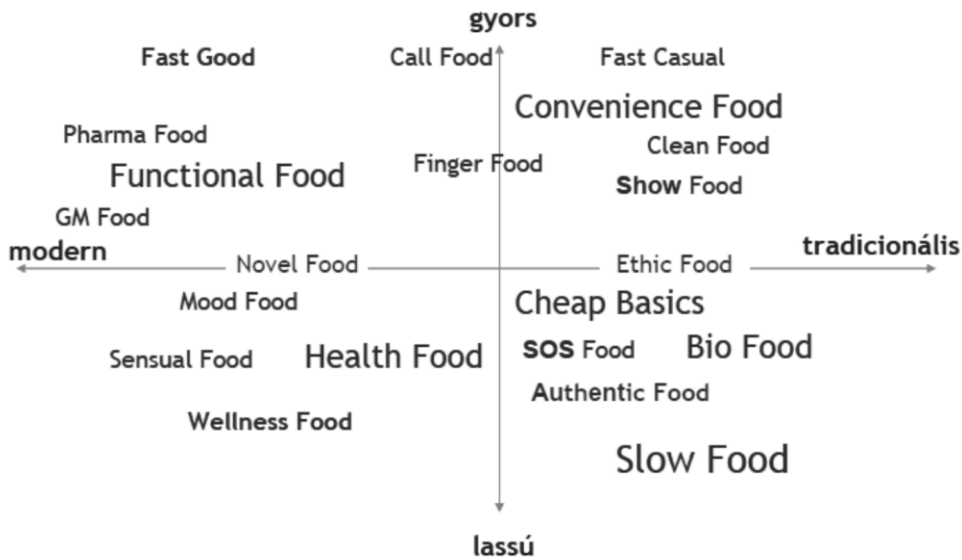
2.3.3. Egységorientált táplálkozási módok

Az egészség megatrend ételmszerfogyasztói trendekben történő erőteljes érvényre jutásával megállapítható, hogy Magyarországon is megjelent az a fogyasztói csoport, amely számára az egészség nem csupán fontos érték és vágyott cél, hanem eljutottak a cselekvés illetve fenntartás fázisába is. BIACS (2007) szerint arányuk a lakosság körében 2007. évi felmérés alapján 14%-ot tett ki, amely korábban 18% volt. SZAKÁLY (2008) megállapítja, hogy a magyar fogyasztók az attitűd kialakításának kognitív szakaszában járnak, mivel a legtöbb válaszadó nem tudta értelmezni a különböző ételmszer összetevőket, illetve nem tudták társítani a táplálkozás-élettani előnyöket a funkcionális ételmszerekhez. A megkérdezettek 29%-a odafigyel az egészséges táplálkozásra, azonban amennyiben az egészségesnek tartott ételmszer élvezeti értéke nem felel meg az elvárásainak, ez a szám csaknem a felére csökken. Nemzetközi összehasonlításból kiderül, hogy a magyar fogyasztók rendkívül ízérzékenyek, megelőzve az összehasonlításban szereplő európai és ázsiai országokat. A válaszadók mindössze 38%-a hiszi, hogy egészségvédő termékek fogyasztásával megelőzhetőek a betegségek, és 60%-uk úgy véli, hogy szervezetükbe automatikusan bekerül mindaz, amire az egészséges működéshez szükség van, így nem kell különösebb figyelmet fordítani a táplálkozásra.



A táplálkozási motivációk (kognitív kontrol, emocionális-, impulzusevés) illetve testi attitűdök (testmérettel való elégedetlenség, saját test ismeretének hiányos volta) feltárásával készült el egy 2013-as adatfelvételen alapuló hazai szegmentációs vizsgálat (SOÓS, 2014). A disszertáció öt fogyasztói szegmenst különít el, a Kontrolálatlan érzelmi evők (17,4%), Feszült elégedetlenek (11,8%), Érdektelenek (38,2%), Túlsúlyos impulzusevők (13,0%), illetve Tudatosan táplálkozók (19,6%) csoportját. A szegmensek közül a Tudatosan táplálkozók az egyetlen csoport, amelynek elsődleges jellemzője a kognitív korlátozás, ami arra utal, hogy tudatosan tervezik meg táplálékfogyasztásukat, és érzelmileg terhelt szituációban sem inganak meg. A tudatos táplálkozás eredményeképpen általában elégedettek a testükkel, ugyanakkor motiváltak a fogyásban, azaz összességében megállapítható, hogy egészségtudatosan táplálkoznak. A klaszter mérete táplálkozási szempontból is igazolja a megközelítőleg 20%-os arányt az egészségtudatos szegmens méretére vonatkozóan. A vizsgálat szerint a Tudatosan táplálkozó fogyasztók elsősorban nők (64,3%), érettségizett vagy felsőfokú végzettséggel rendelkezők. Az öt csoport közül a Tudatosan táplálkozók jövedelemszintje a legmagasabb, tagjai legnagyobb arányban szellemi munkát végeznek, és a család elsődleges élelmiszer beszerzőjének tekinthetők.

A célszegmens méretének és jellemzőinek meghatározása után megvizsgáljuk, hogy melyek azok az egészségorientált táplálkozási trendek, amelyek nagy valószínűséggel megjelennek az egészségtudatos életvitelre törekvők szokásaiban. TÖRŐCSIK (2011) gyors-lassú illetve modern-tradicionális dimenziók mentén helyezte el az élelmiszerfogyasztói trendeket (food trendeket).



11. ábra: Élelmiszerfogyasztói trendek rendszere

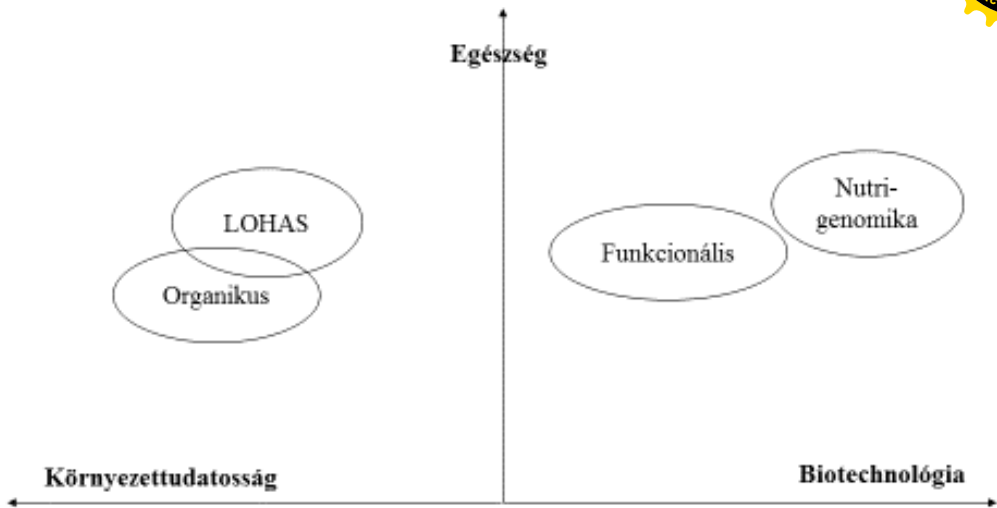
Forrás: Törőcsik, 2011

A **11. ábrán** látható trendcsoportok közül az egészség megatrendbe illeszkedik a legtöbb modern étel, mint például a gyors, mégis minőségi alapanyagokkal dolgozó fast good, az élelmiszer egészségvédő hatását fokozó functional food (funkcionális élelmiszerek) amelyek speciális példája a funkcionális hatást természetesen biztosító superfood. A pharma food ennél is tovább megy, ez a kategória már bizonyos betegségek elleni gyógyszereket szervezetbe juttató, gyógyító élelmiszerekről beszél. A novel food csoportjába tartoznak például a mikroorganizmusok, illetve az ezekből laboratóriumi körülmények között kivont anyagok. Az ábrán nem szereplő molekuláris konyha szintén a vegyészetet hívja segítségül, hogy a természetes alapanyagokat alkotóelemeire bontva, majd újra felépítve meglepő halmazállapotú és élvezeti értékű ételsorokat állítson elő. A modern technológiát leginkább jellemzi a nano-food, amely alapjaiban változtathatja meg az étkezési szokásokat, mivel ez az irányzat az alkotóelemeiből teljes mértékben képes összeállítani az ételt, azaz például készíthetünk húst laboratóriumi körülmények között kizárólag szintetikus elemekből.



Külön irányzatnak számít a health food és a hozzá nagyon közel álló wellness food is, és ha az egészség dimenzióit sorra vesszük, egy speciális irányzat, a spiritual food, amely az étel szimbolikus hatását sem hagyja figyelmen kívül. A lassú-tradicionális kvadránsból az egészségtrend megjelenhet a bio food, slow food, az authentic food trendekben, inkább a környezettudatosság értéket tartja szem előtt az SOS food illetve az ethic food és alcsoportjai. Ez a besorolás azt kívánja érzékeltetni, hogy milyen mértékben jelenik meg napjaink food trendjeiben az egészség, azonban sok esetben nem lehet egyértelműen behatárolni az egyes trendekhez tartozó értékeket. Például a bio food egyszerre képviseli az egészség illetve környezettudatosság értékeit, míg a slow food egyaránt lehet egészséges a fast fooddal szemben, amennyiben friss alapanyagokból, házilag készített ételt értünk alatta, de ugyanígy slow foodnak számítanak a tradicionális magyar ételek is, amelyeket nem kifejezetten egészségvédő hatásuk miatt fogyasztunk.

A továbbiakban az egészségorientáció témakörén belül részletesen bemutatjuk a hazai fogyasztói vizsgálatokban szereplő legjelentősebb táplálkozási irányzatokat. A bevezetőben ismertetett egészség – biotechnológia – környezettudatosság trendháromszöget úgy képezzük le a fejezetben, hogy az egészség – biotechnológia, illetve az egészség – környezet értékpárok mentén két-két trendcsoportot mutatunk be, majd rátérünk az ayurveda, illetve ayurveda táplálkozás ismertetésére és trendbesorolására. Az egészség – biotechnológia trendcsoporton belül a funkcionális élelmiszerfogyasztás és a nutrigenomika trendjeit, az egészség – környezet értékpárok mentén a LOHAS és a bioélelmiszer fogyasztó szegmenseket mutatjuk be (**12. ábra**). (A disszertációban a bio, öko és organikus élelmiszerek szinonimaként szerepelnek.)



12. ábra: Egészségorientált táplálkozási módok a három megatrend rendszerében

Forrás: Saját szerkesztés, 2015

A funkcionális élelmiszerek kutatása az 1980-as években indult el Japánból, ugyanis ezen a területen irányult a fogyasztók figyelve elsőként a táplálkozás szerepére az egészség megőrzésében illetve fejlesztésében (MCCONNON, CADE és PEARMAN, 2002). A japán definíció szerint olyan élelmiszerekről van szó, amelyek speciális hatást fejtenek ki az egyén egészségére fontos bioaktív összetevőinek köszönhetően. Európában a Functional Food Science in Europe projekt eredményeképpen született meg a funkcionális élelmiszerek meghatározása, amely szerint egy élelmiszer akkor tekinthető funkcionálisnak, ha kielégítően bizonyított, hogy a szokásos táplálkozás-élettani hatásokon túl jótékonyan hat a szervezet egy vagy több funkciójára oly módon, amely jobb egészségi állapotban, kedvezőbb környezetben és/vagy a betegségi kockázatcsökkentésében mutatkozik meg (BÍRÓ, 2004; HAWKES, 2004). A funkcionális élelmiszerek piacát SZAKÁLY és munkatársai (2014) vizsgálták, amelyből megállapítható, hogy a célszegmens jelenlegi mérete 5-10% közé tehető a lakosság körében (**5. táblázat**). A tanulmány értékszegmenseket határoz meg a lakosság körében, és megállapítja, hogy az értékorientáció mértéke

hatással van a funkcionális élelmiszerfogyasztásra, azaz a Kiábrándultak csoportjában 5,6%-ot tesz ki a funkcionális élelmiszereket napi rendszerességgel fogyasztók aránya, míg az Értékorientáltak körében ugyanez a szám 10,8%.

5. táblázat

A funkcionális élelmiszerkategóriák napi fogyasztási gyakorisága értékszegmensek alapján

Funkcionális élelmiszerkategória	Napi fogyasztók aránya a(z) LOV értékszegmensek körében, %			
	Mérsékeltén értékvezéreltek	Biztonságra törekvők	Kiábrándultak	Értékorientáltak
Vitaminokban gazdag	4,3	3,3	5,6	6,6
Ásványi anyagokban gazdag	4,3	3,6	2,8	5,7
Probiotikumokban gazdag	14,4	14,8	8,3	19,6
Alacsony cukortartalmú	4,3	6,2	5,6	8,8
Alacsony zsírtartalmú	14,9	13,1	8,3	14,2
Magas rosttartalmú	4,4	6,1	2,8	10,1
Átlagosan	7,8	7,8	5,6	10,8
Klaszterek mérete	N=208	N=276	N=72	N=444

Forrás: Saját szerkesztés SZAKÁLY et al., 2014 alapján

A funkcionális élelmiszerek megjelenése után napjainkban egy új tudományterület van kibontakozóban, amely az egészségvédő hatást a korábbiakhoz képest egy egészen más szintre, a humán genom szintjére helyezi. A nutrigenomika azt vizsgálja, hogy a táplálkozás milyen hatással van a szervezetben a metabolikus útvonalakra és a homeosztázisra (BENNETT, CORBIN, SMALLWOOD és ZEISEL, 2014). Annak ismeretében, hogy a szervezetünk hogyan lép kapcsolatba ez egyes tápanyagokkal, tudományosan megalapozott beavatkozás tervezhető az egyes étrend-függő betegségek, illetve egyéni érzékenységbeli különbségek kezelésére. A nutrigenomika elterjedésével lehetőség nyílik a gyakran hangoztatott tömeges egyéniesítés gyakorlatát meghaladó valódi személyre szabott táplálkozás koncepciójának



megvalósítására (KUSSMANN és FAY, 2008). A fejlesztési irány iránti fogyasztói érdeklődést elsőként SZAKÁLY, KISS ÉS JASÁK (2014) mérték fel 500 fős országos reprezentatív mintán. A megkérdezettek 27%-a vonzó lehetőségnek tartja a genetikai teszten alapuló személyre szabott táplálkozást, azonban csak 16% állította, hogy elvégeztetné a tesztet annak érdekében, hogy egyénre szabott, genetikai szükségleteinek megfelelő diétát kövessen. A kutatók szekunder adatok figyelembe vételével arra a megállapításra jutnak, hogy ez az arány az Európai Unió vizsgált tagállamait tekintve rendkívül alacsonynak tekinthető, majd pszichológiai változók bevonásával modellezik a nagyobb arányú elfogadás irányába ható tényezőket. Elővételezhető, hogy mivel a felmérés nem konkrét termék vagy szolgáltatás igénybevétele iránti hajlandóság vizsgálatára irányult, azaz a fogyasztóknak még nem lehet tapasztalatuk, a vizsgált témában további jellemzők, mint például a genetikai vizsgálat árának meghatározása valószínűleg módosítaná a hajlandóság mértékét.

Az egészség és fenntarthatóság értékeit valló fogyasztói csoport megjelenéséről ír TÖRŐCSIK 2007-ben, majd a LOHAS trend értékeit valló fogyasztói csoportot azonosítja és részletesen vizsgálja RÁCZ (2013) doktori disszertációjában. A fogyasztói szegmens méretét 4-8% közöttire teszi, a 4% azon LOHAS értékek iránt elkötelezett fogyasztókat jelenti, akik az etikus értékeket (pl. önkéntes munka végzése) saját életükben is megvalósítják, azaz leginkább megvalósítják a szegmens sajátosságaként ismert hibrid életstílust, amelyben az individualista és kollektivisták értékek egyaránt szerepet kapnak.

A fenntarthatóság mellett elkötelezett fogyasztói csoport az öko termékeket előnyben részesítők szegmense is. Az FVM Agrármarketing Centrum Kht. megbízásából készült felmérés (OSZOLI, 2002) alapján a fogyasztók 3%-a ismeri és fogyasztja rendszeresen, 2,6% ismeri és esetenként vásárolja, 12,7% ritkán vásárol bioterméket, azaz a fogyasztók 80%-a nem ismerte és nem is fogyasztotta a bioélelmiszereket. 2014-ben megállapítható (SZENTE, 2014), hogy a fogyasztók 10,7%-a számára fontos, 28,2% számára részben fontos a



termékek származását illetően a bio eredet. Amennyiben a konkrét vásárlási helyzetre vonatkozik a kérdés már csupán 3,7% számára fontos, hogy a kosarukba kerülő élelmiszer biotermék legyen, 26,2% mérsékelten tartja fontosnak ezt a szempontot, és 70,1% számára egyáltalán nem motiváló ez a terméktulajdonság. A bioélelmiszerek kedvelői jellemzően nők, felsőfokú végzettséggel rendelkeznek, aktív szellemi dolgozók, és az átlagnál magasabb jövedelműek. A bioélelmiszerek terjedését jelentősen akadályozza a termékek magas ára, információhiány, illetve a nehéz elérhetőség. A legnagyobb problémát azonban a szerző szerint a fogyasztói bizalom hiánya okozza, azaz a fogyasztók nem hiszik el a jelölés alapján, hogy a termék valóban biogazdálkodásból származik, és kételkednek a bioélelmiszereknek tulajdonított táplálkozás-élettani előnyökben is.

2.3.4. Ayurveda táplálkozás

Az egészség és környezettudatosság értékpár mentén helyezhető el az ayurveda rendszere is. Mivel az ayurveda Magyarországon kevésbé ismert, röviden bemutatjuk a jelentését és történetét, hogy táplálkozásra vonatkozó állításai is érthetőbbé váljanak. Az ayurveda India tradicionális, hozzávetőlegesen 5000 éves gyógyászati rendszere, szó szerinti jelentése az élet tudománya. Alapelvei írott formában az Atharavédában (i.e. 1200) találhatóak, részletes, mai napig változatlan formában alkalmazott leírásai a Susruta Samithaban illetve a Charaka Samithaban olvashatóak (i.e. 600). Már ekkor kialakultak fő gyógyászati ágai, amelyek a belgyógyászat, sebészet, fül-orr-gégészet, szülészet és gyermekgyógyászat, toxikológia, pszichiátria, tisztító és fiatalító gyógymódok, szexológia és szaporodástan (SZALKAI, 2014). Aktualitását rendszerszemléletű, preventív nézőpontjának köszönheti, amely az egyént az ökoszisztéma részeként kezeli, és az egyensúly fenntartására törekszik a rendszer elemein belül és azok között is. Prevencióra véleményünk szerint kiválóan alkalmazható, mivel terápiás eszköztárában szerepel a táplálkozási

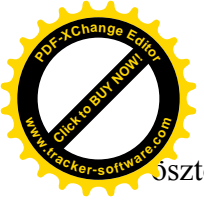


szokások módosítása, a szervezet tisztítása, gyógynövények alkalmazása, mozgásterápia (jóga), rendterápia és a meditáció, amely az allopatias orvoslással integrált alkalmazás esetén akár kialakult betegségek esetén is rendkívül hatékony állapot és életminőség javító hatású.

A hagyományos védikus bölcselet alapján az öt őselem alapú fizikai világ létrehozza az érzéki világot, majd kialakulnak az ezeken alapuló működési alapelvek, amelyek a test szintjén a dosa rendszer (vata, pitta, kapha), szöveti szinten a dhatu rendszer és kiválasztási szinten a mala rendszer. Az ayurveda a betegségek kialakulása és a táplálkozási - életrendi tanácsadások szintjén nem a tünetekből, hanem a páciensből indul ki, a páciens alapvető testtípusát (prakriti) diagnosztizálja, és megállapítja az egyensúly zavart (vikriti), azaz a születés kori testtípustól való eltérést. A cél, a születés kori testtípushoz való visszatérés, vagyis az alapvető egyensúly visszaállítása.

A táplálkozási rendszerben a hat alapvető íz (édes, sós, savanyú, keserű, fanyar, csípős) és hat minőség (nehéz-könnyű, olajos-száraz, hideg-meleg) alapján a napi és évszaki ritmust is figyelembe véve alapvetően a vata, pitta és kapha testtípusnak megfelelően különféle étrend kombinációkat ajánl a doshák kiegyensúlyozására. Az ayurveda szerinti kiegyensúlyozott étrendnek minden étkezéskor tartalmaznia kell mind a hat alapvető ízt, hogy teljes lehessen a test ételekre adott válasza, az ayurveda táplálkozás tehát változatos és kiegyensúlyozott étrendre törekszik.

A nyugati táplálkozási szokások esetében az egészségi állapotra gyakorolt hatást laboratóriumi elemzések alapján állapítják meg. Az egészségtudatos fogyasztói döntés a zsír, fehérje, szénhidrát, kalória, vitamin, ásványi anyag tartalom, irányadó napi beviteli érték és számos más információ alapján születik meg. Az ayurvedikus táplálkozás íz alapján különíti el a táplálékokat, azaz közvetlen érzékszervi tapasztalatra alapul az étel táplálkozás-élettani hatásának meghatározása. Az ayurveda segítségével ezekre az információkra és



ősztoneinkre hagyatkozva, természetes módon, kiegyensúlyozott étrend alakítható ki (LAD, 1985).

Az ayurveda jól illeszkedik az európai táplálkozási trendek rendszerébe, ugyanis hangsúlyozza a mindenkor adott földrajzi viszonyoknak, évszaknak megfelelő friss, helyben termelt alapanyagok használatát. Az étkezések során javasolja a táplálék testtípus alapján meghatározott, személyre szabott összeállítását és a helyes elkészítési módját mesterséges összetevők kerülésével (ARTEYA, 2004).

Egyaránt megfelel az egészség illetve környezet megatrendeknek, így értékrend alapján a LOHAS fogyasztók, vagy alapanyag felhasználás tekintetében a bioélelmiszer fogyasztók válhatnak az ayurveda táplálkozás potenciális célcsoportjává. Az ayurveda hangsúlyozza a természetességet, az autentikus értékeket és megfelel az egyensúlyra törekvés trendjének is. Kulturális közelség-távolság tekintetében érdekes pozíciót biztosít számára az indiai eredet, és a helyi friss alapanyagok alkalmazására irányuló táplálkozási alapelv. Az ayurveda terjedésében azonban nehézséget jelent, hogy Magyarországon nagyon kevés helyen vehetők igénybe ayurvedikus szolgáltatások, illetve vásárolhatóak ayurvedikus termékek. Az igénybe vehető szolgáltatások szakmai színvonala gyakran kérdéses, az ayurvedikus kezeléseket biztosító magán egészségügyi intézmények kezelése pedig a társadalom nagyon kis szegmense számára megfizethetőek.

Az ayurveda trendjének ebben a korai szakaszában a sikeres bevezetés érdekében véleményünk szerint szükség van az ayurveda iránti alapvető fogyasztói attitűdök meghatározására, a magyar fogyasztók számára előnyös tulajdonságainak feltárására, illetve azon jellemzők összegzésére, amelyek problémát okozhatnak a magyarországi bevezetés során (**F2 feladat**).

Eredeti elképzelésünk szerint az ayurveda központibb szerepet kapott volna a disszertáció elkészítésében, azonban a fogyasztói vizsgálatok az alacsony ismertség miatt nehézkesnek bizonyultak, és az alacsony elemszám nem tette



lehetővé a komplex elemzések lebonyolítását. Mivel hazánkban még senki nem folytatott korábban hasonló kutatást, így az ayurvedára irányuló eredményeket a disszertációban közöljük, azonban nem helyezzük az elemzések középpontjába.

2.4. Az egészségmagatartás modellezése

Amennyiben részletesen elemezzük az egészségorientált táplálkozásmódokat, mindegyik egyéni életmódtól és értékrendtől függően számos előnyös tulajdonsággal rendelkezik, az egészség pedig a társadalom nagy része számára kiemelkedő értéket képvisel. Felmerül tehát a kérdés, miért nincs több követője az egyes egészségtrendeknek. Ahhoz, hogy az egészségtudatos életmódra történő áttérés akadályait meghatározzuk, elsőként definiálnunk kell az egészségmagatartást befolyásoló tényezőket.

2.4.1. Az egészségmagatartás keresztmetszeti modelljei

A továbbiakban az egészségmagatartás ismert modelljeit vázoljuk fel és mutatjuk be azok fejlődését annak érdekében, hogy vizsgálatunkhoz a legidősebb és legtöbb releváns tényezőt figyelembe vevő modellt alkalmazhassuk.

Az egészségmagatartás modellezésének kezdete az 1960-as évek tehető, ebben az időszakban a kognitív elméletek voltak irányadók, amelyek közül talán legelterjedtebb az egészséghiedelem modell (Health Belief Model, HBM).

Megalkotói (ROSENTOCK, 1974; BECKER és MAINAN, 1975 JANZ és BECKER, 1984) arra helyezték a hangsúlyt, hogy az adott egészségmagatartással kapcsolatban az egyén kognitívan hogyan értékeli az alternatívákat. Az értékelés szempontjai a betegség általi veszélyeztetettség észlelt valószínűsége, a következmények súlyossága, a megelőzésből származó észlelt nyereség, és a megelőző viselkedés észlelt akadályai, költségei. A kezdeti



négy szempont idővel kiegészült demográfiai változókkal, pszichoszociális változókkal valamint a cselekvésre felszólító ingerekkel.

A modell érvényességét korlátozza, hogy nem vizsgálja a tényezők közötti kölcsönhatásokat, illetve mivel a veszélyt helyezi a középpontba, tehát a kommunikáció az egyén veszélyeztetettségére hívja fel a figyelmet, amit az egészséges percepciójú személyek a saját jövőre vonatkozó pozitív torzítás miatt alulbecsülnek, azaz gyakran elhárító mechanizmussal reagálnak.

A védelemmotiváció elmélete (Theory of Protection Motivation, ROGERS, 1983) szintén az egészség veszélyeztetettsége illetve a veszélyre adott adaptív válaszreakciót vonja vizsgálat alá, azonban a modell szerint a veszélyeztettség fő hatótényezője az észlelt veszélyeztettség által okozott negatív érzelmi állapot. Az adaptív válaszreakciót pedig befolyásolja a válasszal kapcsolatos hatékonyság, az egyén általános énhatékonysága, illetve a válasz költségei. A modell előnye, hogy a HBM modellel szemben hangsúlyt fektet a viselkedéses válasz adaptivitására, és további kutatások (BROUWERS és SORRENTO, 1993) vizsgálták a fenyegetés és a hatékonyság növelésének változónkénti és együttes hatékonyságát és a válaszok közötti egyéni eltéréseket.

Az anticipált megbánás elmélet (Theory of Anticipated Regret, VAN DER PLIGHT és RICHARD, 1994) nem magára a veszélyeztetettségre helyezi a hangsúlyt, hanem a cselekvés negatív vagy pozitív következményei által előidézett negatív vagy pozitív érzelmi állapotok elővételezésére. Az anticipált megbánás elméletét gyakran használják a szexuális viselkedés bejósolására, fogamzásgátlás illetve AIDS prevenció területén. URBÁN (2001) szerint azonban a szakirodalom kevésbé foglalkozik a pozitív érzelmi reakciók jelentőségével, aminek véleménye szerint leginkább a testedzéssel és táplálkozással kapcsolatos magatartás változásban lehet szerepe.

Az egészségtudatosság modell (GOULD, 1990) az öntudatosságra vonatkozó személyiség vizsgálatok mintájára feltételezte, hogy az egészségtudatosság (egészséghez kapcsolódó öntudatosság) összefüggést mutat

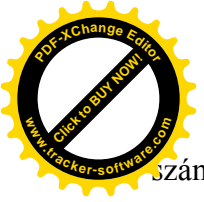


az egészségmagatartással. A modell négy skálát foglal magában, sorrendben: egészség öntudatosság, egészség figyelés, egészség önmonitorozás, egészség bevonódás.

A további kutatások ráirányították a figyelmet az egészségmagatartás szociális dimenziójára is. Az indokolt cselekvés elmélete (Theory of Reasoned Action, TRA) (AJZEN és FISHBEIN, 1980) arra az alapfeltevésre épül, hogy a szándék a viselkedés közvetlen meghatározója, amelyet a rendelkezésre álló információk mérlegelése alapján alakít ki a személy. A szándék az attitűdök és szubjektív normák összessége alakítja, az attitűd függ a viselkedéssel kapcsolatos hiedelmektől, azaz a viselkedés elvárt kimenetelétől, és a viselkedés és kimenetel közötti kapcsolat erősségétől. A szubjektív normák alakítói a referenciacsoporttal kapcsolatos hiedelmek, másrészt az a tényező, hogy az egyén milyen mértékben motivált a referenciacsoportnak való megfelelésre.

Az indokolt cselekvés elmélete nem bizonyult elég hatékornak az egészségmagatartás vizsgálatok területén, a viselkedéses szándék mellett más tényezőknek is jelentős hatása van az egészségmagatartásra. AJZEN (1988) kiegészítette az elméletet a cselekvés felett észlelt kontroll tényezőjével, megalkotva ezzel a tervezett cselekvés elméletét (Theory of Planned Behavior). Az észlelt kontroll, amely egyfelől közvetlenül befolyásolja a viselkedést, másfelől a szubjektív normákkal és a cselekvéssel kapcsolatos attitűdökkel együtt hat a cselekvési szándéokra, személyes és külső tényezők függvénye.

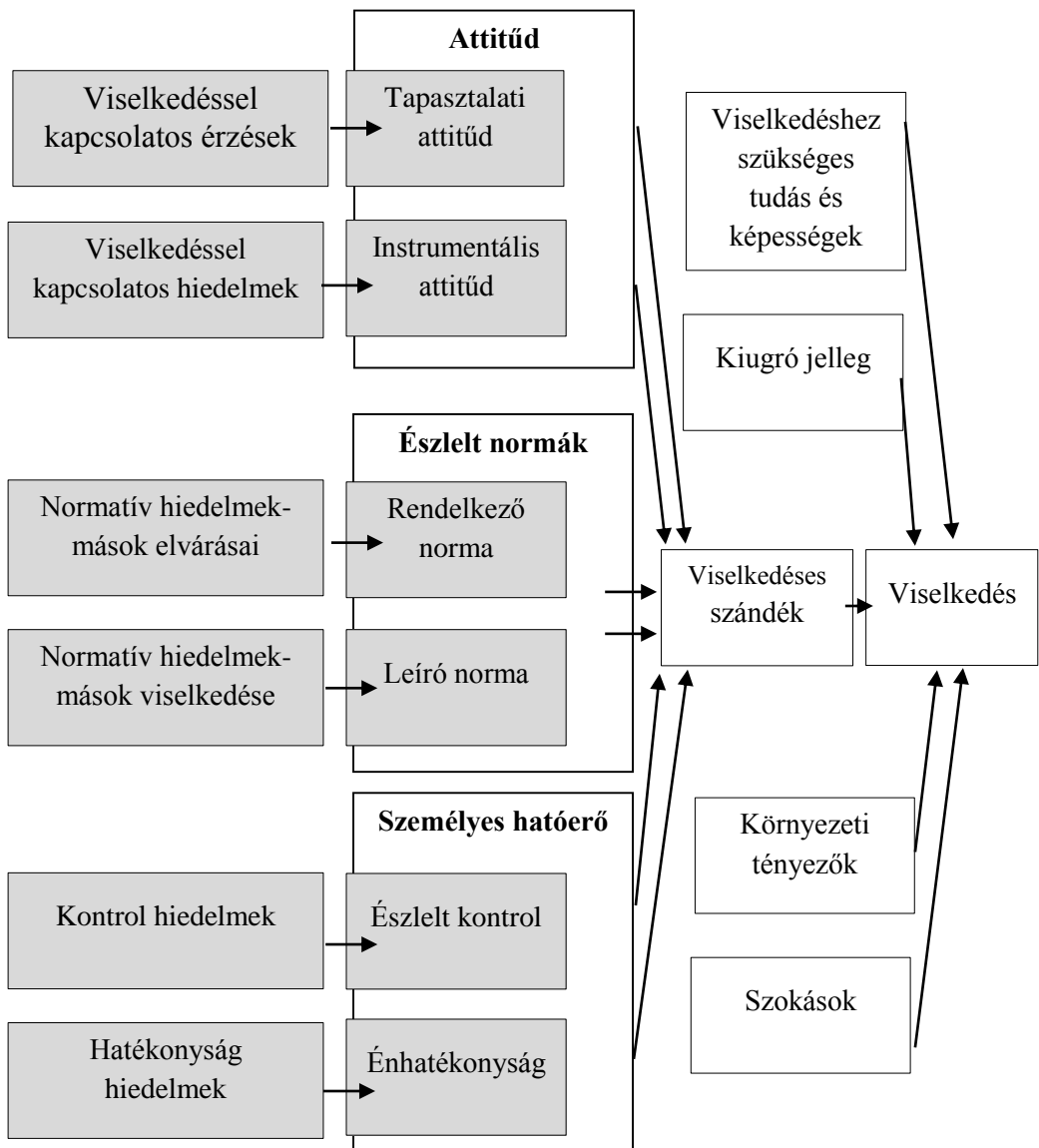
Az észlelt kontroll tényező bevonása jelentősen javította a modell alkalmazhatóságát, azonban nem minden területen bizonyult hatékornak. A gyakran, szokásszerűen végzett cselekvéseknél ugyanis a szokás nagyobb mértékben befolyásolja a viselkedést, mint a szándék (OUELLETTE és WOOD, 1998). Az egészségtudatos viselkedés nehézsége, hogy hosszú távon érzékelteti hatását, ezért a viselkedés szokásszerűségének kialakítása elengedhetetlen. Ezt a tényezőt az egészségmagatartás folyamatmodelljeinél figyelhetjük meg, ahol az életmódváltás szakaszaiban fordított arányban jut szerephez a szokás és a



szándék. A viselkedésváltozás első időszakában elsősorban motivációra van szükség, itt le kell győzni a korábbi szokásokat, azonban a váltás későbbi szakaszában az újonnan megszilárduló szokások egyre nagyobb stabilitást biztosítanak, és egyre kevesebb erőfeszítést igényel a viselkedéses szándék fenntartása.

A tervezett cselekvés elméletének pontosítására az észlelt kontroll helyett (BAGOZZI és WARSHAW, 1990) a siker és kudarc elvárását vezették be, amely így próbálkozás elmélete néven vált ismertté. A modell figyelembe veszi a múltbeli viselkedést is, beleértve azokat a próbálkozásokat, amelyek nem vezettek eredményre, amely növeli a modell magyarázóértékét.

Az integrált viselkedési modell (Integrated Behavioral Model) az indokolt cselekvés elméletének és a tervezett cselekvés elméletének ötvözött, tovább fejlesztett változata (FISHBEIN, 2007). A modell számos kognitív, emocionális, viselkedési és társas, illetve instrumentális környezeti tényezőt vesz figyelembe **(13. ábra)**.



13. ábra: Az integrált viselkedési modell (IBM)

Forrás: MONTANO és KASPRZYK, 2008

Az elmélet szerint a viselkedéses szándék, vagy motiváció elengedhetetlen a kívánt viselkedés végrehajtásához, azonban további négy fontos tényező is szerepet játszik ebben. A személynek rendelkeznie kell a viselkedés végrehajtásához szükséges tudással és képességekkel, fel kell ismernie,



Émlékeznie kell a viselkedésre (pl. éves tüdőszűrés időpontja) fontos, hogy elháruljon minden környezeti akadály, és minél többször végezze a személy az adott cselekvést (pl. rendszeresen ugyanabba a rendelőbe jár, előre egyeztetett időpontban, amit beírt a naptárába). Az említett tényezők fennállásakor valószínű a viselkedés végrehajtása, a szokás kialakulásával különösen felerősödnek ezek a hatások, és kevesebb szerep jut a viselkedés kialakításakor feltétlenül meghatározó motivációnak.

A viselkedéses szándékot három faktor befolyásolja, amelyek további tényezőkre bonthatók. A viselkedéses attitűdöket a modell emocionális és kognitív komponensekre bontja olyan módon, hogy a tapasztalati attitűd tényező foglalja magába az adott viselkedéssel kapcsolatos érzéseket, hogy a személy mennyire szeretné, mennyire tartja kívánatosnak az adott viselkedés végrehajtását. A kognitív komponens instrumentális attitűd elnevezéssel tartalmazza a viselkedéssel, annak lehetséges kimeneteleivel kapcsolatos személyes hiedelmeket.

Az észlelt normák skálába tartoznak a társas környezeti hatások, azaz hogy a személy milyen elvárásokat tapasztal a társadalom, illetve referenciacsoportja részéről, továbbá milyen viselkedést figyel meg a referenciacsoportjában. A személyes hatóerő megmutatja, hogy a személy mennyire tartja magát képesnek egy adott tevékenység végrehajtására. A kontrollhely tényező arra vonatkozik, hogy mennyiben érzékeli, hogy sorsát, cselekedeteit személyesen képes befolyásolni, és nem külső tényezők (sors, szerencse) határozzák meg a helyzetek kimenetelét, azonban nem elég, hogy a személy felelősnek érzi magát saját egészségi állapotáért, arra is szükség van, hogy ezzel a felelősséggel élni tudjon, és a szükséges változtatásokat, cselekedeteket hatékonyan végrehajtsa énhatékonysága által.

Újszerűsége és komplexitása miatt az Integrált Viselkedési Modellt tartjuk legalkalmasabbnak a magyar fogyasztók egészségmagatartásának felmérésére. Mivel a modell magyarországi alkalmazhatóságának vizsgálata még nem történt



meg, célul tűzzük ki az eredeti faktorstruktúra érvényességének vizsgálatát (**F3 feladat**).

Az életmód azonban nem csak adott időpillanatban megnyilvánuló attitűdök és cselekedetek összessége, hanem szokások és azok változásának komplex és hosszan tartó kialakulásának, fenntartásának folyamatai egyaránt, ezért az egészségmagatartás vizsgálata során az életmódváltás folyamatának is fontos szerepe van.

2.4.2. Az egészségmagatartás folyamatmodelljei

Az életmódváltás területén leggyakrabban alkalmazott modell a változás transzteoretikus modellje (TTM), amely azon a felvetésen alapul, hogy az emberek motivációs készsége az egészségmagatartásuk megváltoztatására szakaszokra bontható, és az intervenció abban az esetben a leghatékonyabb, ha figyelembe veszi az adott szakasz jellemzőit (RUGGIERO, 2000). A transzteoretikus modell öt szakaszra bontja a viselkedésváltozást (PROCHASKA, NORCROSS és DICLEMENTE, 1994): Bezártság, Szemlélődés, Felkészülés, Cselekvés és Fenntartás szakaszaira.

A Bezártság szakaszában lévő személyek nem tesznek, és nem is szándékoznak lépéseket tenni a változás érdekében, amelynek hátterében számos tényező állhat, mint például információhiány, motivációhiány, vagy az erőforrások hiánya. A Szemlélődés szakaszban lévők már készek változtatni eddigi magatartásukon az elkövetkező hat hónapban, a személyek ebben a szakaszban összevetik a változtatás költségeit és potenciális előnyeit. A Felkészülés fázisában a személyek konkrét lépéseket terveznek a változtatásra vonatkozóan, amelyeket belátható időn belül meg kívánnak valósítani. Ezt követi a Cselekvés stádiuma, amelyben meg is teszik az első lépéseket, azonban ebben a fázisban még a visszatérés esélye a korábbi szokásokhoz meglehetősen nagy. A Fenntartás fázisában lévő személyek már hosszabb ideje (legalább hat



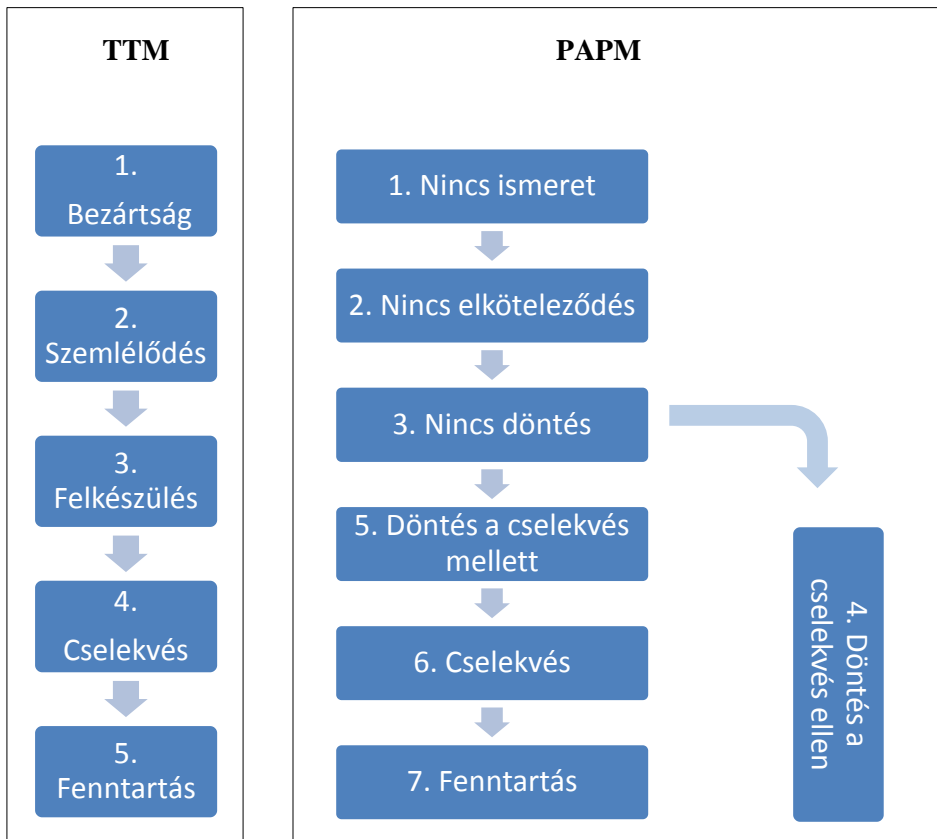
nőnapja) életvitelszerűen változtatták meg szokásaikat, és kevés esélyt látnak a korábbi szokásaikhoz történő visszatérésre (VELICER et al., 1998).

Számos, az elméletet támogató adat mellett felmerül az egyes szakaszok elkülöníthetőségének a kérdése (SUTTON, 1996), továbbá kevés longitudinális adat áll rendelkezésre arra vonatkozóan, hogy a szakaszok milyen mértékben jósolják be a várható viselkedésváltozást (HERZOG et al., 1999).

Az Előkészület Döntéshozatal Folyamat modell (Precaution Adoption Process Model) annak a lépéseit határozza meg, amely során a személy eljut a döntéshozatalig, majd azt követően a cselekvésig (WEINSTEIN és SANDMAN, 1992). A modell hét lépésben határozza meg a viselkedésváltozást. A kiindulási állapotban a személy még nem is hallott az adott témáról, a következő fázisban a személy előtt már nem ismeretlen a téma, de még nem kötelezte el magát. A harmadik lépcső a döntés fázisa, így negyedik lépésben a személy vagy nemleges döntést hoz, ezáltal lezárul a folyamat, vagy elköteleződik a cselekvés mellett. A cselekvés az ötödik lépésben kezdődik el, a hatodikban megszilárdul az új szokás, a hetedik lépcső a fenntartás szakasza. A transzteoretikus modell és az előkészület döntéshozatal folyamat modell szakaszai nagyon hasonlóak (**14. ábra**), a fő különbség talán abban ragadható meg, hogy míg a transzteoretikus modell elsősorban a viselkedéses változás létrejöttére irányul, fő meghatározója az idő (egy hónapon belül, hat hónapon belül stb.) addig az előkészület döntéshozatal folyamat modell inkább a mentális folyamatokra összpontosít.

SCHWARZER (1992, 1999) Egészségcselekvési Folyamat megközelítésében (Health Action Process Approach) csupán két fázist különít el egymástól, a motivációs és akarati fázisokat. A motivációs fázis a „vágytól az akaratig” címkével írható le, ennek során a személy veszély/rizikó percepciója, kimeneti elvárások és észlelt énhatékonyság tényezőinek kölcsönhatása által jut el célok kialakításáig és tervezésig. Az akarati fázis a megformált célok eléréséről szól, a célok részcélokra bontása, valamint a cselekvési módok időzített tervezése és megvalósítása által. A modell a transzteoretikus modellhez

hasonlóan feltételezi, hogy az egyes magatartások során az elkezdés, fenntartás és újratekzés folyamatos ciklusa érvényesül, azaz a folyamatmodellek közös jellemzője, hogy az egészségmagatartást nem statikus, hanem ciklikus folyamatként értelmezik (URBÁN, 2001).



14. ábra: Transzerteoretikus modell és az Előkészület Döntéshozatal Folyamat modellje

Forrás: saját szerkesztés, 2014

2.5. Az egészségorientált táplálkozási módok terjedésének korlátai

A témakörben felmerülő problémákat meglátásunk szerint két csoportra kell bontani. Egyfelől számolni kell az egészségtudatos életmód kialakítását gátló tényezőkkel, másfelől a marketing szempontból rendelkezésre álló erőforrások mennyiségi és minőségi tényezőivel az aktuális fogyasztói környezetben. Az egészségmagatartás kialakulását tehát gátolhatja a modellek által tárgyalt tényezők hiánya, vagy nem kellő erővel történő megjelenése, amely nem csak

egy adott időpillanatban érvényes. FÜREDINÉ KOVÁCS (2008) doktori disszertációjában részletesen foglalkozik az egészségtudatos életmódra történő áttérés akadályaiival, eredményeit az **6. táblázat** összegzi.

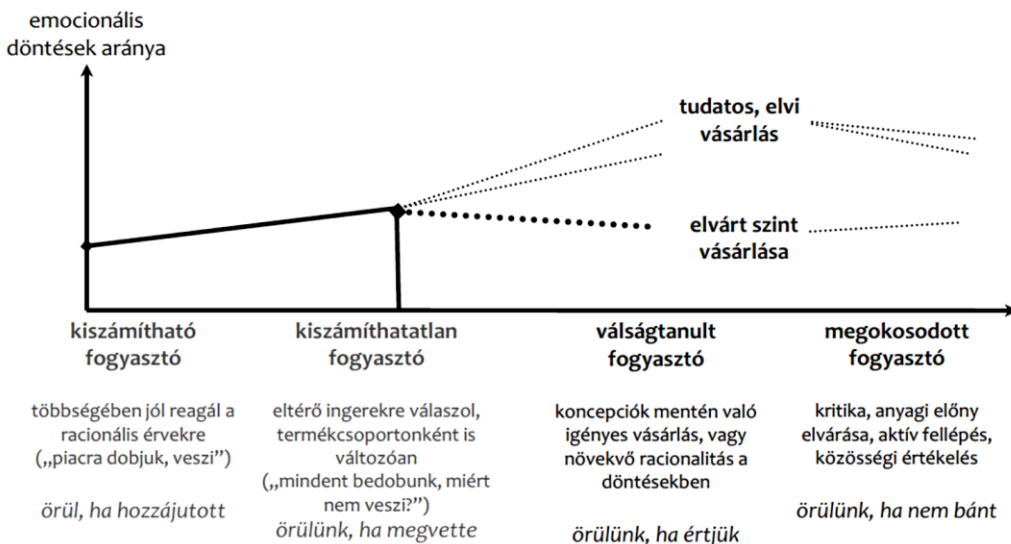
6. táblázat

Az egészséges táplálkozás terjedését fejlesztő, illetve nehezítő, akadályozó tényezők

Fejlesztő tényezők	Nehezítő, akadályozó tényezők
A szakértők elkezdtek aktívan foglalkozni a táplálkozás és az egészségi állapot összefüggéseivel.	A szakértői vélemények szelektíven és nem kellő hatékonysággal jutnak el a közvéleményhez.
Nemzetközi és nemzeti táplálkozáspolitikai kezdeményezések.	A táplálkozáspolitikai végrehajtása elakad vagy nem eléggé hatékony és átfogó.
Az érzékeny fogyasztói csoportok száma nő.	Az élelmiszerek kiválasztása során az ár, a kényelem és az élvezet szerepe jelentős vagy fontosabb, mint az egészségre gyakorolt hatás.
A fiatalok egészségtudatossága erősödik (pl. LOHAS-szegmensek).	A táplálkozási szokások átalakítása kulturális és társadalmi, szociális veszteségekkel járhat.
Az egészséggel és élelmiszerbiztonsággal kapcsolatos szempontok felértékelődése az élelmiszerek kiválasztása során.	Észlelési, értékelési, érzelmi és magatartási akadályok az egyéni viselkedés-változtatás útjában.
Az élelmiszerfogyasztásban élhető meg a legegyszerűbben a fogyasztói kielégülés.	A jövedelmek, illetve a jövedelmek és az élelmiszerárak aránytalansága kedvezőtlenül befolyásolja az élelmiszerek kiválasztását. Emellett a kedvezőtlen árimázs miatt az egészséges táplálkozást a valóságnál is drágábbnak, sok esetben anyagi szempontból elérhetetlennek tartják a fogyasztók.
Keresettek a hibrid-termékek, amelyek egészségesek, gyorsan elkészíthetők és élményt nyújtanak.	A rendszertelen életmód, időbeosztás nehezíti a konzekvensen vállalt egészséges táplálkozást, és szelektív egészségtudatossághoz vezet. - A magukat egészségtudatosnak tartó fogyasztók sem táplálkoznak egészségesen.
Az egészséges táplálkozás többféle útja vált népszerűvé a különböző szegmensek körében (pl. a természetes és a high-tech termékek egymásmellettsége).	Túl sok forrásból érik információk a fogyasztókat, ami szelektáláshoz vezet. Gyakran nem a hiteles forrásokat részesítik előnyben. - Tájékozatlanság és tévhitiek bizonyos kérdésekben.
A táplálkozással kapcsolatos információk népszerűsége. Gyakori megjelenésük a médiumokban.	Az élelmiszerkínálat hiányosságai. – Számos étlettanilag kedvező termék hiányzik a kínálatból. A könnyen elérhető élelmiszerek összetétele nem felel meg az ajánlásoknak.

Forrás: Fürediné, 2008

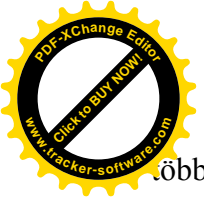
Az életmódváltás tehát önmagában is komplex jelenség, amelynek a megvalósulását önmagában is számos tényező befolyásolja. Ehhez járul még hozzá az aktuális társadalmi, gazdasági helyzet, illetve az objektív tényezőkön túl a piaci hangulat, és a fogyasztói bizalom. A fogyasztói gondolkodás rendkívül nagy változásokon ment keresztül a rendszerváltás óta (**15. ábra**).



15. ábra: A magyar fogyasztó evolúciója

Forrás: Töröcsik, 2014

TÖRÖCSIK (2014) a rendszerváltást követő években kiszámítható fogyasztóról beszél, aki még örül a bővülő piac adta lehetőségeknek, a gyártói és kereskedelmi márkák megjelenésének, hogy egyre több termékhez jut hozzá a korábbi áru- és választékhány éveit követően. A fogyasztó ekkor még gyanútlan, nem él kritikával a kínálat iránt. A kínálati piac telítődésével már egyre jobban meg kellett küzdeni a fogyasztó figyelméért, emiatt a reklámok egyre többet és többet ígértek, miközben a sajtó hangos volt a különböző élelmiszerbotrányoktól. A fogyasztó elbizonytalanodott, már nem fogadta be kritika nélkül a különböző marketingüzeneteket. Ebbe a piaci környezetbe robbant be a gazdasági világválság, ami hatalmas kényszerítő erőt jelentett a fogyasztói döntésekre. Az emocionális döntések háttérbe szorultak, a fogyasztók



Jobbsége kénytelen volt felülvizsgálni és tudatosítani értékrendjét, és elhatározni, hogy mi az a termékkör, amelyből elegendő, ha a termék megfelel egy elvárt minimális szintnek, és mely döntések esetében fontosak továbbra is a magasabb minőség, élvezeti érték, környezetkímélő tulajdonság. Ebben az időszakban a kínálati oldal szereplői egyre tanácstalanabbá váltak, próbálták követni a fogyasztók döntési mechanizmusában kialakult változásokat, keresték a preferenciákat, és „örültek, ha értették” fogyasztóikat. A válságot követő időszakban kiteljesedik a megokosodott fogyasztó kora, aki túlkínálatban élve, okulva az élelmiszerbotrányok és gazdasági válság tapasztalataiból tág lehetőségtérben, okos eszközökkel felvértezve (okostelefon, ár-összehasonlító oldalak) keresi a legjobb lehetőséget, és azonnal meg is osztja a tapasztalatait az online fórumokon. A kereskedők tehát már nem pusztán örülnek, ha vásárol, de „örülnek, ha nem bánt” a fogyasztó a közösségi oldalakon, blogokon megjelenő véleményével.

Itt tart tehát 2015-ben a magyar fogyasztó története, ebben a környezetben kell megoldást keresni az egészségvédő hatású termékek és szolgáltatások értékesítésére (**F4 feladat**), amikor a fogyasztó bizalma megingott, anyagi lehetőségei korlátozottabbak, mint korábban, döntései hibrid értékrenden alapulnak és megfontoltabbak, a rossz tapasztalat azonnal megjelenik az online fórumokon, és a marketing presztízse, költségvetése sem éppen fénykorát éli.



3. A DISSZERTÁCIÓ CÉLKITŰZÉSE

A fejezetben elsőként a disszertáció célkitűzését mutatom be, majd ez alapján megfogalmazom a feladatokat, végül felállítom a hozzájuk kapcsolódó hipotéziseket. A szekunder adatok alapján megállapítható, hogy az egészség megatrend nagy befolyásoló erővel bír a fogyasztói társadalom értékrendjére (ALLIANZ GLOBAL INVESTORS, 2010). Az egészség koncepció változóban van a nyugati társadalmakban, így az allopatíás orvoslás területén is érzékelhető a többdimenziós értelmezés elfogadása, tehát az egészség többet jelent a fizikai betegség hiányánál, azonban az egészségügyi ellátó rendszerben nincs szabad kapacitás a további (pl. lelki, szociális) jólléti dimenziók kezelésére. A hiányzó kapacitást a szolgáltató szektornak kell kitöltenie, amennyiben a fogyasztói tudatban megszilárdul az öngondoskodás, illetve preventív egészségmagatartás gondolata, amely fizikai síkon is csökkenti a betegségek kialakulásának kockázatát, és összességében jelentősen költséghatékonyabb, mint a kialakult betegség allopatíás kezelése (LANTOS, 2014).

Magyarországon különösen nagy szükség van az attitűdváltozásra, mivel az EUROSTAT (2014) adatai alapján egyértelműen kijelenthető, hogy a magyar lakosság egészségi állapota elmarad az Európai Unió átlagától, illetve mivel az egészségi állapotot jelentős mértékben életmód tényezők határozzák meg (LALONDE, 1974). A korábbi szegmentációs vizsgálatok bebizonyították, hogy a lakosság egészségmagatartás szempontjából nem tekinthető homogénnek, azaz meghatározható olyan egészségorientált fogyasztói csoport, amelynek tagjai nyitottak az életmódváltás iránt (SZAKÁLY, SZENTE, SZÉLES, 2008; GFK, 2012; RÁCZ, 2013; SOÓS 2014), amennyiben a szakma készen áll a fogyasztói igényeknek megfelelő alternatívák kidolgozására és megvalósítására.



Célkitűzésem, hogy az egészségkonceptió, egészségi állapot, illetve egészségmagatartás fogyasztói vizsgálatával szegmentációt hajtsak végre, és javaslatokat tegyek az egyes szegmensek egészségmagatartásának fejlesztését illetően. A javaslatokon túlmenően célom egy konkrét táplálkozásmód váltást támogató program kidolgozása, amely beilleszthető a vállalati marketing stratégiába, ezáltal javítja a piaci pozíciót.

A cél megvalósításához szükséges feladatok, és a hozzájuk rendelt hipotézisek a következők:

➤ ***F1: A fogyasztók szubjektív egészségi állapotának felmérése, továbbá az egészség és egészségmagatartás fogyasztók által ismert fogalmainak, tényezőinek vizsgálata, az életmódváltást akadályozó tényezők feltárása.***

Mivel napjainkban még a kutatók figyelme is elsősorban a fizikai dimenzióra irányul (HAWKS et al., 2008) amikor az egészségmagatartás vizsgálatáról beszélünk, valószínűnek tartjuk, hogy a fogyasztói gyakorlat sem előrehaladottabb. A további vizsgálatok lefolytatása illetve beavatkozási lehetőségek kidolgozása érdekében azonban fontos megállapítanunk az egészségmagatartás jelenlegi értelmezési tartományát.

Ezt követően megvizsgáljuk az egészségmagatartás tényezőit, és az életmódváltás fogyasztók által érzékelt akadályait, hogy azonosíthassuk a változáshoz szükséges tényezőket, amelyek később beilleszthetők a termékfejlesztésbe illetve marketingkommunikációba.

▪ ***H1: Az egészség dimenziói közül a fogyasztók számára legfontosabb a testi egészség.***

A fogalmak tisztázása és a tényezők azonosítása céljából fókuszcsoportos vizsgálatot végzünk, amelynek eredményeit kvantitatív felmérés keretében országos reprezentatív mintán teszteljük, és a tényezők relatív fontosságát páros t-próbákkal összehasonlítjuk.

▪ ***H2: A lakosság egészségi állapota indokolja az egészségtudatos életmódra történő áttérést.***



A hipotézisvizsgálat keretében a szubjektív illetve objektív egészség-állapot primer és szekunder forrásból származó eredményeit összevetjük a kérdőíves vizsgálat Transzteoretikus modellre, továbbá a fizikai aktivitásra vonatkozó kérdésekre kapott gyakorisági értékekkel.

▪ **H3:** *Az életmódváltást akadályozó tényezők között első helyen jelenik meg az anyagi forrás hiánya.*

Kvalitativ módszerrel feltárjuk és pontosítjuk az életmódváltást akadályozó tényezőket, amelyek között várhatóan szerepel az anyagi forrás hiánya, majd kvantitativ felmérés keretében országos reprezentatív mintán teszteljük, és a tényezők relatív fontosságát páros t-próbákkal összehasonlítjuk.

➤ **F2:** *A leggyakoribb egészségorientált táplálkozásmódok ismeretének és alkalmazásának felmérése, a táplálkozásmód váltás egészségi állapotra gyakorolt hatásának feltárása. Az ayurveda táplálkozás ismeretének és alkalmazásának felmérése a lakosság körében, ayurvedikus szolgáltatások iránti attitűd vizsgálata, célpiac meghatározása.*

Felmértük a Magyarországon legismertebb egészségorientált táplálkozási módok ismeretének és alkalmazásnak mértékét, ezen belül kiemelt figyelmet fordítunk az ayurveda táplálkozásra.

Az ayurveda egy Magyarországon kevésbé ismert, trend szinten is alig érzékelhető irányzat, azonban kiválóan illik a jelenleg kibontakozó egészség trendek rendszerébe, és véleményünk szerint a közeljövőben résziaci szinten számítani lehet a megjelenésére, illetve növekedésére. A felmérés célja, hogy a trend megjelenésének ebben a korai szakaszában a fogyasztói igények feltárásával hozzájáruljunk a lendület szakaszába lépéshez.

▪ **H4:** *Az egészségorientált táplálkozási módok ismerete és alkalmazási gyakorisága között jelentős különbség van.*

A hipotézist a különböző táplálkozási módok ismeretére és rendszeres alkalmazására vonatkozó gyakorisági adatok összehasonlításával vizsgáljuk.



Ez a kérdés azért jelentős, mert feltárja az ismeretek és a rendszeres alkalmazás közötti rést, amelynek betöltésére alkalmas módszer megtalálására az F4 feladatban törekszünk.

- **H5:** *Az egészségorientált táplálkozásmódra történő áttérés és az egészségi állapot között pozitív összefüggés van.*

Feltételezzük, hogy az életmódváltás az egészségi állapot javulását vonja maga után. Mivel a mért változók egyike sem mérhető intervallum skálán, a feltételezett összefüggést keresztábrák elemzéssel, illetve chi-négyzet próbával vizsgáljuk.

- **H6:** *Az ayurveda táplálkozás ismerete és alkalmazása pozitív fogyasztói attitűdök mellett is alacsony.*

Fókuszcsoportos vizsgálatban részletesen megvizsgáljuk az ayurveda iránti attitűdöket, illetve lehetséges termékek/ szolgáltatások bevezetésének várható fogadtatását, majd kérdőíves felmérés keretében vizsgáljuk országos reprezentatív mintán az ayurveda táplálkozásmód ismertségét és alkalmazását a fogyasztók körében, azaz megállapítjuk a jelenlegi célpiac méretét.

➤ **F3:** *Az egészségmagatartás alapú szegmentáció végrehajtásához alkalmas modell tesztelése, egészségorientált fogyasztói szegmens meghatározása és jellemzése egészségi állapot, táplálkozási szokások illetve fizikai aktivitás alapján.*

Számos szegmentációs vizsgálat született az utóbbi években, amely eltérő szempontrendszer alkalmazva meghatározta az egészségtudatos fogyasztói csoport méretét a hazai lakosság körében. A szegmentációs vizsgálatot azért szükséges megismételni, hogy a további gyakorlati alkalmazás számára legalkalmasabb modellt megtaláljuk, amelyet a táplálkozásmód váltást elősegítő program kidolgozásában is jól alkalmazhatunk.

- **H7:** *Az egészségmagatartás Integrált Viselkedési Modelljeinek vizsgálatával reprodukálható a változók eredeti faktorstruktúrája.*



Szekunder források alapján elemeztük az egészségmagatartás ismeri modelljeit, amelyek közül az Integrált Viselkedési Modellt (**13. ábra**) tartjuk legalkalmasabbnak a szegmentáció végrehajtására. A Modell tesztelését országos reprezentatív mintán végezzük. A vizsgált állításon először faktoranalízissel megvizsgáljuk az állításon faktorstruktúráját, amelyet összevetünk az eredeti modellel. Az így kapott faktorokon elvégezzük a fogyasztói szegmentációt.

- **H8:** *Az Integrált Viselkedési modell alkalmazásával meghatározható olyan egészségorientált fogyasztói csoport, amely egészségmagatartása alapján elkülönül más fogyasztói csoportoktól.*

A fogyasztói csoportok részletesebb vizsgálatát végezzük el, keresztátlás elemzés, illetve chi-négyzet próba segítségével összefüggést keresünk a klaszterbe tartozás és az egészségmagatartás tényezői között.

- **H9:** *Az egészségorientált szegmens objektív illetve szubjektív egészségi állapota legkedvezőbb a vizsgált szegmensek közül.*

Keresztátlás elemzés, illetve chi-négyzet próba segítségével összefüggést keresünk a klaszterbe tartozás és az egészségi állapot tényezői között.

➤ **F4:** *Egészségtudatosabb táplálkozási módra történő áttérést segítő pszichológiai és táplálkozástudományi program kidolgozása és tesztelése.*

Fontosnak tartjuk, hogy a piackutatás eredményeiből ne pusztán leíró jellegű eredményeket kapjunk, hanem egy gyakorlati példán keresztül bemutassuk az eredmények alkalmazási lehetőségeit. Célunk, hogy az egészséges életmód iránt fogékony célcsoport tagjai számára összeállítsunk egy csoportos, személyes jelenlétre épülő táplálkozásmód váltást segítő programot a felmérésből származó akadályozó tényezők és egészségmagatartást befolyásoló elemek felhasználásával. A program egyedisége, hogy a táplálkozási iránymutatáson és a személyes élményen túl pszichológiai modul is tartalmaz, amely vélhetően hatékonyabbá teszi az életmódváltást. A marketingstratégiába illesztve feltételezésünk szerint növeli a cég reputációját, és a fogyasztói lojalitást,



valamint pl. egészségvédő hatású élelmiszerek gyártói esetében fokozza az elégedettséget, mivel a program során elért kedvező eredmények mellett a termék egészségvédő hatásai hatványozottan érvényesülnek.

- **H10:** Az *F1* és *F3* vizsgálatok eredményei alapján kialakított pszichológiai és táplálkozástudományi program hatékonyan alkalmazható a táplálkozásmód váltás elősegítésére, és jól illeszkedik a vállalati marketing stratégiába.

A hipotézisvizsgálat tartalmazza a program pilot verziójának megvalósítását, amely előzetes állapotfelméréssel indul, és eredményességméréssel zárul. Eredményesnek tekintjük a programot abban az esetben, ha a résztvevők mérhetően változtattak táplálkozási szokásaikon, illetve pszichológiai jól-létük növekedett. A program végén kérdőíves felméréssel vizsgáljuk a fogyasztók attitűdjeit és programmal kapcsolatos elégedettségét.

Minden esetben törekedtünk a kutatási fókusz szem előtt tartására, ezzel párhuzamosan az egyes vizsgálati szakaszokban az általunk kitűzött célok folyamatosan finomodtak. A feladatokat és a hozzájuk tartozó hipotéziseket összefoglalóan az **7. táblázat** szemlélteti.

7. táblázat

Feladatok és hipotézisek rendszere

Feladat	Hipotézis
F1	H1
	H2
	H3
F2	H4
	H5
	H6
F3	H7
	H8
	H9
F4	H10

Forrás: Saját szerkesztés, 2016



4. ANYAG ÉS MÓDSZER

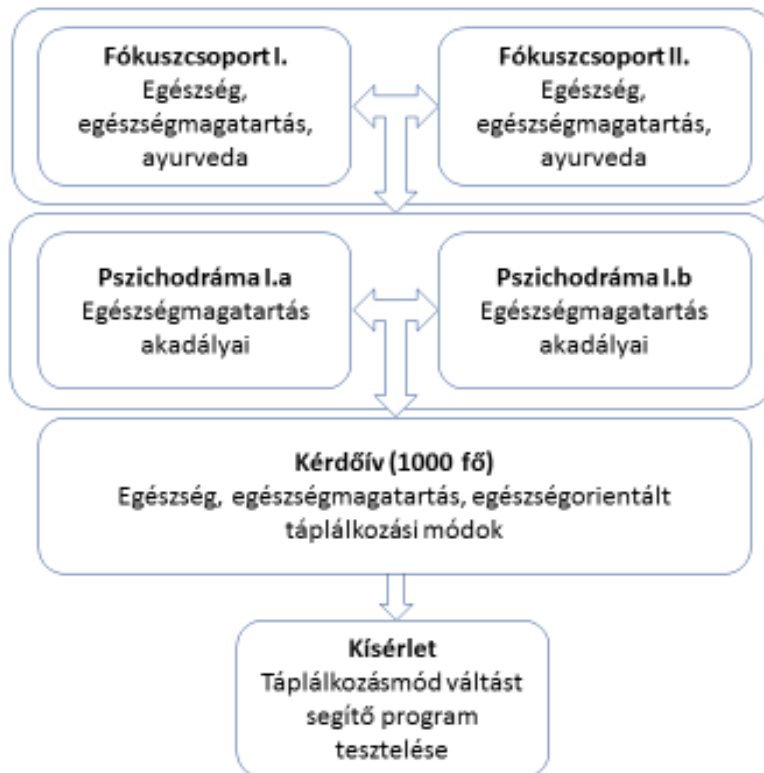
4.1. Szekunder kutatás

A kutatás során szekunder és primer adatokra egyaránt támaszkodtunk. Elsőként szekunder adatgyűjtés segítségével arra törekedtünk, hogy minél komplexebb képet kapjunk a témában megjelent kutatási eredményekről, illetve hazai és európai statisztikák elemzésével az elérhető legfrissebb adatokra támaszkodva meghatározzuk az egészségi állapot és egészségmagatartás kritikus pontjait. Statisztikai adatbázisok közül elsősorban az EUROSTAT adataira támaszkodtunk, de fontos információforrás volt továbbá a KSH adatbázisa és publikációi, illetve a GFK adatainak korlátozott hozzáférhetősége miatt GFK – TÁRKI munkatársainak előadásai.

A releváns szakirodalom felkutatását az EBSCO, EISZ, MATARKA és SCIENCE DIRECT, GOOGLE SCHOLAR online szolgáltatások segítették, a hazai teljes szövegű cikkek elérésében gyakran a szerzők nyújtottak segítséget.

4.2. Primer kutatás

A szekunder adatok feldolgozása lehetővé tette a primer kutatás megtervezését (16. ábra).



16. ábra: A primer kutatás logikai felépítése

Forrás: Saját szerkesztés, 2014

Primer adatgyűjtésünk során kvalitatív (minőségi) és kvantitatív (mennyiségi) kutatásokat egyaránt végeztünk. A primer kutatási szakaszt két feltáró fókuszcsoportos vizsgálattal indítottuk 2012 februárjában, amelynek során az egészségtudatos, illetve ayurveda rendszerét ismerő csoport egészségképét, egészségmagatartását vizsgáltuk, majd rátértünk az ayurveda iránti attitűdök vizsgálatára. A következő vizsgálataink 2013 tavaszán az egészségtudatos életmódot akadályozó tényezők feltárására irányultak, amelynek során piackutatásban ritkán használt pszichodráma módszert ötvöztük az NLP (neuro-lingvisztikus-programozás) módszerével.



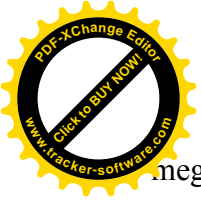
A két típusú kvalitatív felmérés már elegendő adatot szolgáltatott a kérdőív összeállításához, amelynek a felvétele 2013 nyarán 1000 fős országos reprezentatív mintán történt meg. A kvantitatív felmérés részben pontosította a kvalitatív vizsgálatok eredményeit (egészség fogalma, egészségtudatos életmódot akadályozó tényezők) részben új témaköröket tárt fel (szegmentáció, modelltesztelés, egészségorientált táplálkozási szokások).

A kutatási eredmények összegzésével táplálkozástudományi szakértő bevonásával kidolgozásra került egy pszichológiai és táplálkozástudományi ismereteket egyaránt ötvöző kísérleti program, amelynek 6 hetes pilot verzióját 2014 nyarán bonyolítottuk le 8 fő részvételével.

4.2.1. Fókuszcsoportos vizsgálatok

A kutatás első részében kvalitatív vizsgálatokat végeztünk, amelynek célja, hogy feltárja a fogyasztók gondolkodásának mintázatait, tisztázza az egyes fogalmakat, rávilágítson a motivációkra és véleményekre (LEHOTA, 2001). A kvantitatív kutatási módszerekkel ellentétben, az adatgyűjtés e formája arra világít rá, hogy a fogyasztó milyen mögöttes okból kiindulva cselekszik az általa meghatározott módon, a vizsgált témakörben (BLANKENSHIP és BREEN 1993, SCIPIONE 1994, MALHOTRA 2001). A vizsgálati módszer statisztikai vizsgálatra nem alkalmas, azonban előkészíti a kvantitatív vizsgálati szakaszt azáltal, hogy szűri, illetve pontosítja a vizsgálat tárgyát, alkalmas ad a kérdéses fogalmak tisztázására, hatékonyabbá teszi a kérdőív összeállítását. A minőségi kutatás elősegíti az emocionális tartalommal bíró, töredékes vélemények felszínre kerülését és ez által betekintést tud nyújtani a megkérdezettek témával kapcsolatos preferenciáiba, averzióiba és attitűdjeibe (HERCZEG, 2008).

A kvalitatív vizsgálatok közül elsőként fókuszcsoport vizsgálatot alkalmaztunk a disszertáció elkészítése során. Két csoportos interjút folytattunk le az egészség, egészségmagatartás és ayurveda témakörében. A vizsgálatban sor került az egészség, illetve az egészségmegőrzés fogalmainak



meghatározására, a fogalmakat alkotó tényezők meghatározására spontán említés, illetve a WHO által meghatározott öt dimenzió (WHO, 1946) alapján. A résztvevők osztályozták a tényezők szubjektív fontosságát:

- az egészség esetében racionális,
- az egészségmegőrzési módok esetében racionális és emocionális választással is.

Azután arra kerestük a választ, hogy hogyan illeszthetők be az ayurveda szolgáltatások a hazai egészségmegőrzési módszerek rendszerébe.

Kutatási koncepciónk alapján két azonos szempont mentén kiválasztott csoportban folytattuk volna le a vizsgálatot egy fővárosi és egy vidéki helyszínen, azaz Budapesten és Kaposváron, amely lehetőséget nyújtott volna a földrajzi helyzetből adódó különbségek vizsgálatára. A csoportokba olyan (6 nő 2 férfi) önbevallás alapján egészségtudatos fogyasztókat kerestünk, akik ismerik az ayurveda rendszerét, és lehetőség szerint személyes tapasztalattal is rendelkeznek az ayurvedikus szolgáltatásokról. A legfontosabb különbség már a csoportszervezéskor megmutatkozott, ugyanis Kaposváron nem teljesült az ayurveda ismeretére irányuló feltétel, és Budapesten sem volt könnyű feladat a résztvevők kiválasztása. A csoportok így Kaposváron (5 nő 1 férfi) egészségtudatos, Budapesten (6 nő 1 férfi) ayurvedát ismerő, egészségtudatos kritériumok alapján szerveződtek. A fókuszcsoportok forgatókönyvét az **1. sz. melléklet** tartalmazza, a kaposvári forgatókönyv annyiban különbözött a budapestitől, hogy az ayurvedára vonatkozó kérdések előtt a moderátor röviden ismertette az ayurveda rendszerét. A kaposvári fókuszcsoport lebonyolítására a Kaposvári Egyetem Marketing és Kereskedelem Tanszékén működő Marketing Kutató Laboratóriumában került sor, a budapesti interjú bérelt helyszínen zajlott a Magnet Közösségi ház termében, az Andrassy út 98 szám alatt.

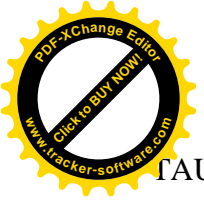


4.2.2. Pszichodráma csoportok

A releváns szakirodalom áttekintését követően megállapítottuk, hogy a Neuro Lingviztikus Programozás, röviden NLP (O'CONNOR és SEYMOUR, 2010) illetve a pszichodráma módszere (HAIMERL és ROLEFF, 2000) kevésbé ismert technika ezen a területen. A konkrét technika kiválasztásánál arra törekedtünk, hogy az NLP pszichoterápiás eszköztárából olyat válasszunk, ami a klinikai alkalmazáson túl jól felhasználható egy attitűd mögött rejlő tényezők dinamikájának feltérképezésére, tehát a terápiás mélység helyett inkább a coaching mélységét közelíti meg.

A reframing, azaz átkeretezés technikáját (BALDLER és GRINDER, 1984) megfelelőnek találtuk erre a célra, mivel jól meghatározott lépéseken keresztül azonosítja a problémát, illetve a problémás viselkedésért felelős részt/részeket, megvizsgálja, hogy hogyan hatnak a megfogalmazott célok ellenében, mely területeken, milyen módszerekkel segítik a személyt, azaz miért van, vagy volt szükség azokra. Lehetséges, hogy az élet más területein ezek a tényezők támogatóként lépnek fel, ilyenkor kontextus reframinget alkalmazunk, vagy alternatív jelentéstartalmat kínálunk fel a személynek, azaz jelentés reframinget végzünk (VAKNIN, 2008).

Tovább erősíti a változást a támogató tényezők keresése, és azok üzeneteinek megfogalmazása, majd ezek a részek dinamikus interakcióba kerülnek a hátráltató részekkel, amíg a terapeuta/moderátor vezetésével konstruktív egyezsége jutnak. Ezt követően az ökológiai vizsgálatban (ecology check) meg kell győződni arról, hogy minden „meghívott rész” elégedett az egyezséggel, és nincsenek más belső vagy külső tényezők, amelyek hátráltatnák az új egyezés betartását. Az utolsó lépés, a jövőbe helyezés (future pacing) leellenőrzi, és megerősíti, hogy az új viselkedés a jövőben is meg fog jelenni. A reframinget jellemzően individuál terápiában alkalmazzák, azonban a fókuszcsoporthoz alkalmazás érdekében a pszichodráma (KARP, HOLMES és



TAUVON, 1998) módszerével kihelyeztük az egyéni történeket csoport szintre, hogy az egész csoport látásmódja kifejeződhessen.

A kutatás keretében két fókuszcsoportos vizsgálatot végeztünk (Pszichodráma I.a. és Pszichodráma I.b.) bachelor képzésben résztvevő hallgatókkal. A vizsgálatot marketingkutatás tanóra keretében folytattuk le, az első órákon, azaz a hallgatók még nem képződtek ebben a tekintetben. A csoportokat 13, illetve 11 résztvevővel tartottuk meg a Marketing és Kereskedelem Tanszék Marketingkutató Laboratóriumában. A beszélgetésekről hangfelvétel készült, a pszichodráma játékot pedig videokamerával rögzítettük, valamint egy megfigyelő segítette az adatok értelmezését, aki detektívtükör mögül végezte a megfigyelést. A módszer forgatókönyvét a **2. sz. melléklet** tartalmazza.

A két csoport vezetése módszertanilag különbözött, mivel a második esetben már beépítettük az első csoport eredményeiből származó tapasztalatokat. Az első esetben (Pszichodráma I.a.) a reframing technikát a lehető legkevesebb változtatással helyeztük át a csoportba, azaz a játék során egy személy élethelyzetét dolgoztuk fel, aki a belső vagy külső tényezők megjelenítéséhez szereplőket választott a csoportból, a csoporttagok pedig egy táblázaton tudták követni az egyes részeket, illetve a játék végén megoszthatták a saját élethelyzeteiket, illetve kitöltés után ezeket a táblázatokat leadták a moderátornak. Ezt a módszert túlzottan egyén központúnak ítéltük, nem nyilvánult meg kellőképpen a csoport véleménye, ez abból is látszott, hogy a leadott táblázatok kitöltése hiányos volt, és a válaszok nem tükrözték reframing folyamatának megértését, amiből arra következtettünk, hogy a moderátori vezetés nem nélkülözhető ennél a műveletnél.

A Pszichodráma I.b. csoport vezetése annyiban különbözött a Pszichodráma I.a. csoportétól, hogy a csoport egészségmagatartását egyetlen személy egészségmagatartásaként értelmeztük, így minden csoporttag szereplővé vált. A drámajáték lépései, és tartalmi elemei azonban teljes mértékben megegyeztek a



Pszichodráma I.a. csoportban alkalmazott módszerrel. Azt követően megkérdeztük, hogy mennyire tudtak azonosulni a játékkal, mi az, amiben saját életük hasonlít, illetve eltér a felsorakoztatott érvekhez képest, illetve a jövőbe helyezés pontnál megkérdeztünk minden résztvevőt, hogy mi lenne az első lépés, amit a kívánt cél érdekében meg tud tenni. Ilyen módon jobban érvényesült a csoport konszenzus, illetve a csoporttagok egyéni álláspontja.

4.2.3. Kérdőíves megkérdezés

A fejezetben elsőként a mérőeszközt mutatjuk be, a kérdőív fő kérdésköreinek és mérési skáláinak meghatározásával, majd a mintavételi eljárásról, illetve az adatfelvételtől számolunk be, zárásul pedig az adatfelvétel és adatrögzítés módszereit ismertetjük.

4.2.3.1. Mérőeszköz

A kérdőíves felmérés során kvantitatív módszerrel is feltárássra került a fogyasztók egészség értelmezése, egészségi állapota, illetve egészségmagatartása. Az Integratív Viselkedési Modell tesztelésére szolgáló állítássor vizsgálata pedig alapul szolgált a feladatokban meghatározott szegmentációs vizsgálatokhoz. A kérdőív strukturális felépítését a **8. táblázat** mutatja be.

A kérdőív strukturális felépítése

Témakör	Kérdés témája	Kérdés	Mérési szint
Egészség értelmezés Egészségi állapot	Egészség értelmezés	1.	Likert skála
	Egészségfejlesztés tényezői	2.	Likert skála
	Szubjektív egészségi állapot	3.	ordinális
	Objektív egészségi állapot	4.	nominális
Egészségmagatartás	Fizikai aktivitás gyakorisága	5.	ordinális
	Fiz. aktivitás megnevezése	6.	nominális
	Táplálkozásmód váltás	7.	ordinális
	Élelmiszer választás	8.	Likert skála
	Eg.orientált táplál. módok	9.	ordinális
Egészségmagatartás modellezése	Integrált Viselkedési Modell tesztelése	10.	Likert skála
Szociodemográfiai változók	nem	11.	nominális
	életkor	12.	arány
	iskolai végzettség	13.	ordinális
	családi állapot	14.	nominális
	jogi helyzet	15.	nominális
	élelmiszer beszerzés	16.	nominális
	szubj. jövedelemszint	17.	ordinális

Forrás: Saját szerkesztés, 2015

A kérdőív első kérdése a fókuszcsoportok eredményeként kapott egészségdimenziók fontosságának mérésére irányult, a nyolc dimenzió erősségét ötfokú Likert skálán mértük. A következő kérdés az egészségesebb életmód folytatásához szükséges erőforrásokat mérte fel szintén ötfokú Likert skálán, a válaszlehetőségeket a pszichodráma csoportok eredményei alapján állítottuk össze. Rákérdeztünk a résztvevők szubjektív egészségi állapotára, amelyet 5 fokú ordinális skálán rendeztünk. Az objektív egészségi állapotra egy többválasztásos kérdés vonatkozott, amelyben nominális skálán be kellett jelölnie a válaszadónak, hogy a felsoroltak közül mely egészségügyi problémák érintik.



A preventív egészségmagatartás tényezői közül a testmozgásra és a táplálkozásra kérdeztünk rá. A testmozgásra két kérdés vonatkozott, először a fizikai aktivitás végzésének gyakoriságát vizsgáltuk négyfokú ordinális skálán, majd nominális skálán mértük az aktivitás formáját, itt 12 válaszlehetőséget adtunk meg, és természetesen volt lehetőség egyéb tevékenység megnevezésére is. A táplálkozásra három kérdés irányult, a **2.4.2. fejezetben** ismertetett Transzteoretikus modell alkalmazásával megkérdeztük a résztvevőket, hogy hol tartanak az egészségtudatos táplálkozásra történő áttérés terén (6 fokú ordinális skála), majd hogy élelmiszervásárlás során milyen mértékben keresik az egészségvédő hatású élelmiszereket (5 fokú Likert skála) illetve milyen egészségorientált táplálkozásmódokat ismernek, próbáltak vagy alkalmaznak rendszeresen. Az egészségorientált táplálkozási szokásokra vonatkozóan 16 táplálkozásmódot soroltunk fel, mivel a táplálkozástudományi szakirodalomban nem találtunk sem definíciót, sem felsorolást az egészségorientált táplálkozási szokásokra, ezért online források alapján gyűjtöttük össze a válaszlehetőségeket az „egészséges táplálkozás” keresőszavakra kapott eredmények alapján (4 fokú ordinális skála). Minden kérdés esetében adtunk lehetőséget a felsoroltaktól eltérő válasz megadására.

Végül az egészségmagatartás mérésére komplexitása és újszerűsége miatt legalkalmasabbnak tartott Integrált Viselkedési Modell (**2.4.1. fejezet**) mérésére kialakított 23 állításból álló kérdéssorral (5 fokú Likert skála) vizsgáltuk a válaszadók egészségmagatartását. Vizsgálat alá vontuk az Attitűd, Észlelt normák, Személyes hatóerő faktorait, illetve a Viselkedéses szándékot, azaz a modell személyiségváltozóit. A modellben megjelenő egyéb változókat, mint pl. Viselkedéshez szükséges tudás és képességek, Kiugró jelleg nem vizsgáltuk, mivel nem egy meghatározott, speciális viselkedés megvalósulását mértük (pl. részvétel szűrővizsgálatokon), amelyhez szükséges tudás, képességek, tárgyi illetve anyagi feltételek meghatározhatóak lennének, hanem az egészségmagatartás egészét, azaz bármilyen viselkedést, amely a személy



szerint hozzájárul egészségi állapota fenntartásához vagy javításához. Környezeti tényezőkre illetve Szokásokra nagymértékben rávilágít a pszichodráma csoportokon feltárt, szükségesnek tartott erőforrások iránti igény, tehát a viselkedéses szándék és viselkedés közt meghúzódó tényezők együttesét a pszichodráma módszerével meghatározott változók kvantitatív vizsgálatával mértük.

A kérdőív végén a szociodemográfiai változók szerepeltek: nem, életkor, családi állapot, iskolai végzettség, jogi helyzet, jövedelemszint, illetve, hogy elsődleges élelmiszer beszerzőnek tekinti-e magát a válaszadó a családban. A kérdőívet a **3. sz. melléklet** tartalmazza.

4.2.3.2. Mérési módszer: mintavételi eljárás, adatfelvétel

A kvantitatív (mennyiségi) kutatás során kérdőíves megkérdezést hajtottunk végre. Az országos omnibusz kérdőíves felmérést 2013. év júliusában végeztük el a Szociográf Piackutató Intézet segítségével, 1000 fő bevonásával.

A mintavétel során az egyes régiók és településtípusok esetében kvótás mintavételt végeztünk, a KSH által előzetesen megállapított kvótának megfelelően. Az egyes régiókban a települések kiválasztása sorsolással (egyszerű véletlenszerű mintavétel) történt. A kijelölt településeken a véletlen séta elvét alkalmaztuk (random walking), amely teljes véletlenszerűséget biztosított a megfelelő válaszadók kiválasztásához. Ez azt jelenti, hogy a kérdezőbiztos a mintavételi tervben meghatározott címtől elindulva házszámok szerint növekvő sorrendben minden harmadik házban folytattak megkérdezést. A felkeresett háztartás lakói közül a születésnapj kulcs alkalmazásával választottuk ki az interjúra megfelelő személyt, tehát azt a személyt, akinek a születésnapja legközelebb esett az interjúfelvétel időpontjához.

A minta véletlen hibája $\pm 1,9\%$ - $3,2\%$. Végezetül a reprezentativitás biztosítása érdekében a mintát többdimenziós súlyozással (nem és kor szerint) korrigáltuk, így a minta négy tényező (régió, településtípus, nem és kor) alapján



tükrözi az alapsokaság összetételét. A minta megoszlását a **4. sz. melléklet** tartalmazza.

4.2.3.3. Adatrögzítés és adatelemzés

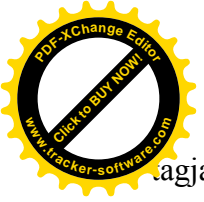
A kvantitatív kutatások eredményeit az SPSS matematikai-statisztikai elemző szoftvercsomag segítségével értékeltük ki. Az adatok rögzítése során metrikus és nem metrikus mérési skálákat egyaránt alkalmaztunk. A kvantitatív kutatás kérdőíves megkérdezései során kapott válaszokat a nominális, az ordinális, az intervallum és az arány skálákhoz kapcsolódó leíró statisztikákkal értékeltük. A kérdőívek eredményeinek feldolgozása során mindenekelőtt a gyakorisági mutatókat, a számtani átlagot, a szórást alkalmaztuk (SAJTOS és MITEV, 2007, MURRAY, 1995).

A nominális és ordinális változók esetében keresztábrás elemzést végeztünk, a változók közötti kapcsolatot chi-négyzet próbával vizsgáltuk. Intervallum skálák esetében Kolmogorov-Smirnov próbával normalitás vizsgálatot végeztünk, majd annak eredményei alapján választottunk parametrikus (páros t-próba) vagy non-parametrikus (Wilcoxon próba) eljárást a változók átlagainak összehasonlítására. Variancia-analízis során a szórások homogenitását Levene teszttel végeztük, a null hipotézis teljesülése esetén Dunnett-T3, elvetése esetén Tukey-b post hoc vizsgálatot alkalmaztunk.

A változók struktúrájának elemzésére főkomponens analízist alkalmaztunk Varimax rotációval. A kapott faktorok reliabilitását Cronbach-alfa értékkel jellemeztük, amely megmutatja a kialakított skálák belső konzisztenciáját. A faktorokkal ezt követően K-közép klaszterezési eljárással klaszteranalízist végeztünk, majd a célcsoportnak tekintett szegmens részletesebb elemzése érdekében újabb klaszteranalízissel alszegmenseket határoztunk meg.

4.2.4. Kísérlet

A szegmentációs vizsgálat eredményei alapján táplálkozásmód váltást segítő programunk célcsoportjának az Egészségtudatos szegmenst választottuk, mert



agjai a legfogékonyabbak, azaz könnyen megszólíthatók az egészség hívó szóval, illetve énjerejük is viszonylag magas, azaz esetükben legvalószínűbb, hogy jelentkeznek, eljönnek és hétről hétre részt vesznek az 5 hetes programon.

A program hatékonyságát megalapozza, hogy személyes jelenlétre épül, kiscsoportos keretek között zajlik (8 fő), rendszeres, tréning jellegű, gyakorlatorientált feladatok által adja át az egészségtudatosabb táplálkozási szokások átvételéhez szükséges ismereteket és készségeket, ezáltal biztosítja a mai fogyasztó számára elengedhetetlen értékeket, azaz az élményt és kapcsolatot (LANTOS, 2008).

A konkrét program 4+1 egymásra épülő tematikus alkalomból áll (2 óra időtartamban) kiscsoportos keretek között (6-10 fő) 4 héten át heti rendszerességgel, majd 2 hét elteltével egy megerősítő, eredményesség mérő csoportra hívjuk meg a résztvevőket, amelyen minden résztvevő írásos visszajelzést kapott az általa elért eredményről így a program teljes hossza 5 hét. A programnak meghirdetésekor a MyTaste nevet adtuk, ami arra utal, hogy nem egy előre meghatározott étrendet adtunk a résztvevők kezébe, hanem abban segítettük őket, hogy saját élethelyzetükből kiindulva, hogyan közelítsék a szokásaikat a táplálkozástudományi értelemben vett kiegyensúlyozott táplálkozáshoz (RODLER, 2004). A MyTaste tartalmi felépítését és a mért változókat a **9. táblázat** mutatja be, a program pszichológiai elemeit a szerző, táplálkozástudományi elemeit Borsos Beáta táplálkozástudományi szakértő állította össze. Minden csoportalkalom kettős vezetéssel zajlott, az első találkozás előtt a résztvevők online szűrőkérdőívet és előzetes helyzetfelmérő kérdőívet töltöttek ki. A helyzetfelmérő kérdőívet azonos tartalommal, elégedettségméréssel kiegészítve (**5. sz. melléklet**) az utolsó alkalom előtt is kitöltötték a résztvevők, ez alapján írásos kiértékelést kaptak.

A MyTaste program tartalma és eredményességmérő változói

A program tartalma	
Pszichológiai	Táplálkozástudományi
Helyzetfelmérés	Helyzetfelmérés
Célkitűzés	Célkitűzés
Gátló tényezők feltárása	Kiegyensúlyozott étrend kialakítása
Erőforrások aktivizálása	Tévhitok megvitatása
Testi jelzések tudatosítása	Tudatos vásárlás, jelölések
Személyes megélések átírása	Konyhatechnológia, praktikák
Mért változók	
Pszichológiai	Táplálkozástudományi
Testmérettel való elégedetlenség	BMI index
Étkezési attitűdök (Érzelmi evés, impulzus evés, kognitív kontroll)	Konyhakörkép
Általános jól-lét	Szociális támogató háló (csak az 1. alkalommal)

Forrás: saját szerkesztés, 2014

A BMI index számítása a testtömeg és testmagasság adataiból sztenderd módszer alapján történt (CSÁNYI, 2010). A BMI index alapján 25,0, egyes források szerint (RODLER et al., 2005) nők esetében 22,8 érték alatt normál testtömegről, a felett túlsúlyról, 30,0 felett pedig elhízásról beszélünk. A Konyhakörkép kérdőívet Borsos Beáta táplálkozástudományi szakértő állította össze a válaszadók étkezési és főzési szokásainak vizsgálatára. A kérdőív arra világít rá, hogy a válaszadó konyhájában/kamrájában/hűtőjében található edények/termékek/táplálékfajták alapján mennyire tekinthető egészségtudatosnak a táplálkozása. A skála ordinális és nominális változókat tartalmaz, hozzárendelt pontértékkel, amelynek maximális értéke -63, tehát ezen a skálán a negatív értékek kedvezőek. A szociális támogató háló kérdőívet szintén Borsos Beáta táplálkozástudományi szakértő állította össze a személy családi/baráti/munkahelyi környezetében tapasztalható társas támogatás mértékének meghatározására. A skála ordinális és nominális változókat tartalmaz, hozzárendelt pontértékkel, amelynek maximális értéke 46 pont, tehát minél több támogatást kap a személy, annál magasabb pontszámot ér el. Mivel a



szociális hálóra az egyén programban történő részvételének kevés hatása van, így ezt a mérést nem ismételtük meg a program végén.

A Testmérettel való elégedetlenség skálát a Testi Attitűdök Tesztjének (PROBST, PIETERS és VANDERLINDEN, 2008; CZEGLÉDI, URBÁN ÉS CSIZMADIA, 2010) országos reprezentatív mintán faktoranalízissel kialakított skáláját (SOÓS, SZABÓ és SZAKÁLY, 2014) vettük alapul, amelynek maximális értéke 24 pont, a 2013-as adatfelvétel alapján az országos átlag 11,16 pont.

Az étkezési attitűdöket a 21 tételes *Háromfaktoros Evési Kérdőív* (KARLSSON et al., 2000, THOLIN et al., 2005) CZEGLÉDI és URBÁN (2010) által fordított és magyar mintán alkalmazott tesztjének SOÓS (2014) által országos reprezentatív mintán vizsgált és faktoranalízissel módosított, eredetivel megegyező elnevezésű skáláin mértük. A három skála maximuma és országos átlaga rendre: Impulzusevés – maximum 12, átlag 6,65; Kognitív korlátozás – maximum 12, átlag 6,67; Érzelmi evés – maximum 24, átlag 9,11.

A pszichológiai jól-lét mérésére a WHO Általános Jól-lét Skálájának (BECH, STAEHR-JOHANSEN ÉS GUDEX, 1996) 5 tételes változatának eredeti hatfokú skáláját alkalmaztuk, így az elérhető maximális pontszám ezen a skálán 30 pont. Összehasonlításképpen (SUSÁNSZKY et al., 2006) a kérdőív validálása során 0-3-ig terjedő, 4 fokú skálán végezték vizsgálataikat, így az általuk alkalmazott skála maximuma 15 pont, az országos reprezentatív minta átlaga 7,8 pont, szórása 3,8.



5. EREDMÉNYEK ÉS ÉRTÉKELEÉSÜK

Az eredmények bemutatását és értékelését a kutatás feladatai és hipotézisei alapján rendszerezzük. A könnyebb áttekinthetőség érdekében a fejezet szerkezetét a **10. táblázat** mutatja be.

10. táblázat

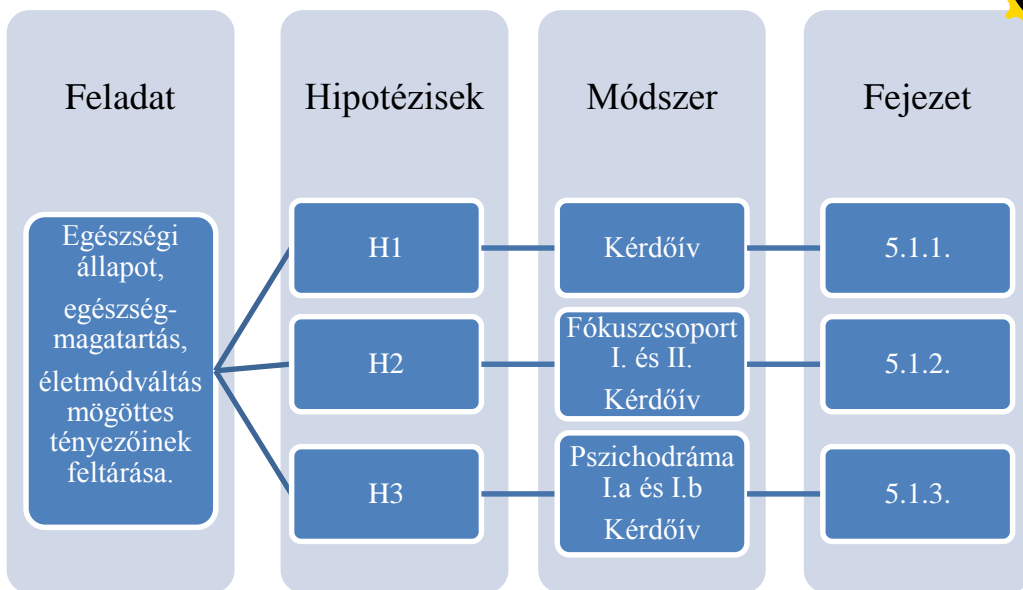
A kutatás eredményei

Téma	Feladat	Hipotézis	Részletes eredmények
Egészségi állapot, egészségmagatartás	F1	H1	5.1.1.
		H2	5.1.2.
		H3	5.1.3.
Egészségorientált táplálkozási szokások	F2	H4	5.2.1.
		H5	5.2.1.
		H6	5.2.2.
Egészségmagatartás alapú szegmentáció	F3	H7	5.3.1.
		H8	5.3.2.
		H9	5.3.3.
Táplálkozásmód váltás támogatása	F4	H10	5.4.

Forrás: Saját szerkesztés, 2016

5.1. Egészség és az egészségmagatartás tényezői

Az 5.1. alfejezetben az első feladathoz tartozó vizsgálatokat mutatjuk be (**17. ábra**), azaz a fogyasztók egészségi állapotának, egészségmagatartásának, egészségértelmezésének felméréseit mutatjuk be, továbbá részletesen elemezzük az életmódváltást elősegítő és gátló tényezőket.



17. ábra: Az 5.1. alfejezet felépítése

Forrás: Saját szerkesztés, 2015

5.1.1. A magyar fogyasztók egészségértelmezésének feltárása

Az egészségről való gondolkodást, az egészségdimenziók ismeretét előzetesen fókuszcsoportos vizsgálattal mértük fel, melynek során a módszertani fejezetben ismertetett módon két csoportban egy kaposvári és egy budapesti helyszínen mértük az egészségasszociációk során megjelenő egészségdimenziókat a WHO (1946) által megállapított öt dimenziós modell mentén először spontán, majd támogatott ismeret módszerével (**11. és 12. táblázat**).

11. táblázat
Egészség asszociációk a kaposvári csoportban

dimenziók	testi	lelki	mentális	emoci-nális	szociális
spontán említés	test sport genetika káros szenvedélyek mellőzése táplálkozás mozgás életmód étrend tisztaság	lélek teljesség harmónia egyensúly	ismeretek felvilágosult -ság tájékoztatás	boldogság	
támogatott említés	testsúly reakció méregtelenítés vegyszer- mentesség	kiegyensúlyozott- ság stressz-mentesség		nyugalom nyitottság	magánélet család munkahely barátok

Spontán említés alapján további dimenzió:

1. környezet: jövedelem, életkörülmények, természet-közelség

Forrás: Saját szerkesztés, 2015

12. táblázat
Egészség asszociációk a budapesti csoportban

dimenziók	testi	lelki	mentális	emocio-nális	szociális
spontán említés	testi-lelki egyensúly táplálkozás mozgás gyógyítás öngyógyítás bioétel alvás mértékletesség szex kikapcsolódás,	testi-lelki egyensúly önmagunkkal való harmónia egészséges önértékelés stressz-kezelés attitűd	gondolkodás	empátia boldogság szeretet	kommunikáció másokkal való törődés felelősségvál- lalás együttérzés gondoskodás önmagunkról és másokról
támogatott említés	vitaminok megelőzés kondíció gyógynövény	képesség a változásra akarattal	pozitív gondolkodás álmok célok	jóindulat nyitottság	lojalitás segítségnyújtás

Spontán említés alapján további dimenzió:

1. környezet: víz, nap, természet, zene
2. transzcendenssel való kapcsolat: hit, spiritualitás

Forrás: Saját szerkesztés, 2015



Módszertanilag nehézséget okoz a két csoport eredményeinek összevetése, mivel két változó mentén is eltérnek, az egyik a földrajzi elhelyezkedés, a másik az ayurveda ismerete. Szándékunk szerint mindkét csoport résztvevői egészségorientált, ayurveda rendszerét ismerő résztvevőkből állt volna, azonban a kaposvári helyszínen nehézségekbe ütközött, hogy olyan résztvevőket toborozzunk, akik a szűrőkérdőíven bejelölték, hogy ismerik az ayurvedát. A csoportos interjú alkalmával kiderült, hogy ezek az ismeretek rendkívül marginálisak, így a csoportot egészségtudatosként jelöljük, és eredményeiket a fenti korlátozásokkal értelmezzük és használjuk fel. Amennyiben a szervezési nehézséget önmagában is eredményként értelmezzük, arra következtetünk, hogy az ayurveda ismerete elsősorban a fővárosban koncentrálódik, mivel a legtöbb elérhető szolgáltatás (masszázs, jóga, főzőtanfolyam, étterem) is itt található, de a kérdőíves vizsgálat eredményei erről részletesebb tájékoztatást adnak, amit a **H6 hipotézis** vizsgálatánál mutatunk be.

A két csoport eredményei alapján elmondható, hogy az egészségtudatos és az egészségtudatos + ayurvedát ismerő csoport egészségértelmezése egyaránt túlmutat a bio-medikális szemléleten. Különösen az egészségtudatos + ayurvedát ismerő csoport esetében tekinthető kiegyensúlyozottnak az egyes dimenziókhoz tartozó fogalmak megoszlása. Kifejezetten markáns a lelki dimenzió, és szinte meglepően hangsúlyos a szociális dimenzióban spontán említett fogalmak száma és minősége. Mindkét csoportban felmerültek további fogalmak is, amelyek nem voltak besorolhatók az öt dimenzióba, ezek a „környezet” elnevezést kapták, amelybe természeti elemek (pl. víz, nap, természet-közelség), illetve épített környezeti, gazdasági elemek egyaránt beletartoztak (pl. jövedelem, életkörülmények). Az ayurvedát ismerő csoportban megjelentek a hit, illetve spiritualitás fogalmak, amelyeket transzcendenssel való kapcsolat dimenzióknak nevezünk el. A spiritualitás az újabb egészségmodellekben nem ismeretlen fogalom, MCLAIN (1997) modelljébe az öt ismert dimenzió mellett, amelyeket ő fizikai, társadalmi (szociális), érzelmi,



személyiségi (lelki), és mentális elnevezésekkel illet beépített egy hatodik, spirituális dimenziót is. A környezet elemei szintén szorosan ide tartoznak, bár erre az egyénnek kevesebb ráhatása van. A szakirodalmi áttekintőben ismertetett WHO (2010) tanulmányban az egyéni (biológiai, életmód tényezők) kívül eső befolyásoló hatásokként jelöli meg a fizikai illetve társadalmi környezetet, amely hatással van az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésre és az egészségpolitikára illetve technológiára is. Összességében megállapítható tehát, hogy mindkét csoport egészségértelmezése komplex, és messze túlmutat az egydimenziós értelmezésen, sőt spontán említésben jelennek meg az egészség legmodernebb tudományos értelmezésének dimenziói az egészségtudatos társadalmi csoportok körében.

Véleményünk szerint a csoportok közötti különbség elsősorban az ayurveda ismeretéből adódik, és nem földrajzi eltérésekből. Noha az ayurveda nem vallás, emberképének kiindulópontja a transzcendens dimenzió, amely spontán megjelent a csoport asszociációiban, és amelyhez nagyon közel állnak a szociális dimenzióban megjelent fejlett erkölcsiségre utaló fogalmak (felelősségvállalás, gondoskodás önmagunkról és másokról). Természetesen lehetőségként fenntartjuk, hogy a budapesti csoportba mintavételi hibából adódóan több spiritualitás iránt nyitott személy jelentkezett, azonban valószínűbbnek tartjuk, hogy az ayurveda ismerete és a spirituális érdeklődés összefüggést mutat. Az eredmények különbségeinél figyelembe kell venni a két város közötti gazdasági és szociális eltéréseket, továbbá az életmódbeli eltéréseket. Ezek részletes vizsgálata azonban akár önálló disszertáció tárgyát is képezhetné, a kutatás feltáró, előkészítő szakaszában úgy vélem, elegendő eredményt szolgáltatott a két fókuszcsoport.

A szociális dimenzió további jelentősége véleményünk szerint, hogy a személyen túli, azaz társadalmi felelősségvállalás és fenntarthatóság trendek megvalósulásához elengedhetetlen értékeket tartalmaz, amely RÁCZ (2013) kutatásai alapján a hazai LOHAS szegmens értékrendjének szűk



keresztmetszetét adja. Amennyiben az erkölcsi fejlődés szempontjából értelmezzük, a LOHAS estében tapasztalt hibrid életstílus, azaz az individualizmus és társadalmi illetve környezeti felelősségvállalás együttes megjelenése jól magyarázható. Kohlberg (KOHLBERG, LEVINE és HEWER, 1983) erkölcsi fejlődélmélete alapján az ember fejlődése során három szintet, azokon belül két-két szakaszt tapasztalhat meg. Nem mindenki jut el törvényszerűen az erkölcsi fejlettség legmagasabb fokára. Az első szint a prekonvencionális erkölcs, amelynek mindkét szakasza egocentrikus, ahogyan a fejlődő gyermek először a büntetés elkerülése érdekében, majd a számára fontos személyek jóindulatának, gondoskodásának elnyerésére viselkedik adott módon. A konvencionális szinten lép be a kollektívizmus gondolata, ahol a személy először egy kisebb családi, kisközösségi, majd nagyobb, társadalmi rendszerhez alkalmazkodik. Ebben a fázisban a személy szem előtt tartja a társadalmi normákat, azonban ezek még nem interiorizált elvek, hanem olyan alkalmazott normák, amelyeket be kell tartani, mert a társadalom működőképessége biztosítja az egyén túlélését is. Ezen a két szinten az individualista és kollektívista elvek valóban elválnak egymástól, azonban a két szintre szintézisként írható le a posztkonvencionális szint, amelynek első szakaszában (Társadalmiszerződés-orientáció) megjelenik az értékek relativitása, a konfliktusban álló nézőpontok egyéni belátáson alapuló mérlegelése, és a szabad akaratból történő elköteleződés. A hatodik szinten történik a moralitás lényegének megértése, és az egyetemes etikai elvek iránti elkötelezettség.

Véleményünk szerint minden akár társadalmi, akár környezeti felelősségvállalást hangsúlyozó trendcsoport (LOHAS, organikus élelmiszerek, ayurveda) tagjainak meg kell közelíteniük a posztkonvencionális erkölcs szintjét, mert kizárólag ezen a szinten értelmezhető az individualista és kollektívista értékek egyidejű jelenléte és azok között történő választás racionális mérlegelés útján.

A kvalitatív eredmények összegzésével kialakítottuk az egészség nyolcdimenziós modelljét, amelyet a kutatás kvantitatív szakaszában ötfokú intervallum skálán teszteltünk. A vizsgálat eredményeit a **13. táblázat** foglalja össze.

13. táblázat

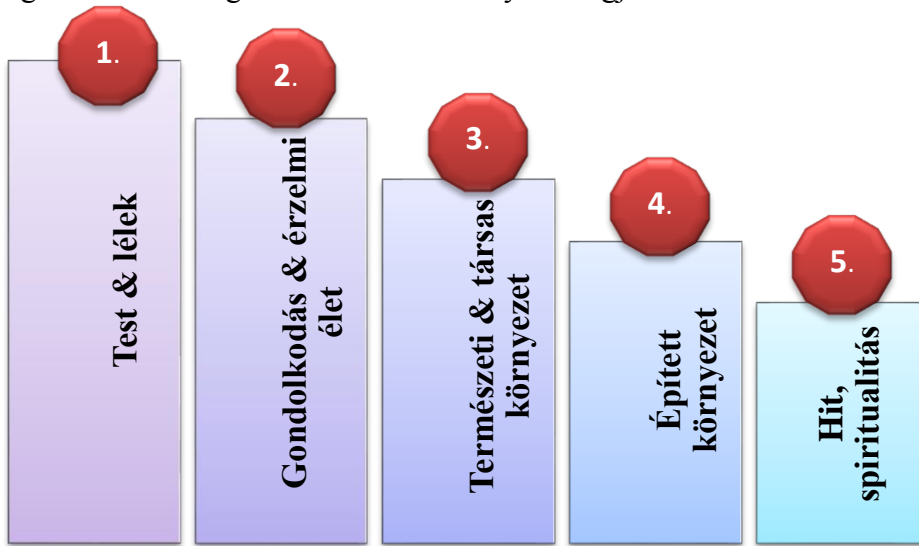
Az egészség nyolc dimenziója

Dimenziók	Átlag	Szórás	Relatív szórás
Testi állapot	4,62	0,690	14,9%
Jó lelkiállapot	4,58	0,704	15,4%
Szellemi frissesség, aktív gondolkodás	4,54	0,740	16,3%
Érzelmi állapot	4,50	0,788	17,5%
Természeti környezet (pl. jó levegő, lakókörnyezet)	4,32	0,869	20,1%
Család és baráti kapcsolatok	4,31	0,930	21,6%
Infrastruktúra (jó közlekedés, kórházak, iskolák)	3,98	1,052	26,4%
Hit, spiritualitás	3,48	1,443	41,5%

Ön szerint az alábbi tényezők mennyire járulnak hozzá az általános egészséghez? (1 – egyáltalán nem, 5 – teljes mértékben) N=1000

Az átlagok alapján szomszédos változókat páronként összehasonlítottuk, hogy feltárjuk, van-e szignifikáns különbség az átlagértékek között ($p=0,05$ valószínűségi szinten), azaz fontosabbnak vélik-e a fogyasztók a testi állapotot az egészség szempontjából, mint a lelki állapotot és így tovább. A változók nem követnek normál eloszlást (Kolmogorov-Smirnov teszt alapján; $p=0,000$) ezért páros t próba helyett Wilcoxon próbát végeztünk, mivel non-parametrikus eljárásként nem feltételez normál eloszlást. Az elsőfajú hiba halmozódásának elkerülésére Bonferoni módszert alkalmaztunk, és a konfidencia szintet az összehasonlított változó párok számával korrigáltuk. A testi és lelki tényező között nem volt szignifikáns különbség ($p=0,055$), a lelki állapot és szellemi frissesség között azonban igen ($p=0,025$). A szellemi frissesség ugyanolyan fontos a fogyasztók számára, mint a jó érzelmi állapot ($p=0,074$), a természeti környezet azonban kevésbé fontos az előbbieknél ($p=0,000$). A család és baráti kapcsolatok hasonló fontossággal bírnak, mint a természeti környezet ($p=0,732$), az infrastruktúra még kevésbé ($p=0,000$), és országos szinten a hit, spiritualitás fontos legkevésbé a válaszadók számára ($p=0,000$). A nyolc dimenzió között

Alább négy szignifikáns eltérés öt fontossági szintre osztja a tényezőket. A legfontosabb a test és lélek egészsége, ezt követi a gondolkodás és az érzelmi élet, majd a személyen túli dimenziók, mint a természeti és társas környezet, az épített környezet, és a transzcendens dimenzió (**18. ábra**). Megfigyelhető, hogy az átlagértékek csökkenésével nő az adatok szórása, tehát a későbbi szegmentációs vizsgálatok várhatóan árnyalni fogják ezt a modellt.



18. ábra: A magyar lakosság egészségértelmezési modellje

Forrás: Saját szerkesztés, 2015

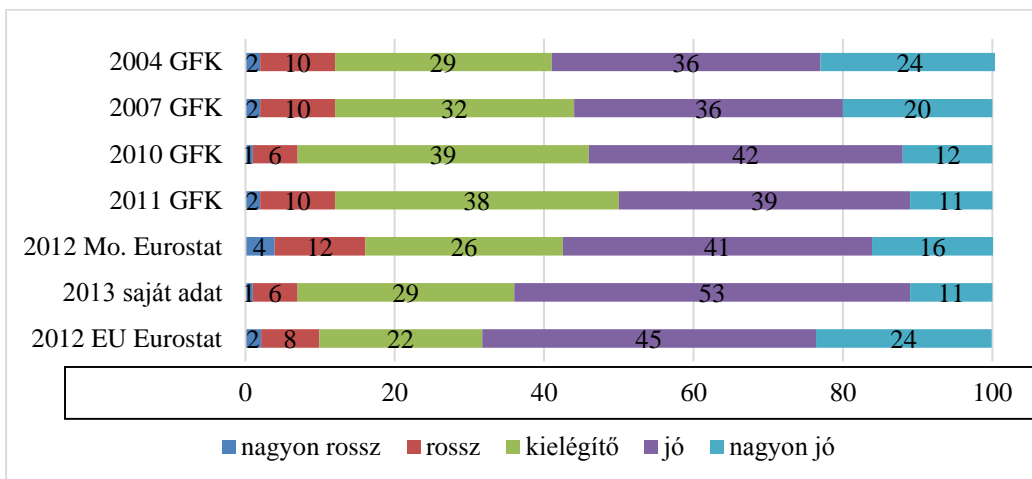
Az egészség dimenzióinak ismerete meglehetősen elterjedt a fogyasztók körében, a WHO által meghatározott öt egészségdimenzió a két fókuszcsoporthoz során nyolcra bővült. A kvantitatív vizsgálat során a dimenziók relatív fontosságának rendszerezésével leírtuk a magyar lakosság egészségmodelljét. Ismeretek szintjén tehát egyértelműen megjelenik a többdimenziós gondolkodás az egészséggel kapcsolatban, és bár továbbra is a fizikai dimenzió az elsődleges, nem tér el szignifikáns mértékben a jó lelkiállapot fontosságától.

A bemutatott eredmények alapján tehát a **H1** hipotézisünket **elvetjük**.

H1: Az egészség dimenziói közül a fogyasztók számára legfontosabb a testi egészség.

5.1.2. A magyar fogyasztók egészségi állapotának és egészségmagatartásának felmérése

Az egészségi állapot szubjektív illetve objektív tényezőit, valamint a lakosság fizikai aktivitását és egészségtudatosabb táplálkozásra történő áttérését 1000 fős országos reprezentatív kérdőíves vizsgálattal mértük. Elsőként a szubjektív egészségi állapotra voltunk kíváncsiak, mivel ez az adat jól összehasonlítható a korábbi évek GFK, illetve a szakirodalmi áttekintőben bemutatott Eurostat adatokkal (**19. ábra**). Arra a kérdésre, hogy „összességében hogyan minősíti saját egészségi állapotát” a megkérdezettek 1,3% választotta a nagyon rossz 5,8% rossz, 28,9% közepes, 52,6% jó, míg 11,3% a kiváló válaszlehetőséget. A válaszlehetőségek kismértékben eltérnek a GFK kutatásokban alkalmazott lehetőségektől (nagyon rossz, rossz, kielégítő, jó, nagyon jó), azonban véleményünk szerint az eltérés mértéke nem gátolja meg az adatok összevetését.



19. ábra: Szubjektív egészségi állapot értékelése (%)

Forrás: Saját szerkesztés Bernát, 2012 és Eurostat, 2014 felhasználásával

A GFK Magyarország felmérései alapján a lakosság szubjektív egészségi állapota romló tendenciát mutatott 2004 és 2011 között, az Eurostat adatbázis eredményei arra engednek következtetni, hogy egy pozitív tendencia van kialakulóban 2012-es évvel kezdődően, amit saját 2013-as adataink megerősítenek. Bár a kiváló értékelést adók száma kutatásunk alapján nem nőtt



2013-ra, azonban jelentős a növekedés a jó minősítés esetében akár a 2012-es akár 2011-es évhez viszonyítjuk, azaz ez a különbség (12% illetve 14%) mindenképpen számottevő. Ezzel együtt is *a lakosság 36%-ának az egészségi állapota önbevallás alapján legfeljebb kielégítő.*

Az egészségi állapot objektív tényezői közül leggyakoribb a szív-érrendszeri betegség, a „Kérem mondja meg, hogy a felsorolt egészségügyi problémák érintik-e önt!” többválasztásos kérdésre a válaszadók 18,8%-a jelölte a szív-érrendszeri betegséget, 16,0% a túlsúlyt és elhízást, 10,0% gyomor és bélrendszeri panaszokat, 7,0% legyengült immunrendszert, 5,5% cukorbetegséget, 4,6% csontritkulást, és 1,0% daganatos betegséget. A válaszadók csupán 54,7%-a állította, hogy a felsoroltak közül egyik probléma sem érinti, tehát *a lakosság csaknem fele (45,3%) érintett a leggyakoribb krónikus betegségek által.* Mivel egyéb válaszlehetőséget ebben a kérdésben nem adtunk, valamint figyelembe véve az önbevallás okozta adatorzítást, valószínűleg a valós szám jelentősen meghaladja az általunk mértet.

Az egészségmagatartás tényezői közül a táplálkozást illetve a fizikai aktivitást vettük górcső alá. A táplálkozás tekintetében a Transzteoretikus modell segítségével arra kérdeztünk rá, hogy hol tartanak a válaszadók az egészséges táplálkozásra történő áttérés területén (**14. táblázat**). Az adatok értelmezése érdekében hozzá kell tennünk, hogy gyakorlatilag a fogyasztó által egészségesebbnek vélt táplálkozásról van szó, függetlenül attól, hogy az adott táplálkozási mód táplálkozástudományi szempontból mennyiben tekinthető egészségtudatosnak.

14. táblázat

Transzteoretikus modell eredményei

Válaszlehetőségek	Gyakoriság (%)
A következő hat hónapban nem szándékozom áttérni egy általam egészségesebbnek vélt táplálkozásra.	45,3
Erős késztetést érzek arra, hogy áttérjek egy általam egészségesebbnek vélt táplálkozásra.	17,5
A következő egy hónapban lépéseket fogok tenni, hogy áttérjek egy általam egészségesebbnek vélt táplálkozásra.	5,8
Már legalább hat hónapja egészségesebben táplálkozok.	5,5
Már több mint hat hónapja egészségesebben táplálkozok, a visszaesés esélye régi táplálkozási szokásaimra minimális.	6,9
Mindig is egészségesen táplálkoztam.	19,0
Összesen	100,0

(Hogy látja, hol tart az egészséges táplálkozásra történő áttérés területén?)

Forrás: Saját szerkesztés, 2015 (N=1000)

Az előző kérdésblokkhoz viszonyítva érdekes egybeesés, hogy a válaszadók 45,3%-a előreláthatólag nem szándékozik táplálkozási módot váltani, azaz teljesen passzív módon a Bezártság fázisában van, míg a lakosság tized százalék pontossággal azonos hányada érintett a leggyakoribb egészségügyi problémák által. 17,5% a Szemlélődés szakaszában van, azaz gondolkodásában, illetve valamiféle motivációként már megjelenik az életmódváltás, azonban arra a kérdésre, hogy konkrétan a következő egy hónapban tesz-e lépéseket ennek érdekében, már csupán 5,8% válaszol igennel. 5,5% állítja, hogy már lépéseket is tett a táplálkozásmód váltás terén, tehát már a Cselekvés szakaszába lépett, további 6,9% a Fenntartás szakaszában van, és a válaszadók 19%-a állítja, hogy mindig is egészségesen táplálkozott. *A Cselekvés illetve Fenntartás fázisában tehát önbevallás alapján a fogyasztók 31,4%-a van jelenleg.*

A fizikai aktivitás esetében annak gyakoriságára kérdeztünk rá, amelynek adatait a **15. táblázat** tartalmazza, majd a konkrét aktivitás megnevezését kértük annak érdekében, hogy következtetni tudjunk az intenzitásra.

Fizikai aktivitás gyakorisága

Válaszlehetőségek	Gyakoriság (%)
Egyáltalán nem végez aktív testmozgást	23,1
Kevesebb, mint három napon egy héten	33,1
Három és öt nap között egy héten	23,9
Több mint öt napon egy héten	19,9
Összesen	100,0

(Egy átlagos héten hány nap végez aktív testmozgást (kocogás, tréning, séta, kerékpározás, kertészkedés stb.) a normális napi tevékenységeken túl?)

Forrás: saját szerkesztés, 2015 (N=1000)

A válaszadók 23,1%-a egyáltalán nem végez aktív testmozgást a normális napi tevékenységén túl, 33,1% kevesebb, mint három nap egy héten, 23,9% három és öt nap között egy héten, ami már rendszeresnek tekinthető, és 19,9% több mint öt nap egy héten, ami mértékét tekintve nagyon közel áll a tartósan egészségesen táplálkozók csoportjához (19,0%). Ezek az adatok önmagukban egészen biztatónak tekinthetők, hiszen *eszerint a lakosság 43,8%-a rendszeresen, legalább heti három alkalommal végez aktív testmozgást, és további 33,1% heti 1-2 alkalommal mozog önbevallás alapján.*

Ha megvizsgáljuk, hogy melyek azok a mozgásformák, amelyeket a válaszadók aktív testmozgásnak tekintenek, azt látjuk, hogy a megjelölt mozgásformák közül leggyakoribb a séta (38,4%), házimunka (37,5%), kerékpározás (29,7%), kertészkedés (29,7%). Jelentősen alacsonyabb százalékban vannak jelen a kifejezetten sportnak minősülő tevékenységek, mint a kocogás (8,7%), torna (7,6%), úszás (6,9%), labdajáték (6,6%), testépítés (4,3%), tánc (4%), aerobik (2,5%), küzdősport (1,2%). Az egyéb válaszlehetőségek összesen 6,1%-ot tesznek ki, azonban egyik válasz sem haladja meg a 0,5%-ot, ezért további elemzésre nem alkalmasak, csupán példaként említünk meg néhányat: zumba, jóga, flabélos tréning, lovaglás, teniszezés, gyerekek után szaladgálás, stb.



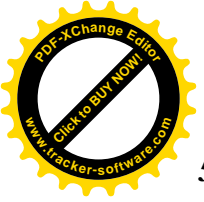
Az aktivitás megnevezése tehát annyiban árnyalja a gyakorisági válaszokat, hogy a **15. táblázat** eredményei számos olyan tevékenység alapján alakultak ki, amelyek ugyan aktív testmozgásnak számítanak, intenzitásuk azonban nehezen mérhető, pl. kertészkedés. A séta esetében sem ismert az intenzitás, mivel sem lépésszámláló, sem pulzuszámoló nincs a válaszadókon a hétköznapokban, *tehát a kapott adatok intenzitás szempontjából meglehetősen pontatlanok.* A másik probléma a napi tevékenységek aktív testmozgás kategóriába sorolásával, hogy bár a „gyerekek után szaladgálás” gyakran valóban intenzív mozgásnak tekinthető, azonban nem biztosítja a szervezet számára azt az ülő életmódot, vagy munkavégzés közbeni egyoldalú terhelést kiegyensúlyozó hatást, amit egy sportszakmai szempontból helyesen felépített edzés (aerobik, torna, testépítés, stb.) nyújt.

Összegzésképpen megállapítható, hogy a lakosság 36%-ának szubjektív egészségi állapota önbevallás alapján legfeljebb kielégítő. A válaszadók 45,3%-a érintett a leggyakoribb krónikus betegségek által, csupán az általunk felsorolt válaszlehetőségek alapján, azaz az egészségtudatosabb életvitelre történő áttérés elengedhetetlen a lakosság jelentős hányada számára.

Ehhez képest a táplálkozásmód váltás Transzteoretikus modellje alapján a Cselekvés illetve Fenntartás fázisában a fogyasztók 31,4%-a van jelenleg, 68,6% nem cselekszik, ebből 45,3% egyáltalán nem is tervezi. A testmozgás tekintetében valamivel biztatóbbak az adatok, mivel a lakosság 43,8%-a állítja, hogy rendszeresen, legalább heti három alkalommal végez aktív testmozgást, bár a megnevezett mozgásformák közül kevés a sporttevékenység, amelynek intenzitása meghatározható és ellenőrizhető. Ezzel együtt is megállapítható, hogy a lakosság 56,2%-a nem végez rendszeres testmozgást.

A bemutatott eredmények alapján tehát a **H2** hipotézisünket **elfogadjuk.**

H2: *A lakosság egészségi állapota alapján indokolt egy egészségtudatosabb életmódra történő áttérés.*



5.1.3. Az életmódváltást befolyásoló tényezők meghatározása

A tényezők feltárását és pontosítását a pszichodráma csoport keretein belül végeztük el, majd az egyes tényezők relatív fontosságát kérdőíves vizsgálattal mértük. A pszichodráma csoportokon a neuro-lingvisztikus-programozás eszköztárából a reframing technikát alkalmaztuk, amely a tényezők azonosításán túl azt is megmutatta, hogy hogyan működnek közre az adott segítő vagy hátráltató tényezők az egészségmagatartásban, és a hátráltató tényezők pozitív szándékának megtalálásával megkezdte a tényezők átalakítását is. A **16. táblázat** a két csoportban feltárt hátráltató tényezőket, azok üzenetét, majd pozitív szándékát mutatja be, a **17. táblázat** pedig a segítő tényezőket foglalja össze, amelyek nem ritkán a hátráltató tényezők ellentétei.

Az egészségesebb életmódra történő áttérést hátráltató tényezők, és azok átkeretezése

	hátráltató tényező	üzenet	pozitív szándék
I. csoport protagonista-centrikus drámajáték	iskola	Beosztom az életedet,	de előrelépési lehetőséget adok az életben.
	munka	Rengeteg szabadidőt veszek el tőled,	de megélhetést adok.
	társaság	Elszippantom a maradék szabadidődet,	de rengeteg barátot és feloldódást adok.
II. csoport csoportcentrikus drámajáték eredménye	motivációhiány	Ez felesleges, mert úgysem lehetsz élsportoló, vagy csinálhatnál mást is, nézz filmet vagy sörözz inkább!	Amikor már túlhajtánád magad, figyelj rám, mert akkor nem fáradsz el, több pénzed is marad.
	pénz hiánya	Én kellek mindenhez ezen a világon, mivel ingyen nem adnak semmit, még ha valaki nem akar konditerembe menni, mert drága, akkor is kell egy cipő mondjuk, hogy fusson,	de a pénznek vagy egy olyan összetartó ereje, hogy akik nem annyira tehetős társaságban vannak, azok jobban tudnak beszélgetni, a közösségekben szorosabb kapcsolatokban vannak egymással vagy nem kerül bele drogos társaságba, ahol a pénz motivál. Az emberi kapcsolatok felértékelődnek, beosztásra készlet, nem költök felesleges dolgokra.
	időbeosztás	Korlátokat szabok,	ugyanakkor kialakítok egy menetrendet az életben, ami meghatározza a mindennapokat és célt adhat.
	kötelezettségek	Elveszem a szabadidődet,	de végzettséget, tudást adok és ezáltal előrevizlek a nagybetűs életben.
	hangulat	Úgy hátráltatom a sportot vagy az egészséges életmódot, hogy okozok egy bizonyos törést, ami miatt elveszem a kedvet.	A törés eredménye az is lehet, hogy kiütként az egészséges életmódot választod, ez egy erőpróba is, és megerősíthet.

Forrás: Saját szerkesztés, 2014

Segítő tényezők, és azok üzenetei

	segítő tényezők	üzenet
I. csoport protagonista- centrikus drámajáték eredménye	kevesebbet vállalni	Segítelek abban, hogy kevesebbet vállalj a munkában.
	szervezőkészség	Ha precízen megszervezed az életed, akkor több szabadidőd jut arra, amire szeretnéd.
	család	Ösztönzünk arra, hogy fejezd be az iskolát, és kevesebb időt tölts társaságban.
	motiváció jól fizető munka megszerzésére	Ösztönözlek arra, hogy jobb szakember legyél, koncentrálj a tanulásra.
II. csoport csoporthcentrikus drámajáték eredménye	család	Bízthatlak és hozzájárulhatok anyagilag és lelkileg is és például az étrendben is, ahhoz hogy egészségesebben élj.
	motiváció	Segítek, hogy eljuss a megvalósításhoz, hogy jobban érezd magad a bőrödben, hogy megkapd az elismerést.
	pénzforrás	Segítek elérni a céljaidat, kielégíteni a szükségleteidet, és el tudom hitetni az emberekkel, hogy boldogok.
	közösség	Szintén formállak, jó hatással vagyok rád!
	barátok	Mindig ott vagyok amikor kell, segítek mindenben és ha rossz dolog történik is, én próbálok segíteni és maximálisan melletted állni.
	példakép – idol	Formállak téged, befolyásolom a döntéseidet.

Forrás: Saját szerkesztés, 2014

A kvalitatív eredmények során kapott a hátráltató tényezőket a **18. táblázat**ban látható hat válaszlehetőségben összegeztük, majd kérdőíves vizsgálattal is felmértük az egyes tényezők fontosságát.

Segítő tényezők fontosságának értékelése

Tényező	Átlag	Szórás
Pénz, anyagi forrás	4,32	1,006
Kiegyensúlyozottság, jó lelkiállapot	3,87	1,238
Motiváció, akaraterő	3,73	1,293
Család és barátok támogatása	3,61	1,260
Több szabadidő	3,54	1,475
Szervezőkészség, jobb tervezés	3,50	1,242

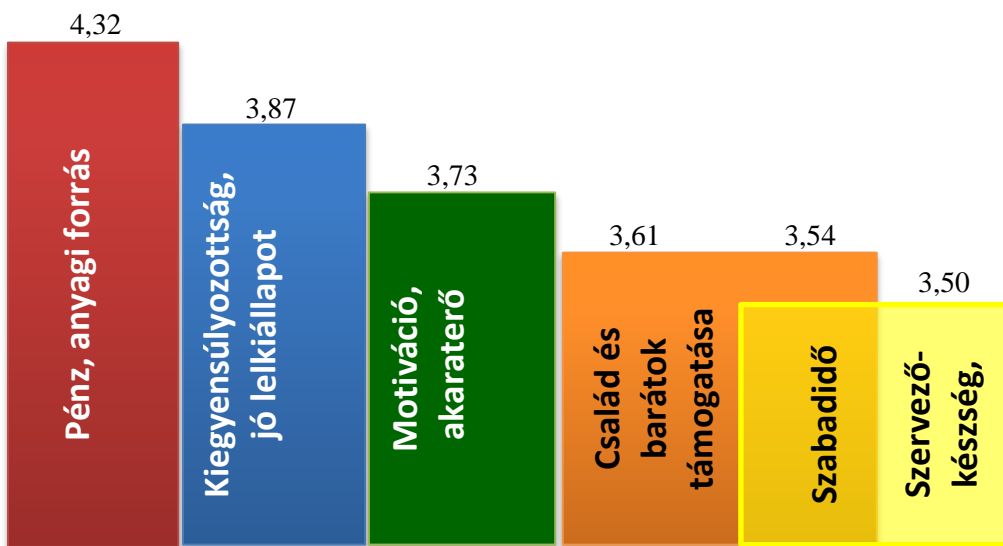
Milyen mértékben lenne szüksége az alábbi tényezőkre ahhoz, hogy egészségesebb életmódot folytasson? (1 – egyáltalán nem, 5 – teljes mértékben)

Forrás: Saját szerkesztés, 2015 (N=1000)

Az átlagok alapján szomszédos változókat páronként összehasonlítottuk, hogy feltárjuk, van-e szignifikáns különbség az átlagértékek között, azaz

fontosabbnak vélik-e a fogyasztók az anyagi forrást az egészség szempontjából, mint a jó lelki állapotot és így tovább. A változók nem követnek normál eloszlást (Kolmogorov-Smirnov teszt alapján; $p=0,000$) ezért páros t próba helyett Wilcoxon próbát végeztünk, mivel a Wilcoxon próba non-parametrikus eljárás, így nem feltételez normál eloszlást. Az elsőfajú hiba halmozódásának elkerülésére Bonferoni módszert alkalmaztunk, és konfidencia szintet az összehasonlított változópaárok számával korrigáltuk.

A válaszadók az anyagi forrást szignifikánsan fontosabbnak ítélik, mint a kiegyensúlyozottságot és a jó lelkiállapotot ($p=0,000$), a lelkiállapotot szignifikáns különbséggel követi a motiváció, akaratérő ($p=0,001$), majd a család és barátok támogatása ($p=0,001$). A szociális támogatás és a több szabadidő hasonló fontossággal bír ($p=0,213$), azonban a szervezőkészség kevésbé fontos a család támogatásánál ($p=0,002$) és a szabadidő hasonló fontossággal bír, mint a szervezőkészség ($p=0,348$).



20. ábra: A magyar fogyasztók szükségleti hierarchiája az életmódváltás tekintetében (átlagértékek 5 fokozatú Likert skálán)

Forrás: Saját szerkesztés, 2015



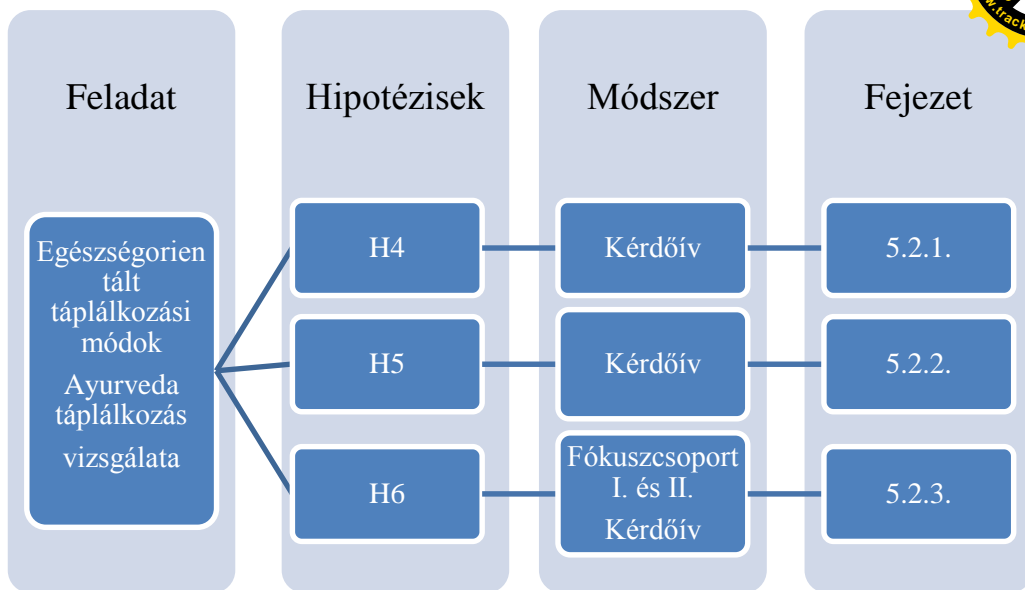
A Wilcoxon próbák eredményei alapján meghatározható a magyar fogyasztók szükségleti hierarchiája (**20. ábra**) az életmódváltásra vonatkozóan. *A hierarchia csúcsán áll az anyagi forrás, majd szignifikáns különbséggel a jó lelkiállapot, majd annak funkciói a motiváció és akaraterő.* Amennyiben az interperszonális tényezők adottak, előnyösnek tartják a válaszadók a szociális támogatás meglétét, és kisebb mértékben szükséges olyan külső tényező módosítása, mint a szabadidő mennyiségének növelése illetve a hatékonyabb időgazdálkodás.

A bemutatott eredmények alapján tehát a **H3** hipotézisünket **elfogadjuk.**

***H3:** Az életmódváltást akadályozó tényezők között első helyen jelenik meg az anyagi forrás hiánya.*

5.2. Egészségorientált táplálkozási módok vizsgálata

Az 5.2. alfejezetben a 2. feladathoz tartozó eredményeket mutatjuk be, azaz az egészségorientált táplálkozási módok ismertségét, alkalmazását illetve az alkalmazás egészségi állapotra gyakorolt hatását. Kiemelten kezeljük az ayurveda táplálkozás ismertségét, bemutatjuk lehetséges célpiacát és az ayurvedikus termékek, illetve szolgáltatások iránti fogyasztói attitűdöt (**21. ábra**).



21. ábra: Az 5.2. alfejezet felépítése

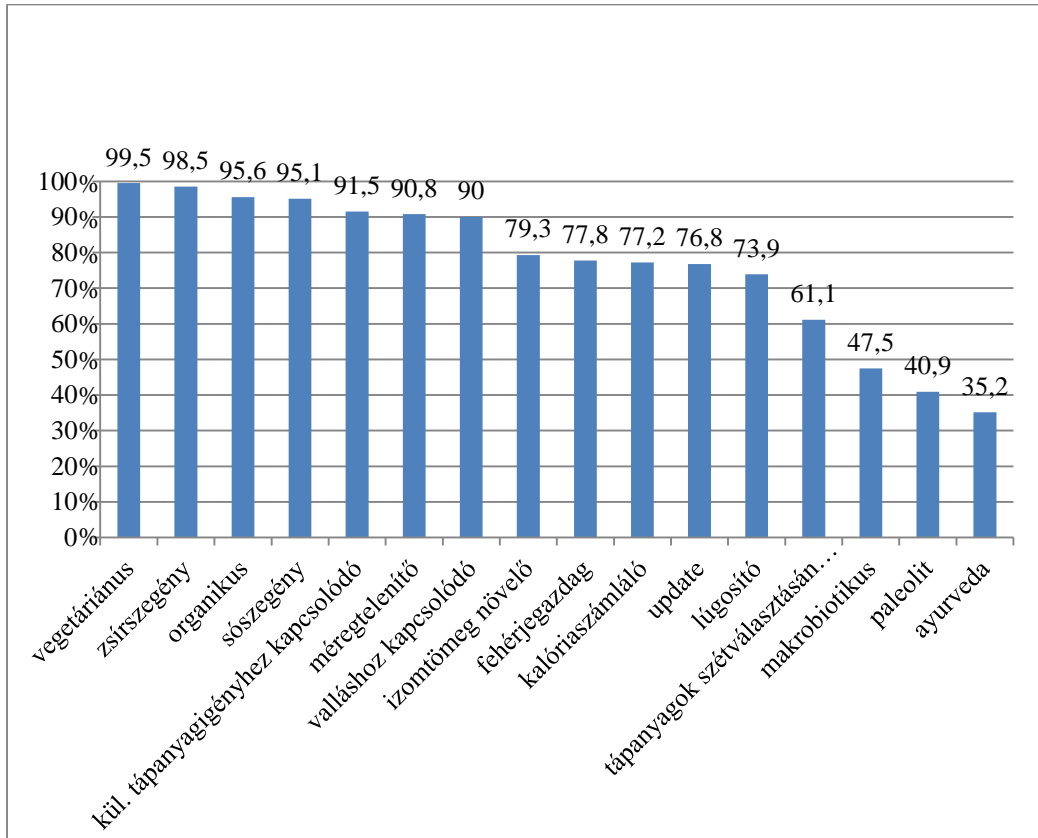
Forrás: Saját szerkesztés, 2015

5.2.1. Ismeret, alkalmazás, egészségi állapotra gyakorolt hatás

Az egészségorientált táplálkozásmódok vizsgálatát kvantitatív módszerrel végeztük. A **22. ábrán** látható táplálkozásmódokkal kapcsolatban azt kérdeztük a válaszadóktól, hogy hallottak-e a felsorolt táplálkozásmódról, ha igen, akkor kipróbálták-e őket, illetve van-e olyan közöttük, amelyiket rendszeresen alkalmaznak. A kérdőívben lehetőséget adtunk további, fogyasztók által ismert táplálkozásmódok megadására, azonban az 1000 fős mintából összesen 6 fő élt ezzel a lehetőséggel, 1 fő nevezte meg az akupunktúra melletti szigorú diétát, 1 fő a szénhidrátszegény étrendet, és 3 fő a vércsoport szerinti diétát. Ez a vizsgált minta 0,6%-a, ezért megállapíthatjuk, hogy az alkalmazott felsorolás tartalmazza a hazánkban legismertebb egészségorientált táplálkozásmódokat.

A **22. ábra** alapján elmondható, hogy a fogyasztók nagy arányban hallottak már a különböző egészségorientált táplálkozási módokról. Mivel támogatott ismeretről van szó, a kapott kedvező százalékokhoz biztosan hozzájárult az önbemutató igénye (KISS et al., 2006) azaz, törekedtek arra, hogy a kérdezőbiztos előtt tájékozottnak mutakozzanak a válaszadók. Az azonban

megállapítható, hogy a változók említési gyakoriság alapján nem egyenletesen oszlanak meg. Legismertebbeknek nevezzük azokat a táplálkozásmódokat, amelyek támogatott ismerete legalább 90%, ismertek a 70% és 80% közötti étredek, és kevésbé ismertek a 70%-nál alacsonyabb támogatott ismerettel rendelkező étredek.



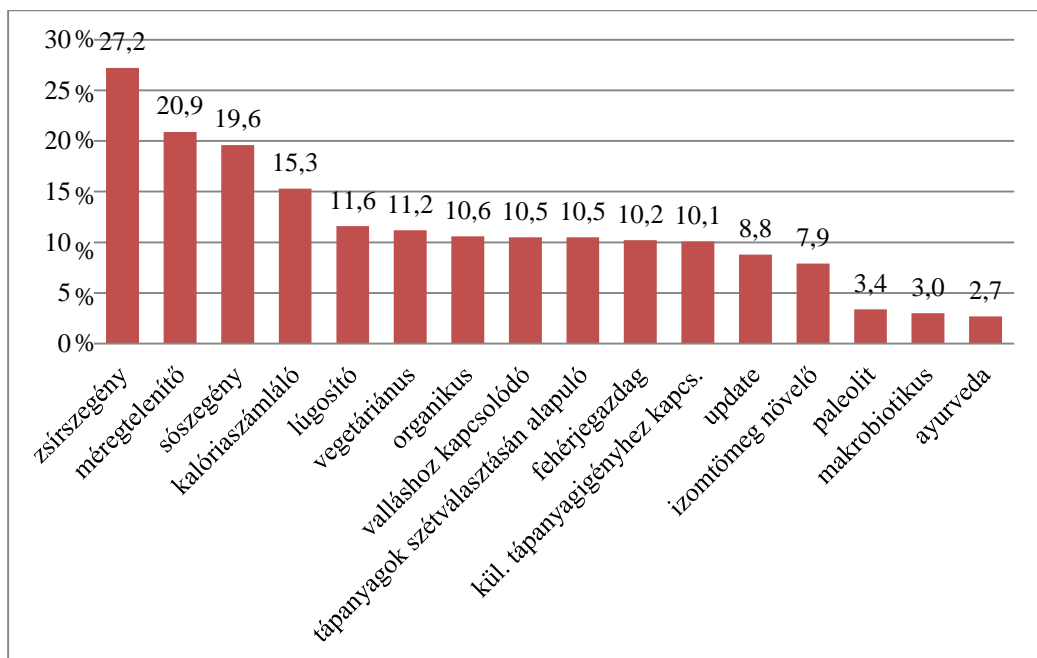
22. árba: Egészségorientált táplálkozásmódok ismerete (%)

Forrás: Saját szerkesztés, 2015 (N=1000)

A vegetáriánus táplálkozás a legismertebb forma, amelynek háttérben számos motivációs tényező lehet, az egészség mellett felmerülhetnek etikai vagy akár vallási megfontolások is. A *legismertebb* táplálkozásmódok között jelenik meg a szakirodalmi áttekintőben ismertetett bioélelmiszer fogyasztás, illetve a funkcionális étredek két változata (zsírszegény, sószegény), az orvosi előírásra, kötelező jelleggel alkalmazott különleges tápanyagigényhez kapcsolódó étrend, a méregtelenítő, illetve a valláshoz kapcsolódó étredek.

Az *ismert* étrendekről elmondható, hogy azok kivétel nélkül fogyókúrához, vagy izomtömeg növeléshez kapcsolódnak. A *kevésbé ismert* táplálkozásmódokra inkább jellemző, hogy az egészséget a testtömeg menedzselés elé helyezik, és valamilyen ideológián, és/vagy tudományos illetve tapasztalati alapon kialakított rendszerszemléletű táplálkozásformák. Az általunk fókuszba helyezett ayurvedikus táplálkozás érte el a legalacsonyabb, 35,2%-os értéket.

A felsorolt táplálkozásmódok kipróbálását tekintve (**23. ábra**) az előbbi százaléértékeket kapjuk.



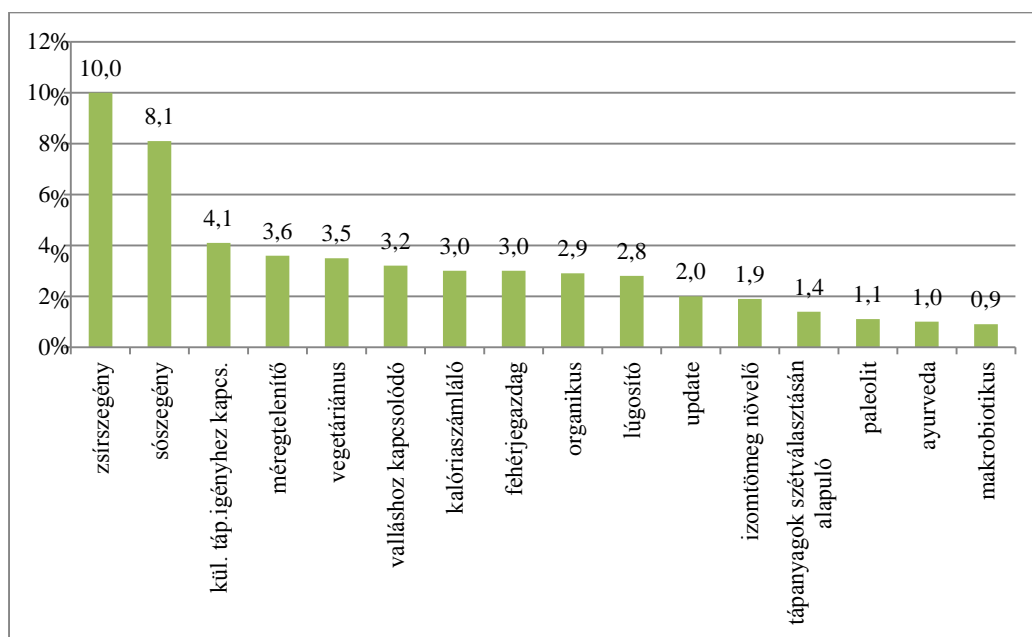
23. árba: Egészségorientált táplálkozásmódok kipróbálási aránya a megkérdezettek körében (%)

Forrás: Saját szerkesztés, 2015 (N=1000)

A változás oka valószínűleg az, hogy a kipróbálás kevésbé kapcsolódik az önértékeléshez, mint a tájékozottság, illetve az alkalmazás tekintetében jobban tükröződnek az egyéni szükségletek, pl. ismerem a diabetikus termékeket, de nem fogyasztom, mert nem vagyok érintett. A kipróbálás tekintetében az látható, hogy leggyakrabban a zsír, só és kalóriabevitel csökkentésére törekszenek a

fogyasztók, illetve az időszakos méregtelenítésre. A legtöbb táplálkozásmód kipróbálási aránya 10% közelében van, jelentősen alacsonyabb a paleolit, a makrobiotikus, és az ayurveda táplálkozás kipróbálási aránya.

A rendszeres alkalmazásról elmondható (**24. ábra**), hogy kizárólag a két funkcionális táplálkozási mód, a zsírszegény és sószegény táplálkozás marad 10% közelében, a felsorolt 14 táplálkozásmód rendszeres alkalmazása 4,1% és 0,9% között van. A bioélelmiszerek rendszeres fogyasztása úgy tűnik, konstans szinten maradt az elmúlt évtizedben (OSZOLI, 2002; SZENTE, 2014), a disszertációban kiemelten kezelt ayurveda táplálkozás rendszeres alkalmazása alacsony szinten, 1%-on van.



24. árba: Egészségorientált táplálkozásmódok rendszeres alkalmazása a megkérdezettek körében (%) y tengely

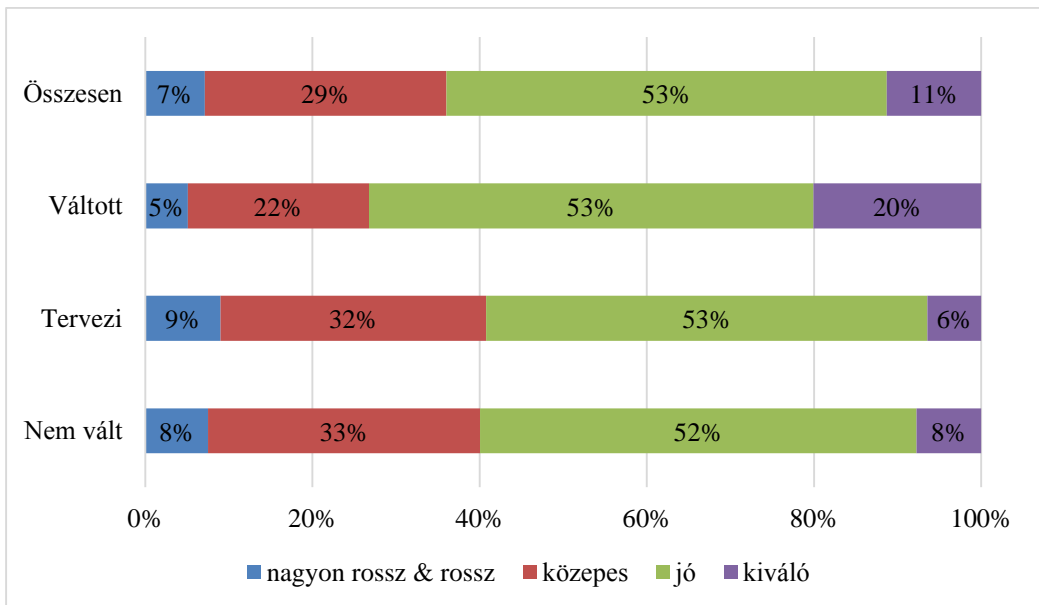
Forrás: Saját szerkesztés, 2015 (N=1000)

A bemutatott eredmények alapján tehát a **H4** hipotézisünket **elfogadjuk**.

H4: Az egészségorientált táplálkozási módok ismerete és alkalmazási gyakorisága között jelentős különbség van.

5.2.2. Táplálkozásmód váltás és az egészségi állapot kapcsolata

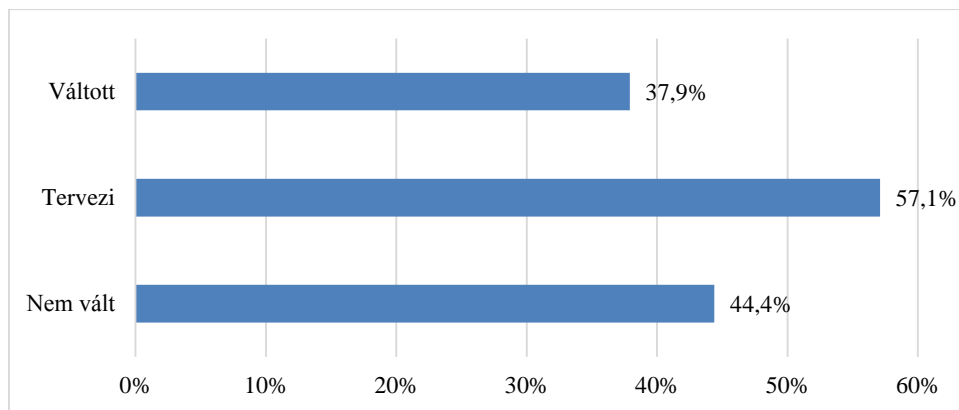
A táplálkozásmód tekintetében megvizsgáltuk az egészségorientált táplálkozás hatását a szubjektív illetve objektív egészségi állapotra. Elsőként összefüggést kerestünk a Transzteoretikus modell eredményei és a szubjektív egészségi állapot változói között. Mivel mindkét változót ordinális skálán mértük, chi-négyzet próbát hajtottunk végre. A chi-négyzet próba feltétele azonban, hogy a keresztábra minden cellájába legalább öt elem kerüljön, mivel ez a feltétel a két változó esetében nem teljesült összevontuk az alacsony elemszámú kategóriákat. A szubjektív egészségi állapot esetében a „nagyon rossz” és „rossz” válaszok kerültek összevonásra, a transzteoretikus modell változóiból pedig három kategóriát képeztünk: Nem tervezi (Bezárkózó), Tervezi (Szemlélődő + Felkészülő), Váltott (Cselekvő + Fenntartó). A változók összevonásával chi négyzet próbán szignifikáns eredményt kaptunk (Pearsons Chi-Square=42,771; p=0,000), azaz a két változó nem független. A kapott összefüggést a **25. ábra** szemlélteti.



25. ábra: Táplálkozásmód váltás és a szubjektív egészségi állapot kapcsolata

Forrás: Saját szerkesztés, 2015 (N=999)

Az eredmények alapján megállapítható, hogy az egészségesebbnek vélt táplálkozásmódra történő áttérés szignifikánsan pozitív hatással van a szubjektív egészségi állapotra. Az objektív egészségi állapot tekintetében hasonló összefüggés volt tapasztalható.



26. ábra: Felsorolt krónikus betegségektől előfordulási aránya a Transzteoretikus modell egyes szakaszaiban

Forrás: Saját szerkesztés, 2015 (N=1000)

A Transzteoretikus modellből képzett kategóriákban megvizsgáltuk a kérdőívben megadott nyolc krónikus betegség előfordulásának gyakoriságát (Pearsons Chi-Square=20,153; p=0,000) és megállapítottuk, hogy a két változó összefügg (26. ábra), azaz a *Cselekvés és Fenntartás* szakaszában lévő fogyasztók esetében alacsonyabb (37,9%) a krónikus betegségek előfordulásának aránya, mint a *Bezárkózás* szakaszában lévő csoport esetében (44,4%). A krónikus betegségek által leginkább sújtott csoport azonban a *Szemlélődés és Felkészülés* szakaszaiban lévő fogyasztók csoportja (57,1%). Ők a már kialakult betegség kezelése vagy a további állapotromlás megelőzése érdekében törekszenek a változtatásra.

A bemutatott eredmények alapján a **H5** hipotézisünket **részben fogadjuk el.**

H5: Az egészségorientált táplálkozásmódra történő áttérés és az egészségi állapot között pozitív összefüggés van.



5.2.3. Ayurveda táplálkozás ismerete, célpiac, attitűdök

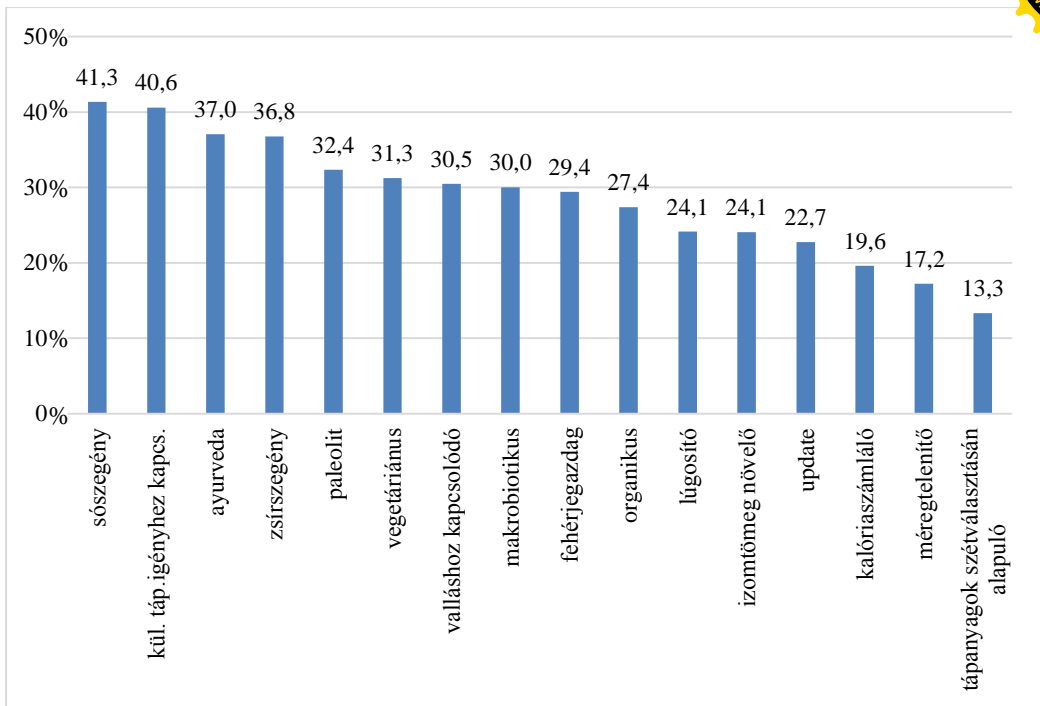
Az **5.2.1. fejezetben** meghatároztuk, hogy támogatott említés alapján a fogyasztók 35,2%-a hallott már az ayurvedáról, ebből 2,7% kipróbálta az ayurvedikus táplálkozás valamelyik formáját, és 1% döntött a rendszeres alkalmazás mellett. A támogatott említés miatt úgy véljük, hogy a fogyasztók 35,2%-a valószínűleg nagyon felületes ismeretekkel rendelkezik az ayurvedáról, az 1% rendszeres alkalmazó vizsgálata pedig olyannyira leszűkítené a mintát, hogy szinte lehetlenné tenné a további elemzést, ezért további vizsgálatokhoz a 2,7% fogyasztói csoportot tekintjük irányadónak és jellemezzük részletesen. Az ayurveda táplálkozás szempontjából 3 részre bontottuk a mintát, ayurvedát nem ismerő (64,8%), ayurvedát ismerő, de tapasztalattal nem rendelkező (32,5%), és ayurvedáról valamilyen szintű tapasztalattal rendelkezők csoportjára (2,7%). Mivel ordinális változóról van szó, és a szociodemográfiai változók mérése is nominális vagy ordinális skálán történt, ezért a változók közötti összefüggések vizsgálatára a chi-négyzet próbát választottuk.

A vizsgálatok alapján megállapíthatjuk, hogy az ayurveda potenciális célcsoportjában nem alapján (Pearsons Chi-Square=15,247; $p=0,000$) többségben vannak a nők (59,3%), nagy arányban érettségivel (55,6%) vagy felsőfokú végzettséggel rendelkeznek (37,0%) (Pearsons Chi-Square=58,463; $p=0,000$). Sem családi állapot alapján (Pearsons Chi-Square=16,412; $p=0,088$), sem családban élő gyermekek száma alapján (Pearsons Chi-Square=7,977; $p=0,631$) nem találtunk szignifikáns összefüggést. Jogi helyzet alapján (Pearsons Chi-Square=42,074; $p=0,000$) 37%-uk aktív szellemi dolgozó, 29,6% aktív fizikai dolgozó, és 25,9% nyugdíjas. A háztartás havi jövedelme alapján (Pearsons Chi-Square=23,365; $p=0,009$) az eltérés a jövedelmi skála végleteiben szembetűnő, míg a teljes minta 3,6%-a állítja, hogy jövedelméből nagyon jól megél, és félre is tud tenni belőle, az ayurveda táplálkozást kipróbálók esetében



ez az arány 7,4%. Ugyanez az arány fordított előjellel megfigyelhető az alacsony kereseti sávban is, tehát fele annyira jellemzőek a megélhetési problémák az ayurvedát kipróbálók körében. Településméret alapján (Pearsons Chi-Square=27,283; $p=0,001$) túlsúlyban vannak a 10.000 fő feletti települések (33,3%), de Budapest, és a megyei jogú városok egyaránt jellemzőek. Korcsoport alapján nem találtunk összefüggést (Pearsons Chi-Square=9,137; $p=0,331$). Táplálkozásmód váltás tekintetében elmondható, hogy az ayurvedáról tapasztalattal rendelkező fogyasztók 44,4%-a egészségtudatosabban táplálkozik, és további 33,3% tervezi a táplálkozásmód váltást a közeljövőben, míg az ayurvedát nem ismerők esetében ugyanez az arány 27,2% és 24,5%.

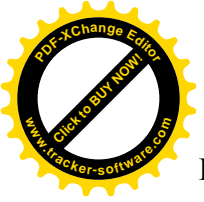
Amennyiben megvizsgáljuk az egészségorientált táplálkozási módok esetében a kipróbálás és rendszeres alkalmazás arányát, érdekes összefüggést tapasztalunk (**27. ábra**). A kevésbé ismert táplálkozásmódokat, mint például az ayurvedát (35,2%) az alacsony ismertség és elérhetőség miatt kevesen próbálják ki (2,7%), azonban a rendszeresen alkalmazók (1%) aránya a tapasztalattal rendelkezőkhöz képest meglehetősen magas, mintegy 37% (1,0/2,7).



27. árba: Egészségorientált táplálkozásmódok kipróbálási és alkalmazási aránya (alkalmazás/kipróbálás %)

Forrás: Saját szerkesztés, 2015 (N=1000)

Ezzel szemben például egy ismert táplálkozási módot, például a kalóriaszámláló étrendet a lakosság 77,2%-a ismeri, 15,3%-a személyes tapasztalattal rendelkezik róla, azonban közülük csak minden ötödik személy alkalmazza rendszeresen, vagyis a fogyasztók 3%-a. Az adatok alapján tehát úgy tűnik, hogy a kevésbé ismert táplálkozási módok esetében nehezebb eljutni a személyes tapasztalatig, nagyobb energiabefektetést, és fokozott információkereső magatartást igényel a fogyasztóktól, azonban a személyes megtapasztalás után nagy arányban jutnak el a rendszeres alkalmazásig. Az ayurveda esetében érdemes megfigyelni, hogy követőinek száma alig tér el a paleolit táplálkozás híveitől, ami azért figyelemre méltó, mert a paleolit táplálkozás rendszere SZENDI (2009) nevéhez köthető, akinek számos könyve jelent meg magyar nyelven, valamint rendszeres médiaszereplő. Ezzel szemben az ayurveda táplálkozásnak nincs ismert magyar képviselője, és jelentősen kevesebb hangsúlyt kap a médiában is.



Bár az ayurveda hazai piaca meglehetősen szűk, fókuszcsoportos vizsgálataink kiterjedtek a további ayurveda termékek és szolgáltatások bevezetése iránti attitűdökre. Eredményeink alapján az érdeklődők elsősorban családtagtól, könyvből, előadásokból, magazinokból, turisztikai tv-műsorokból, internetről értesültek először az ayurvedáról. A szolgáltatásokat elsősorban külföldi utazásaik során ismerték meg: Indiában, Sri Lankán, Dubaiban, ahol ki is próbálták azokat. Előnyös tulajdonságként jelölték meg, hogy segít az egészséges életmód kialakításában, a belső harmónia megteremtésében, testi-lelki egyensúly fenntartására törekszik. Bizalmat kelt, hogy a több évezredes rendszer mögött rengeteg tapasztalat halmozódott fel. Az ayurvedikus táplálkozásban szimpatikus, hogy hangsúlyt fektet az ízek összeállítására és a természetes alapanyagokra. Megkülönbözteti más rendszerektől, hogy preventív, emberközpontú, személyre szabott, komplex, továbbá nem tünetet kezel, hanem az okot próbálja megszüntetni.

Hátrányt jelenthet, hogy nem azonnal éreztetni a hatását, sokan ezoterikusnak, misztikusnak gondolhatják, mivel nem áll rendelkezésre elegendő ismeret. Egyelőre csak néhány helyen elérhetőek az ayurvedikus szolgáltatások, és a fogyasztók attól is tartanak, hogy ezek nagyon drágák lennének.

Kulturális távolság tekintetében a résztvevők úgy vélték, hogy hitelességet kölcsönöz az ayurvedának az indiai eredet, mert a keleti életmódhoz jól illeszkedik a természetességet hangsúlyozó irányzat, illetve komoly filozófiai háttér van mögötte. Ellenérzést kelthet azonban, hogy Indiában nagyon sokan élnek mélyszegénységben, és ez nehezen összeegyeztethető a magas szintű bölcséleti és gyógyászati rendszerrel.

A csoporttagok megegyeztek abban, hogy amennyiben az ayurveda szolgáltatások európai környezetben kerülnek bevezetésre, a táplálkozásban az alapanyagokat mindenképpen meg kellene őrizni, bár ebben az esetben lehet, hogy problémát jelentene az alapanyag beszerzés. A misztikusan értelmezhető tanokat kevésbé kellene hangsúlyozni a népszerűsítésnél, vagy le kellene



fordítani a fogyasztó nyelvére. A közvetítő személye nagyon fontos: egy keleti és nyugati orvoslásban, természetgyógyászatban egyaránt jártas személyt tartanának leghitelesebb közvetítőnek. Pozitívan értékelnék, ha lennének az ősi bölcsességet alátámasztó tudományos kutatások, és kiegészítő terápiaként mindenképpen jól alkalmazhatónak tartják és igénybe vennék a szolgáltatásait.

Elfogadott szolgáltatásként jelölték meg a masszázst illetve testkezeléseket, gyógynövény-terápiát, kozmetikumokat. Táplálkozás tekintetében is szívesen fogadnának további termékeket, szolgáltatásokat, akár ayurvedikus éttermet is. Véleményük szerint a jóga mint mozgásforma már eléggé ismert és elterjedt ahhoz, hogy jó kiindulási alapot jelentsen kiegészítő szolgáltatásokhoz.

A bemutatott eredmények alapján tehát a **H6 hipotézisünket elfogadjuk.**

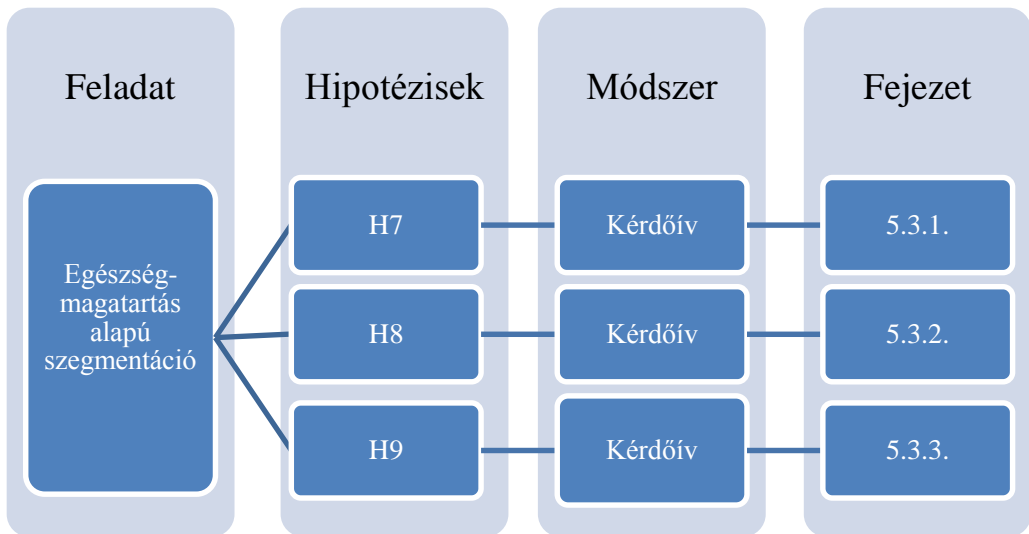
H6: Az ayurveda táplálkozás ismerete és alkalmazása pozitív fogyasztói attitűdök mellett is alacsony.

Konklúzióként megállapítható, hogy az ayurveda táplálkozás jelenlegi hazai célpiaca 1%, potenciális célpiaca közel 3%, tehát valóban egy megjelenőben lévő, egyelőre kevésbé ismert trendről beszélünk. Amennyiben figyelembe vesszük az ayurveda esetében a kipróbálás és rendszeres alkalmazás közötti 37%-os arányt, a kínálati oldal bővülésével jelentős növekedés várható az elkövetkezendő években. Más résziaci szegmensekkel összehasonlítva megállapítható, hogy bár az ayurveda szegmens jelenlegi mérete valóban csekély, vizsgálata helyet érdemel a résziaci termékek körében, hiszen az irodalmi adatok alapján organikus élelmiszerfogyasztó szegmens mérete jelenleg 3,7% míg 2003-ban mindössze 2,6% volt, illetve az elkötelezetten LOHAS értékrendet valló fogyasztói szegmens mérete mindössze 3,6%.

A potenciális piaci szegmens szociodemográfiai jellemzése, illetve az ayurveda megkülönböztető jellegének, előnyös és hátrányos tulajdonságainak ismerete vélhetően célzottabb marketingtervezést tesz lehetővé a termékek/szolgáltatások bevezetésénél.

5.3. Az egészségmagatartás modellezése, piaci szegmentáció

A fejezetben a 3. feladat megoldásához (28. ábra) elsőként elvégezzük az Integrált Viselkedési Modell (13. ábra) faktorstruktúrájának elemzését, majd a faktoranalízis eredményeire támaszkodva elvégezzük az országos reprezentatív minta egészségmagatartás alapú szegmentációját. Ezt követően bemutatjuk a kapott szegmenseket, és a leginkább egészségtudatosnak mondható szegmenst részletesebb vizsgálatnak vetjük alá, alszegmensek kialakításával finomítjuk eredményeinket.



28. ábra: Az 5.3. alfejezet felépítése

Forrás: Saját szerkesztés, 2015

5.3.1. Az Integrált Viselkedési Modell tesztelése

Elsőként célul tűztük ki, hogy megvizsgáljuk az Integrált Viselkedési Modell (13. ábra) alkalmazhatóságát magyar mintán az egészségmagatartás témakörére. A modell alkalmazására vonatkozólag sztemerd kérdőív nem található a szakirodalomban, ezért a MONTANO és KASPRZYK (2008) instrukciói alapján saját állításlistát állítottunk össze. A személyes hatóerő faktor változói ezalól kivételt képeznek, mivel a Kontroll és Énhatékonyság a pszichológiában gyakran alkalmazott változók, erre a két változóra standard



állításort alkalmaztunk (OLÁH, 1997). A **2.5.1. alfejezetben** bemutatott Integrált Viselkedési Modellnek megfelelően tehát mértük az Attitűd, azon belül a tapasztalati attitűd és Instrumentális attitűd, Észlelt normák, pontosabban Rendelkező norma és Leíró norma változókat, és a már említett Személyes hatóerő dimenzión belül az Észlelt kontrol és Énhatékonyság változókat, valamint a Viselkedéses szándékot. A normákra vonatkozóan két állítást illesztettünk be (3. és 6. számú) a normák észlelt fontosságára vonatkozóan, azaz hogy a személyt milyen mértékben befolyásolja mások véleménye vagy viselkedése.

Az adatok rendezéséhez elsőként a két fordított tételt (6. és 19. állítások) átkódoltuk, majd átlag és szórás értékeket számítottunk, amelyeket a **19. táblázat** mutat be. A változók mérésére összeállított állítások megbízhatóságának tesztelésére Cronbach alfa értékeket számoltunk, amely megfelelő érték esetén önmagában is elégséges feltétele a reliabilitásnak, tehát a 0,7 feletti Cronbach alfával rendelkező változók önálló skálaként alkalmazhatók (FALUS és OLLÉ, 2000). A Cronbach alfa értéke 0,8 körül ideálisnak tekinthető, míg 0,9 feletti értékek azt jelzik, hogy skálánk felesleges elemet tartalmaz (NORVICK, 1966). Esetünkben 0,9 feletti értéket nem találtunk, megfelelő belső konzisztenciával rendelkeznek a Tapasztalati attitűd, Instrumentális attitűd, Viselkedéses szándék illetve Énhatékonyság változók. Az elfogadhatósági kritériumot megközelítik a Leíró norma (0,684) a Rendelkező norma (0,635) és az Észlelt kontroll (0,624) változók, az általunk beillesztett Normák észlelt fontossága (0,133) pedig egyértelműen kizárásra kerül.

19. táblázat

Az Integrált Viselkedési Modell eredeti faktorainak vizsgálata

Faktor	Változó	Állítás	Átlag	Szórás	Cronbach Alfa
Attitűd	Tapasztalati attitűd	1. Az egészséges életmódot élvezetesnek tartom.	3,69	1,178	0,871
	Tapasztalati attitűd	3. Egészségesen élni kellemes dolog.	3,93	1,091	
	Tapasztalati attitűd	5. Szeretem az egészséges életmódot.	3,73	1,044	
	Instrumentális attitűd	8. Az egészséges életmód megfontoltságra vall.	3,89	1,065	0,732
	Instrumentális attitűd	15. Egészséges életmódot folytatni hasznos dolog.	3,93	1,031	
Vis. Szándék	Viselkedéses szándék	7. Vágyom rá, hogy egészségesebben éljek.	3,73	1,117	0,761
	Viselkedéses szándék	9. Szeretnék változtatni a szokásaimon, hogy egészségesebben éljek.	3,42	1,234	
	Viselkedéses szándék	12. Törekszem arra, hogy egészségesebb életmódot alakítsak ki.	3,68	1,088	
Észlelt normák	Rendelkező norma	10. Az egészséges életmód fontos társadalmi érték.	3,83	1,11	0,635
	Rendelkező norma	11. Az ismeretségi körömben az egészség értéket képvisel.	3,46	1,148	
	Leíró norma	2. Az ismerőseim sokat tesznek az egészségükért.	3,13	1,137	0,684
	Leíró norma	4. A legtöbb ember sokat tesz az egészségéért.	2,9	1,187	
Normák fontossága	Normák észlelt fontossága	6. Nem foglalkoztat, hogy mit gondolnak rólam. (fordított)	2,26	1,174	0,133
	Normák észlelt fontossága	13. Igyekszem úgy élni, ahogy az másoknak is megfelel.	3,2	1,22	

Faktor	Változó	Állítás	Átlag	Szórás	Cronbach Alfa
Személyes hatóerő	Észlelt kontrol	14. Tapasztalataim szerint a siker jó tervezés eredménye.	3,71	1,119	0,624
	Észlelt kontrol	16. Sosem bízom abban, hogy a sors vagy a szerencse megoldja a problémámat.	3,8	1,108	
	Észlelt kontrol	17. A sikereimet kemény munkának köszönhetem, nem a szerencsés körülményeknek.	3,96	1,006	
	Észlelt kontrol	18. A fontos dolgok többségét, amelyek velem történnek, előre látni és ellenőrizni tudom.	3,23	1,154	
	Énhatékony-ság	19. Gyakran tudom, mit kellene tennem, de általában nincs meg bennem a képesség arra, hogy meg is tegyem.	2,96	1,168	0,717
	Énhatékony-ság	20. Az az érzés, hogy amit el akartam érni, a legtöbb esetben sikerül is, adja az egyik legnagyobb erőt számomra az élet nehézségeivel való küzdelemben	3,65	0,986	
	Énhatékony-ság	21. Sikeresen el tudom érni a magam elé tűzött célokat.	3,63	0,926	
	Énhatékony-ság	22. Korábbi tapasztalataimból tudom, hogy a legtöbb dologban amit csinálok, biztos vagyok.	3,81	0,883	
	Énhatékony-ság	23. Ha megoldást látok egy problémára, biztos vagyok benne, hogy meg tudom tenni, amit kell.	3,84	0,928	

Forrás: Saját szerkesztés, 2014

Mi azonban nem pusztán a változók belső konzisztenciájára voltunk kíváncsiak, hanem a teljes modell struktúrájának érvényességét terveztük feltárni, a továbbiakban faktoranalízist hajtottunk végre, mindazonáltal a kapott megbízhatósági értékek orientáltak a várható faktorstruktúra kialakításában.

A faktoranalízis során a Maximum Likelihood módszerét választottuk a változók kiszűrésére (**6. sz. melléklet**). Varimax rotációval 7 iterációval 5 faktor jött létre, amelyek összesen 50,026% magyarázó erővel bírnak. Elsőként kiszűrtük a 0,4-nél alacsonyabb koefficienssel bíró változókat, azaz a 13., 6. és 19. állításokat, a 6. és 13. állítások kiszűrése rendkívül alacsony Cronbach alfa értékük miatt is indokoltnak tekinthető, a faktoranalízis tehát megmutatta, hogy



más változóhoz sem kapcsolódnak. Ezt követően a faktorok száma háromra csökkent, azonban a modell magyarázó ereje alig növekedett (50,499%). Ezt követően kiszűrtük a 16. állítást alacsony koefficiens értéke miatt, ami 52,464%-ra növelte a modell magyarázóerejét, így megszűntek az alacsony koefficienssel rendelkező változók. A modell illeszkedése megfelelő (Chi-Square=562,473, $p=0,000$) azonban a magyarázóerő továbbra sem érte el az elvárt 60%-ot, és ezt további változók kiemelésével sem sikerült elérnünk, ezért a Maximum Likelihoodnál megengedőbb statisztikai módszert választottunk, és főkomponens analízissel vizsgáltuk tovább a változókat. Ugyanerre a változókészletre főkomponens analízist alkalmazva Varimax rotációval 5 iterációval három hasonló faktort kaptunk, amelyek magyarázó ereje együttesen 59,817%-ot adott. A 11. állítás kis különbséggel (0,419 és 0,536) az első és harmadik faktorhoz egyaránt besorolható volt, ezért ezt az állítást is kizártuk. Ezzel a lépéssel az elvárt 60%-os érték fölé emelkedett a három faktor magyarázó ereje (60,566%), amelyből az első faktor 27,692%-ot, a második faktor 22,842%-ot, a harmadik faktor pedig 10,032%-ot tesz ki (**20. táblázat**).

Az Integrált Viselkedési Modell faktorai és faktorsúlyuk

Változó	Állítás	Faktor		
		1	2	3
Viselkedéses szándék	7. Vágyom rá, hogy egészségesebben éljek.	,791		
Instrumentális attitűd	8. Az egészséges életmód megfontoltságra vall.	,773		
Instrumentális attitűd	15. Egészséges életmódot folytatni hasznos dolog.	,717		
Rendelkező norma	10. Az egészséges életmód fontos társadalmi érték.	,698		
Tapasztalati attitűd	5. Szeretem az egészséges életmódot.	,694		
Viselkedéses szándék	12. Töreksem arra, hogy egészségesebb életmódot alakítsak ki.	,692		
Tapasztalati attitűd	1. Az egészséges életmódot élvezetesnek tartom.	,673		
Viselkedéses szándék	9. Szeretnék változtatni a szokásaimon, hogy egészségesebben éljek.	,671		
Tapasztalati attitűd	3. Egészségesen élni kellemes dolog.	,661		
Énhatékonyság	22. Korábbi tapasztalataimból tudom, hogy a legtöbb dologban amit csinálok, biztos vagyok.		,821	
Énhatékonyság	23. Ha megoldást látok egy problémára, biztos vagyok benne, hogy meg tudom tenni, amit kell.		,796	
Énhatékonyság	21. Sikeresen el tudom érni a magam elé tűzött célokat.		,784	
Énhatékonyság	20. Az az érzés, hogy amit el akartam érni, a legtöbb esetben sikerül is, adja az egyik legnagyobb erőt számomra az élet nehézségeivel való küzdelemben		,691	
Észlelt kontrol	17. A sikereimet kemény munkának köszönhetem, nem a szerencsés körülményeknek.		,661	
Észlelt kontrol	14. Tapasztalataim szerint a siker jó tervezés eredménye.		,579	
Észlelt kontrol	18. A fontos dolgok többségét, amelyek velem történnek, előre látni és ellenőrizni tudom.		,557	
Leíró norma	4. A legtöbb ember sokat tesz az egészségéért.			,841
Leíró norma	2. Az ismerőseim sokat tesznek az egészségükért.			,737

Extraction Method: Principal Component Analysis; Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. a. Rotation converged in 5 iterations. KMO=0,943; Bartlet (Approx. Chi Sq.) 9181,626; (Sig) 0,000; Communalities: 0,398-0,746; Total Variance Explained: 60,566; N=1000.

Forrás: Sajat szerkesztés, 2014

A három faktor részben megegyezik az eredeti modell faktoraival, a legnagyobb magyarázó erővel rendelkező faktorba tömörülnek az Attitűd változók, kiegészülve a Viselkedéses szándékkal, illetve a Rendelkező norma



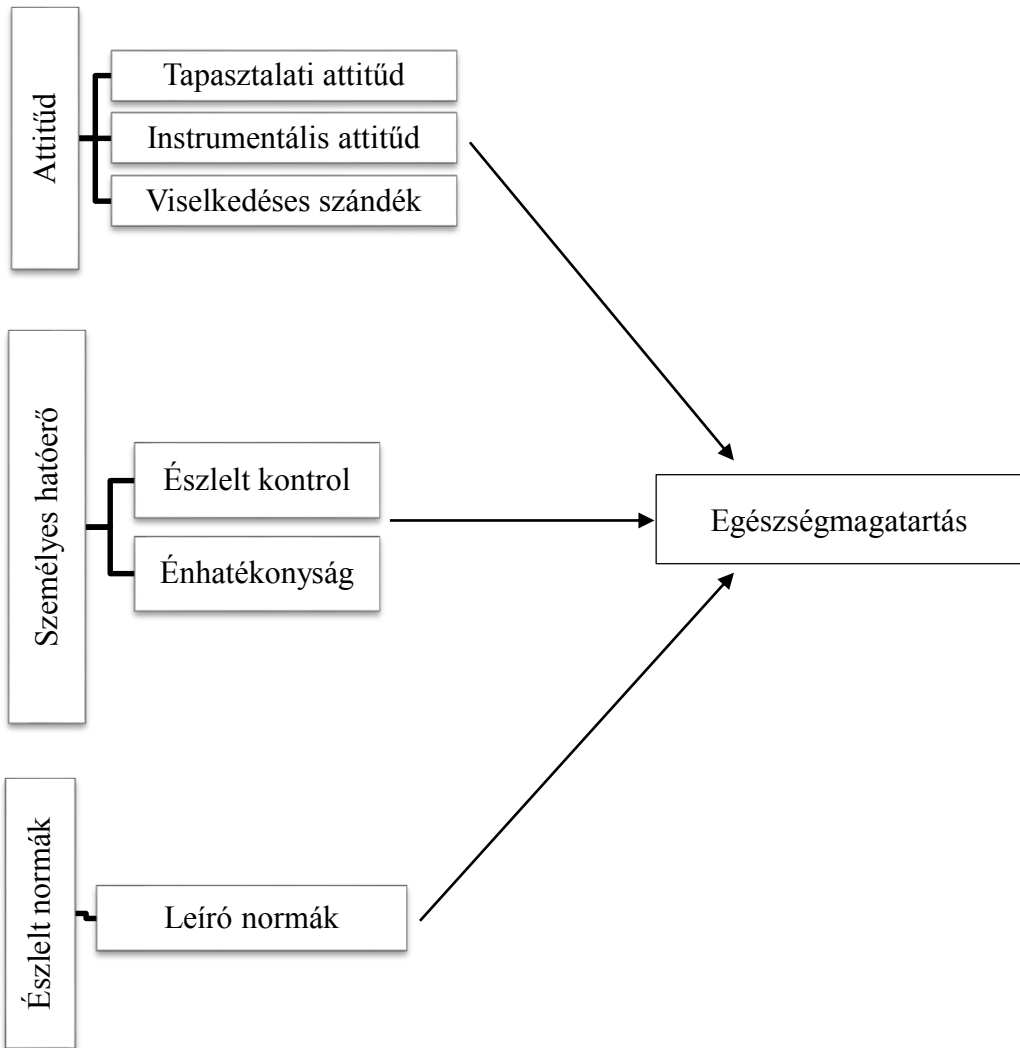
egy állításával. Az így kapott skála belső konzisztenciája 0,908 azaz rendkívül megbízhatónak tekinthető. Arra a jelenségre, hogy miért sorolódott be a Viselkedéses szándék teljes állításkészlete egyértelműen az Attitűd faktorba, ROSENBERG és HOVLAND (1960) háromelemes attitűdmodellje ad választ, ahol az attitűdöt emocionális, kognitív és viselkedéses tényezők összessége alkotja. A viselkedéses szándék tehát szerves része az attitűdnek, sőt talán a legfontosabb előrejelzője, azonban ennek a változónak a mérése okozza a legtöbb bizonytalanságot is. Véleményünk szerint ezért kerülhetett kitüntetett helyre az Integrált Viselkedési Modellben, azonban vizsgálataink alapján inkább az Attitűd faktorba sorolható, amelynek megbízhatóságát jelentősen növeli.

A második faktor a 16. és 19. állítások kizárásával teljes mértékben egyezik az eredeti modell Személyes hatóerő faktorával, alkalmazhatóságát a létrejött skála magas belső konzisztenciája is igazolja (Cronbach alfa = 0,857). A harmadik faktor csak két változót foglal magába, és ez rendelkezik a legkisebb belső konzisztenciával is (Cronbach alfa = 0,684), mivel azonban nagyon közel esik az elvárt 0,7 értékhez, és a faktor magyarázó ereje 10,032%-ot tesz ki, a továbbiakban faktorként fogadjuk el. Mindazonáltal meg kell állapítanunk, hogy az Észlelt normák faktor az eredeti modell legvitatottabb eleme, amelynek állításai legkevésbé alkotnak egységes skálát. Ahhoz, hogy végleges következtetést vonjunk le, további vizsgálatok lennének szükségesek, azonban a belső konzisztenciákra illetve faktorstruktúrára irányuló vizsgálataink alapján feltételezhető, hogy a társadalmi elvárások, illetve az azoknak való megfelelés nem meghatározó tényezője az egészségmagatartásnak Magyarországon.

A bemutatott eredmények alapján tehát a **H7** hipotézisünket **elvetjük.**

H7: *Az egészségmagatartás Integrált Viselkedési Modelljeinek vizsgálatával reprodukálható a változók eredeti faktorstruktúrája.*

A vizsgált faktorok nagymértékben egyeznek az eredeti modell faktoraival, a faktorok alskálái azonban nem függetlenek az általunk vizsgált minta alapján, így az Integrált Viselkedési Modellt a következő formában (29. ábra) alkalmazzuk a szegmentációs vizsgálathoz.

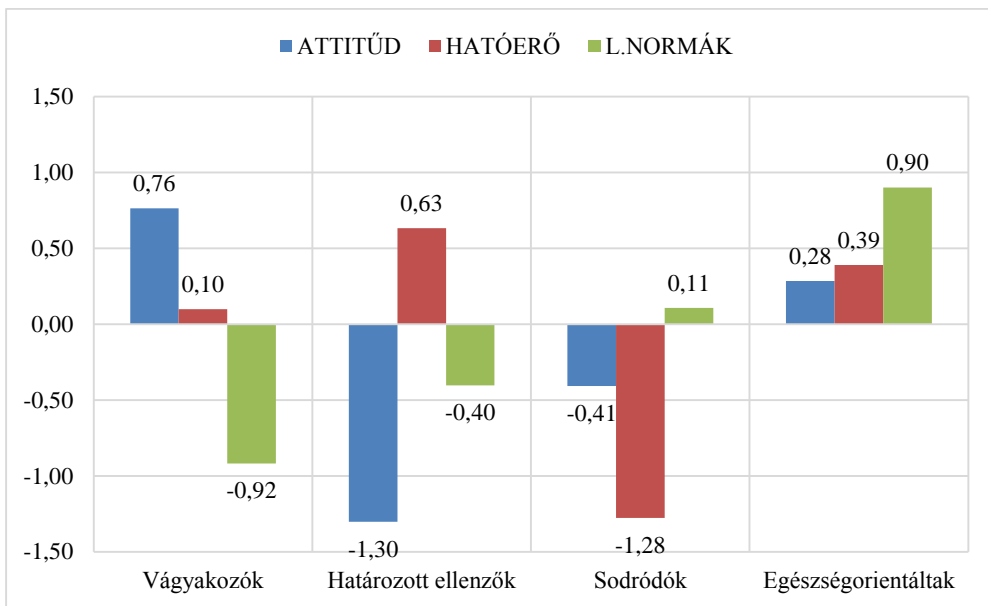


29. ábra: Az Integrált Viselkedési Modell validált faktorstruktúrája

Forrás: Saját szerkesztés, 2015

5.3.2. Egészségmagatartás alapú szegmentáció bemutatása

Az adatbázis méretének megfelelően K-közép klaszterezést hajtottunk végre, amelynek során négy szegmenst különítettünk el (**30. ábra**). A klaszterszám további növelésével bizonyos klaszterek elemszáma a mintanagyság 10%-a alá csökken, és meglehetősen kiegyenlítetlen méretű klaszterek jönnének létre. Első lépésben tehát megelégedtünk a négy szegmens elkülönítésével és jellemzésével, további vizsgálatokat már kizárólag a célszegmensen végeztünk.



30. ábra: Fogyasztói szegmensok klaszterközép értékei

Forrás: Saját szerkesztés, 2015

1. klaszter jellemzése: Vágyakozók (28,0%)

A Vágyakozók szegmensének legjellemzőbb vonása a rendkívül negatív Észlelt normák, ami rendkívül pozitív Attitűdökkel párosul, míg a Személyes hatóerő alig érvényesül. A klaszter tagjai tehát nagyon fontosnak tartják az egészségtudatos életmódot, erőteljesen vágnak rá. Úgy vélik, hogy a környezetükben élők egyáltalán nem élnek egészségtudatosan, tehát valószínűleg nem kapnak elegendő társas támogatást az életmódváltáshoz, és Személyes hatóerejük sem biztosít stabil bázist hozzá.



2. klaszter jellemzése: Határozott ellenzők (17,2%)

A második klaszter tagjait leginkább a negatív Attitűdök jellemzik, majd az Egészségtudatosokhoz hasonló erősségű Személyes hatóerő, és az enyhén negatív Észlelt normák. A csoportra tehát jellemző, hogy egyáltalán nem vágnak az egészségtudatosabb életmódra, és ezt nagyon határozottan képviselik, a környezetükben sem tapasztalják, hogy jelen lenne az egészségtudatos magatartás. Személyes hatóerejük képessé teszi őket céljaik megvalósítására, ez valószínűleg pozitívan hat szubjektív jóllétükre.

3. klaszter jellemzése: Sodródók (21,0%)

A harmadik klaszterre legjellemzőbb a Személyes hatóerő negatív értéke, illetve a negatív Attitűd, és enyhén pozitív, szinte semleges Észlelt normák. A csoport tagjai tehát egyértelműen úgy érzik, hogy sorsukat külső tényezők irányítják, az egészségesebb életmód iránti vágyak, gondolatok egyáltalán nem jellemzőek rájuk, és úgy gondolják, hogy a környezetükben élők sem tesznek túl sokat az egészségükért, ezért ezt a klasztert Sodródóknak neveztük el.

4. klaszter jellemzése: Egészségorientáltak (33,8%)

Az Egészségtudatos klasztert leginkább az Észlelt normák pozitív értéke jellemzi, majd a pozitív Személyes hatóerő és enyhén pozitív Attitűd változók. A csoport tagjai tehát úgy vélik, hogy a szűkebb és tágabb környezetükben élők határozottan szem előtt tartják az egészséget, pozitív Attitűdjüket Személyes hatóerejük által át is tudják vinni a gyakorlatba.

A szegmensek szociodemográfiai jellemzőit a szignifikáns Chi-négyzet próbák eredményeivel a **21. táblázat** tartalmazza.

A klaszterek szociodemográfiai jellemzői, % (N=1000)

Változó		1	2	3	4	Sig.
Klaszter mérete		28,0	17,2	21,0	33,8	-
Nem	Férfi	40,7	62,8	54,3	45,6	24,728
	Nő	59,3	37,2	45,7	54,4	0,000
Korcsoport	18-29	26,1	18,6	23,3	30,8	30,087
	30-39	18,6	22,7	12,4	18,9	0,003
	40-49	20,7	16,3	25,2	20,1	
	50-59	17,9	17,4	13,8	15,7	
	>60	16,8	25	25,2	14,5	
Iskolázottság	Max. 8 általános	7,5	11,6	20,5	9,5	85,703
	Szakmunkásképző, szakiskola	26,1	39,5	46,2	23,7	0,000
	Érettségi	42,1	37,2	24,8	47,6	
	Felsőfokú	24,3	11,6	8,6	19,2	
Szubjektív jövedelemszint	NT/NV	2,9	0,6	3,3	1,8	96,984
	Nagyon jól megél(nek) belőle és félre is tud(nak) tenni	2,9	4,7	1	5,3	0
	Megél(nek) belőle, de keveset tud(nak) félre tenni	30,4	28,5	12,9	36,1	
	Éppen elegendő, hogy megéljen(ek) belőle, de félretenni már nem tudnak	51,4	55,2	50,5	46,7	
	Néha arra se nagyon elég, hogy megéljen(ek) belőle	10,7	11	25,7	9,5	
	Rendszeresen napi megélhetési gondjai(k) vannak	1,8	0	6,7	0,6	

Változó		1	2	3	4	Sig.
Családi állapot	házas	34,6	43,6	36,7	42,6	32,41 0,006
	élettársal él	18,6	19,2	10,5	15,1	
	özvegy	9,3	7,6	13,3	5	
	nőtlen/hajadon	23,2	17,4	25,7	28,4	
	elvált	13,6	11,6	12,9	8	
	külön él	0,7	0,6	1	0,9	
Jogi helyzet	aktív fizikai dolgozó	29,6	46,5	40	31,1	96,11 0
	aktív szellemi dolgozó	31,8	15,1	9	29,3	
	nyugdíjas	16,4	25,6	28,6	18,9	
	tanuló	8,9	4,1	5,7	10,9	
	egyéb	13,3	8,7	16,7	9,8	
Településméret	Budapest	23,9	20,9	20,5	12,4	41,451 0
	megyei jogú város	26,1	25	19	19,2	
	10.000< település	20,4	19,8	12,9	22,2	
	2.000-10.000 település	15,7	22,7	31,4	28,7	
	2.000> település	13,9	11,6	16,2	17,5	

Forrás: Saját szerkesztés, 2015

1. klaszter jellemzése: Vágyakozók (28,0%)

A klaszter tagjai elsősorban nők (59,3%), fiatalabb, 18-29 éves korcsoportba tartoznak, érettségivel rendelkeznek (42,1%), anyagi helyzetük alapján viszonylag kedvezőtlen helyzetben vannak, 30,4% félre is tud tenni havi jövedelméből. Jogi helyzetük alapján nagy arányban aktív fizikai és szellemi dolgozók egyaránt, legnagyobb arányban megyei jogú városokban élnek (26,1%) illetve Budapesten (23,9%).

2. klaszter jellemzése: Határozott ellenzők (17,2%)

Tagjai elsősorban férfiak (62,8%), harmincas éveikben járnak, vagy ötven évnél idősebbek, középfokú végzettséggel rendelkeznek, jövedelmi helyzetük kimondottan pozitív, legnagyobb arányban házasok (43,6%), további 19,2% élettársal él, itt a legkisebb az elváltak illetve nőtlenek/hajadonok aránya. Jellemzően aktív fizikai dolgozók (46,5%) vagy nyugdíjasok, nagy arányban élnek Budapesten illetve nagyvárosokban.



3. klaszter jellemzése: Sodródók (21,0%)

A klaszter tagjai nagy számban 18-29 illetve 40-49 évesek, vagy 60 év felettek, itt a legnagyobb arányú a maximum 8 osztályt (20,5%) vagy szakmunkásképzőt végzettek aránya (46,2%). Jövedelmi helyzetük kedvezőtlennek tekinthető, jogi helyzet alapján kiemelkedő az aktív fizikai dolgozók (40,0%) és nyugdíjasok aránya (28,6%). Kiemelkedő számban élnek 2.000-10.000 fő közötti településeken illetve Budapesten.

4. klaszter jellemzése: Egészségorientáltak (33,8%)

A csoport nem- és kor szerinti megoszlása közel kiegyenlítettnek mondható, iskolai végzettség alapján többségben vannak az érettségivel (47,6%) illetve felsőfokú végzettséggel rendelkezők (19,2%). Anyagi helyzetük alapján itt a legnagyobb azoknak a száma, akik keveset, de félre is tudnak tenni havi jövedelmükből (36,1%), vagy nagyon jól megélik belőle (5,3%), szellemi és fizikai dolgozók egyaránt kerültek a csoportba, kisebb arányban Budapesten, nagyobb arányban megyei jogú városban, vagy vidéki nagyvárosban élnek.

5.3.3. Az egészségsgmensek jellemzése életmód alapján

Az Integrált Viselkedési Modell módosított faktorstruktúrájának érvényességét alátámasztja a klaszterek közti különbségek feltárása egészségmagatartás alapján. A klaszterek egészségmagatartásának vizsgálatánál a nominális és ordinális skálák összevetésére kereszttáblás elemzést illetve chi-négyzet próbát végeztünk. A Transzteoretikus modell három kategóriájával (TTM3: Pearson Chi-Square=158,972; $p=0,000$) illetve a fizikai aktivitás mértékével történő összevetést (fizikai aktivitás: Pearson Chi-Square=77,359; $p=0,000$) követően megállapítható, hogy a klaszterbe tartozás összefügg az egészségmagatartással (**22. táblázat**).

A Transzteoretikus modell kategóriáit szemlélve szembetűnő, hogy a 4. klaszter tagjai jutottak el legnagyobb arányban (46,4%) a Cselekvés és Fenntartás szakaszáig. Az 1. klaszter is kimondottan aktívnek mondható, bár az

ő jelenlétük a Szemlélődés és Felkészülés szakaszában kiemelkedő. A 2. és 3. klaszter tagjait egyértelműen a Bezárkózás jellemzi (69,8% illetve 68,1%), ők azok, akik érdektelennek mutatkoznak az egészség iránt, illetve nem képesek hatékonyan megvalósítani céljaikat.

22. táblázat

A klaszterek jellemzése egészségmagatartás alapján, %

Egységsmagatartás		Klaszterkód				Összesen
		1	2	3	4	
TTM3	Bezárkózó	29,6	69,8	68,1	31,7	45,3
	Szemlélődő + Felkészülő	33,2	15,7	18,6	21,9	23,3
	Cselekvő + Fenntartó	37,1	14,5	13,3	46,4	31,4
Fizikai aktivitás	Egyáltalán nem végez aktív testmozgást	15,0	32,6	41,0	13,9	23,1
	Kevesebb, mint három napon egy héten	35,4	29,7	23,8	38,8	33,1
	Három és öt nap között egy héten	26,4	16,9	21,0	27,2	23,9
	Több mint öt napon egy héten	23,2	20,9	14,3	20,1	19,9

Forrás: Saját szerkesztés, 2015

Fizikai aktivitás tekintetében hasonló mintázat figyelhető meg, a 2. és 3. klaszter tagjai a lepasszívabbak, míg az 1. és 4. klaszter jelentősen aktívabb, a fizikai aktivitás tekintetében talán kisebb a 4. Egységsmagatartású klaszter előnye a Vágyakozókhoz képest, és a 2. és 3. klaszter lemaradása is kisebb. Úgy tűnik tehát, hogy a fizikai aktivitás területén könnyebb megtenni az első lépéseket, mint a táplálkozásmód váltásban. Árnnyalja az értelmezést, hogy fizikai aktivitás alatt nem csak sporttevékenység értendő, hanem a kérdésfeltevés szerint minden napi tevékenységen túl végzett testmozgás, séta, házimunka vagy kertészkedés. Az egyéb tevékenység megnevezésénél többen írták, hogy nehéz fizikai munkát végeznek, tehát éppen a kevésbé egészségmagatartású 2. és 3. klaszter tagjai, ahol többségében vannak az aktív fizikai dolgozók úgy vélhették, hogy a fizikai munka kiváltja a célzottan egészségmagatartású céllal végzett testmozgást, a

konkrét sporttevékenységek (torna, testépítés, aerobik stb.) százalékainak összértéke sem támasztja alá ugyanis a **22. táblázat**ban megjelenő kedvező számadatokat.

A bemutatott eredmények alapján tehát a **H8** hipotézisünket **elfogadjuk**.

H8: *Az Integrált Viselkedési modell alkalmazásával meghatározható olyan egészségorientált fogyasztói csoport, amely egészségmagatartása alapján elkülönül más fogyasztói csoportoktól.*

Ezt követően variancia-analízissel megvizsgáltuk, hogy van-e szignifikáns különbség aszerint, hogy milyen erőforrásra lenne leginkább szüksége az egyes klaszterbe tartozó személyeknek. A korábban vizsgált hat tényező szórásértékeinek homogenitását először Levene teszttel vizsgáltuk, majd megállapítottuk, hogy a szórásértékek nem homogének (**23. táblázat**), ezért Dunnett T3 post hoc tesztet végeztünk.

23. táblázat

A Levene teszt és variancia-analízis eredményei

Változó	L	p	F	p
Pénz, anyagi forrás	18,140	0,000	15,528	0,000
Kiegyensúlyozottság, jó lelkiállapot	3,499	0,015	6,047	0,000
Motiváció, akarat erő	4,170	0,006	2,965	0,031
Család és barátok támogatása	3,097	0,026	8,793	0,000
Több szabadidő	7,267	0,000	14,158	0,000
Szervezőképesség, jobb tervezés	4,651	0,003	22,170	0,000

Forrás: Saját szerkesztés, 2015

A variancia-analízis eredményei alapján van szignifikáns különbség a klaszterek között. A Dunnett T3 post hoc vizsgálat nem mutatott különbséget a pénz, anyagi forrás változó esetében, tehát további anyagi forrásra minden klaszternek szüksége lenne. A többi változó esetében minden kivétel nélkül azonos a klaszterek átlagának sorrendje, azaz a Sodródó csoport érzi legkevésbé szükségét bármely erőforrásnak, őket követik a Határozott ellenzők, majd a Vágyakozók, és leginkább szükségesnek tekintik a különböző erőforrásokat az Egységorientált csoport tagjai. A Sodródó és a Határozott ellenző csoport

szignifikánsan elkülönül a Vágyakozó és Egészségorientált csoporttól a Szabadidő illetve Szervezőképesség tekintetében, az Egészségorientált csoport és Sodródó csoport között szignifikáns a különbség a kiegyensúlyozottság, jó lelkiállapot illetve motiváció tényezők esetében, az Egészségorientált csoport minden más szegmensnél jobban igényli a társas támogatást. Összességében megállapítható az az összefüggés, hogy az egészségorientáció mértékével szignifikánsan növekszik az egészségtudatosabb életmód megvalósításához szükséges erőforrásokra való igény. Az igényt tehát a *szociodemográfiai változóknál erőteljesebb mértékben befolyásolja az egészségorientáció, ugyanis ellenkező esetben az anyagi és jogi helyzetét tekintve leginkább hátrányos helyzetben lévő Sodródó csoport tagjai fejeznék ki erőforrásigényüket.*

Végezetül az egészségi állapot már ismert szubjektív (Pearson Chi-Square=90,632; $p=0,000$), illetve objektív (Pearson Chi-Square=15,752; $p=0,001$) tényezőit vettük górcső alá (**24. táblázat**).

24. táblázat

A klaszterek jellemzése egészségi állapot alapján, %

Egészségi állapot		Klaszterkód				Összesen
		1	2	3	4	
Szubjektív egészségi állapot	Nagyon rossz	1,1%	1,2%	3,3%	0,3%	1,3%
	Rossz	5,0%	4,1%	14,8%	1,8%	5,8%
	Közepes	30,4%	28,5%	36,2%	23,4%	28,9%
	Jó	51,4%	58,1%	42,4%	57,1%	52,6%
	Kiváló	11,8%	8,1%	3,3%	17,5%	11,3%
	NT/NV	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Objektív egészségi állapot	Felsorolt betegségek közül egyik sem érinti	53,2%	48,3%	48,6%	63,0%	54,7%

Forrás: Saját szerkesztés, 2015



Az egészségi állapot tekintetében látható leginkább az Egészségorientált klaszter előnye, mivel alig jellemző, hogy rossz vagy nagyon rossznak ítélnék az egészségi állapotukat, azonban 57,1%-uk jónak, és kiemelkedő 17,5%-uk kiválónak ítéli. Ez a mutató tükröződik az objektív egészségi állapotukon is, mivel magasan a mintaátlag felett 63%-uk állítja, hogy a felsorolt betegségek közül egyik sem érinti. Az 1. Vágyakozó klaszter eredményei alacsonyabb százaléktételekkel hasonló mintázatot követnek, azonban itt ütköznek ki leginkább a 2. és 3. klaszterek jellemzői. A 3. Sodródó klaszter szubjektív egészségi állapota kifejezetten negatív képet mutat, 14,8%-uk rossznak minősíti saját egészségi állapotát, 36,2%-uk közepesnek, és csupán 3,3% tartozik a kiváló kategóriába. Az objektív egészségi állapot tekintetében csupán 48,6%-ukat nem érintik a felsorolt betegségek. A második, Határozott ellenző csoport esetében érdekes disszonanciát figyelhetünk meg, míg az Egészségorientált csoport is meghaladó mértékben (58,1%) jónak ítélik az egészségi állapotukat, az objektív tényezők tekintetében a Sodródó klaszterrel azonos értéket vesznek fel (48,3%). Úgy véljük tehát, hogy az egészség iránti negatív attitűdjük azt a megküzdési módot tükrözi, hogy csökkentik az általuk el nem ért cél szubjektív fontosságát, azaz a jelen állapot és a kívánt állapot közti különbségből fakadó negatív érzeteket. Rendkívül erős személyes hatóerejüket tehát nem az adekvát megküzdésre, hanem háritásra használják fel, így jöhet létre az az állapot, hogy az objektív egészségi állapotuk kedvezőtlen, azonban mégis kedvezően ítélik meg helyzetüket, és nem áll szándékukban változtatni jelenlegi szokásaikon, bár anyagi helyzetük és Személyes hatóerejük lehetővé tenné azt.

A bemutatott eredmények alapján tehát a **H9** hipotézisünket **elfogadjuk**.

H9: *Az egészségorientált szegmens objektív illetve szubjektív egészségi állapota legkedvezőbb a vizsgált szegmensek közül.*

5.3.4. Az egészségorientált szegmens további vizsgálatai

A szegmentáció során meghatározott 33,8% Egészségorientált klaszter mérete alapján indokoltnak tartottuk a klaszter további, részletes vizsgálatát. A Feltárt összefüggésrendszer megerősítése, illetve a szegmentáció pontosítása érdekében az Egészségorientált klasztert újabb K-közép klaszterezéssel négy szegmensre bontottuk, majd a kapott szegmenseket ismét teszteltük egészségmagatartás illetve egészségi állapot szempontjából (**25. és 26. táblázat**). Erre a vizsgálati fázisra nem irányult hipotézis, mivel a klaszter tényleges méretének megismerése tette indokoltá a további elemzést.

A klaszteranalízis eredménye alapján négy alszegmens különíthető el az Egészségorientált fogyasztói csoporton belül. Az alszegmensek egészségmagatartásának vizsgálatánál táplálkozásmód váltás (Pearson Chi-Square=24,098; p=0,001) illetve a fizikai aktivitás tekintetében is releváns összefüggést kaptunk (Pearson Chi-Square=18,734; p=0,028).

25. táblázat

Alszegmensek jellemzése egészségmagatartás alapján

Egészségmagatartás		Klaszterkód				Összesen
		4.1	4.2	4.3	4.4	
TTM3	Bezárkózó	38,6%	41,3%	19,4%	22,2%	31,7%
	Szemlélődő + Felkészülő	28,1%	15,0%	16,7%	25,0%	21,9%
	Cselekvő + Fenntartó	33,3%	43,8%	63,9%	52,8%	46,4%
Fizikai aktivitás	Egyáltalán nem végez aktív testmozgást	20,20%	12,50%	5,60%	13,90%	13,90%
	Kevesebb, mint három napon egy héten	36,00%	52,50%	33,30%	33,30%	38,80%
	Három és öt nap között egy héten	25,40%	20,00%	33,30%	31,90%	27,20%
	Több mint öt napon egy héten	18,40%	15,00%	27,80%	20,80%	20,10%
Klaszterméret	Összesen (fő)	114	80	72	72	338
	Összesen (százalék)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Forrás: Saját szerkesztés, 2015

A Chi-négyzet próba szignifikáns értéket mutatott a szubjektív egészségi állapot tekintetében is (Pearson Chi-Square=27,453; $p=0,007$), azonban az objektív egészségi állapot független a klaszterbesorolástól (Pearson Chi-Square=1,558; $p=0,669$).

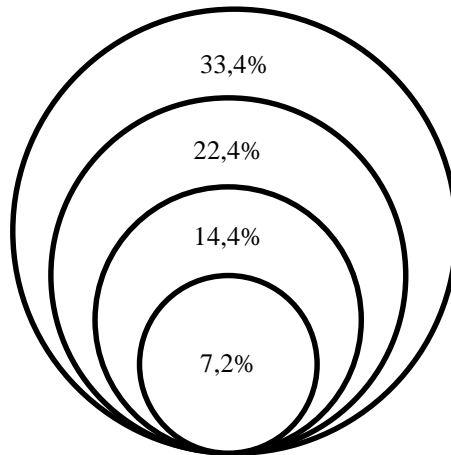
26. táblázat

Alszegmensek jellemzése egészségi állapot alapján

Egészségi állapot		Klaszterkód				Összesen
		4.1	4.2	4.3	4.4	
Szubjektív egészségi állapot	Nagyon rossz	0,00%	0,00%	0,00%	1,40%	0,30%
	Rossz	0,90%	5,00%	0,00%	1,40%	1,80%
	Közepes	33,30%	22,50%	12,50%	19,40%	23,40%
	Jó	54,40%	50,00%	62,50%	63,90%	57,10%
	Kiváló	11,40%	22,50%	25,00%	13,90%	17,50%
Objektív egészségi állapot	Felsorolt betegségek közül egyik sem érinti	60,50%	60,00%	68,10%	65,30%	63,00%

Forrás: Saját szerkesztés, 2015

A feltárt összefüggések alapján egészségmagatartás és szubjektív egészségi állapot tekintetében legkedvezőbbnek tekinthető a 4.3 alszegmens, majd a 4.4 alszegmens, míg a 4.2. alszegmens értékei már kevésbé kedvezőek, és az Egészségorientált klaszteren belül legkedvezőtlenebbek a 4.1. alszegmens értékei. (A klaszterek sorrendjét variancia-analízissel is ellenőriztük, azonban mivel ordinális skálán nem hajtható végre variancia-analízis, részletes eredményeit nem mutatjuk be.) A kapott eredmények alapján tehát az Egészségorientált szegmensen belül megállapíthatjuk, hogy *leginkább egészségtudatosnak tekinthető a 4.3. alszegmens, azaz a lakosság 7,2%-a. Amennyiben tovább tágítjuk a kört, úgy 14,4% fogyasztóról beszélhetünk (4.3. és 4.4. alszegmensek együttesen), majd a 4.2. alszegmens bevonásával 22,4% fogyasztóról beszélhetünk az összesen 33,4% Egészségorientált fogyasztón belül (31. ábra).*

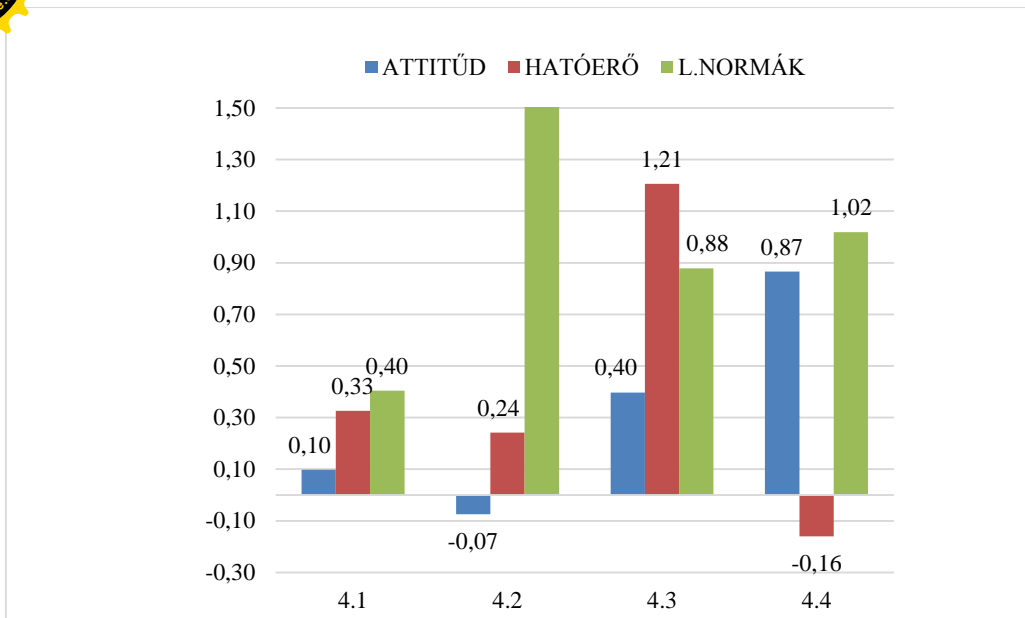


31. ábra: Az Egészségorientált szegmens lehetséges méretei mérési kritériumtól függően

Forrás: Saját szerkesztés, 2015

Az Egészségorientált alszegmensek klaszterközép értékeinek ábrázolásával (32. ábra) megállapítható, hogy az egészségtudatosságot az jelzi elő, ha mindhárom dimenzió mentén pozitív érték mérhető.

A Személyes hatóerő szükséges, de nem elégséges feltétele a cselekvésnek, ugyanis ha nem párosul pozitív Attitűddel, (Határozott ellenzők) akkor a hatóerő elhárító mechanizmusok motorjává válik. A pozitív Attitűd és viszonylag magas Személyes hatóerő már jobb kombinációnak bizonyul, azonban megfelelő társas támogatás nélkül nem kellően hatékony. A pozitív környezeti hatás, azaz a Leíró normák magas értéke gyenge hatóerővel és negatív Attitűddel rossz közérzetre és gyenge egészségi állapotra utal.

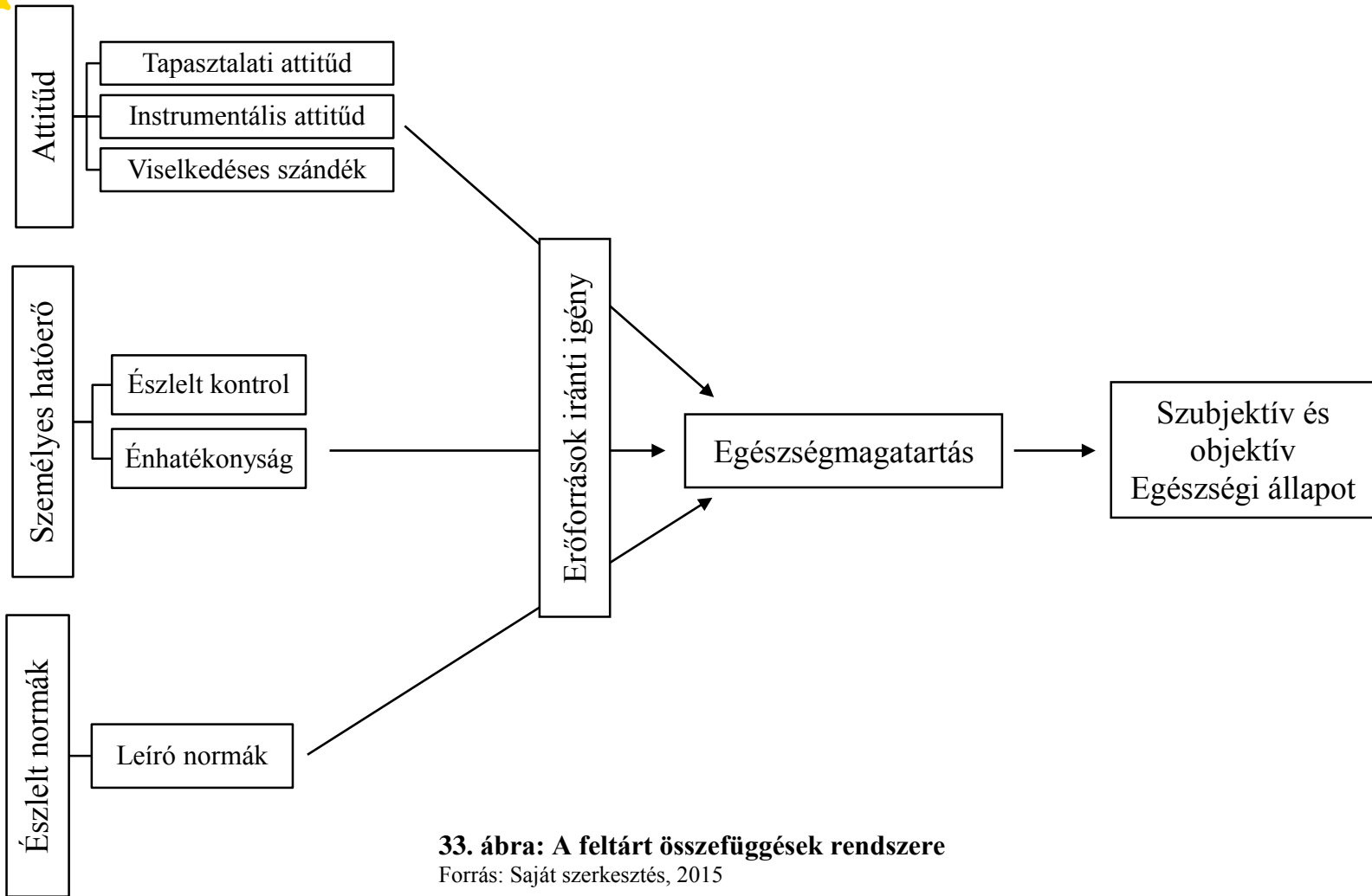


32. ábra: Az egészségorientált szegmens alszegmenseinek klaszterközép értékei

Forrás: Saját szerkesztés, 2015

Az Egységorientált szegmens alszegmensei jól láthatóan támasztják alá ugyanezt a mintázatot. A leghatékonyabbnak bizonyult a 4.3. alszegmens, amely mindhárom dimenzióban egyenletesen magas értéket mutat, azt követi a 4.4. alszegmens, amely a háromból két dimenzió mentén (Attitúd és Észlelt normák) vett fel magas értéket. Kevésbé hatékony a 4.2. alszegmens, amely csak az Észlelt normák tekintetében határozottan pozitív, és legkevésbé hatékony a 4.1. alszegmens egészségmagatartása, amely minden vizsgált dimenzió mentén mérsékelt értéket mutatott.

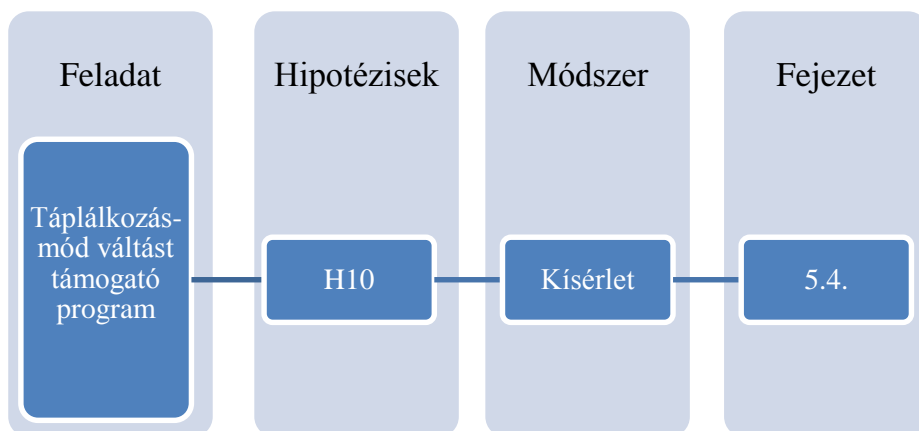
A feltárt összefüggéseket az áttekinthetőség érdekében a **33. ábrán** mutatjuk be. Eszerint az egészségmagatartás pszichológiai tényezői, azaz az Attitúdok, Személyes hatóerő, illetve az Észlelt normák összessége adja a preventív egészségmagatartáshoz szükséges belső erőforrásokat, továbbá meghatározzák a további erőforrások iránti igényt, amelyek kielégítése pozitívan hat az egészségmagatartásra. Az új szokások megszilárdulva, huzamosabb idő alatt hozzájárulnak a szubjektív és objektív egészségi állapot javulásához.



33. ábra: A feltárt összefüggések rendszere

Forrás: Saját szerkesztés, 2015

5.4. A táplálkozásmód váltást támogató program eredményei



34. ábra: Az 5.4. alfejezet felépítése

Forrás: Saját szerkesztés, 2015

Az 5.4. alfejezetben a kiscsoportos táplálkozásmód váltást támogató pszichológiai program pilot változatának eredményeit ismertetjük (34. ábra). Az interaktivitás és személyes légkör megtartása érdekében a résztvevők maximális számát nyolc főben állapítottuk meg. Mivel hirdetéseinkre kizárólag nők jelentkeztek, a csoport nemi összetételét nem tudtuk befolyásolni. A nyolc főből hatan fejezték be a programot (egy fő családi okok miatt, egy fő külföldi kiküldetés miatt hagyta abba a programot), további egy fő pedig nem töltötte ki a program zárását követően kiküldött helyzetfelmérő kérdőívet, (5. sz. melléklet) tehát összehasonlítható adatokkal öt fő esetében számolhatunk be (27. táblázat). A résztvevőket az anonimitás biztosítása érdekében betűvel jelöltük.

27. táblázat

A vizsgálat résztvevőinek részletes eredményei

Változó	A személy		B személy		C személy		D személy		E személy	
	Előtte	Utána	Előtte	Utána	Előtte	Utána	Előtte	Utána	Előtte	Utána
BMI	29,04	28,09	23,12	22,53	21,88	21,88	24,61	24,24	24,86	24,51
Konyhakörkép	-45	-49	-35	-49	-35	-35	0	-8	-	-
Szociális támogató háló	16		24		16		16		-	
Testmérettel való elégedetlenség	20	17	13	14	9	9	14	13	17	14
Impulzusevés	6	6	5	7	6	10	10	9	8	8
Kognitív korlátozás	9	11	5	8	6	9	3	3	8	10
Érzelmi evés	13	14	6	7	7	6	14	13	13	12
Jóllét	24	23	23	26	11	14	22	23	23	26

Forrás: saját szerkesztés, 2014

„A” személy eredményeiről elmondható, hogy az öt hetes intervallum alatt jelentős csökkenést ért el BMI indexében, ami különösen előnyös az esetben, mert a 29,04-es BMI érték már nagyon közel esik az elhízáshoz. A program kezdete előtt több héttel már változtatott táplálkozási szokásain, paleolit diétát folytatott, amit a rendkívül kedvező konyhakörképe igazol. Testméretével nem volt elégedett, ami esetében reális értékelés, azonban az elégedetlenség a program végére jelentősen csökkent, és bár az érzelmi evés továbbra is jellemző rá, kognitív korlátozással eredményesen tartja a táplálkozástudományi szakértő javaslatai alapján módosított diétáját.

„B” személy BMI indexe normál kategóriába sorolható, a program alatt enyhe csökkenést mutatott. A program alatt jelentősen változtak táplálkozási szokásai, amit a konyhakörkép, kognitív korlátozás és jóllét mutatói tükröznek. B személynek impulzusevés illetve érzelmi evés értéke egyaránt nőtt a program során, ennek feltételezett oka, amit B személy is megerősített az eredmények kiértékelését követően, hogy a program során elvégzett feladatok (pl. táplálkozási napló) szembesítették nassolási szokásaival, amelyek mértéke korábban nem volt tudatos. Az értékek emelkedése tehát B személy esetében



pozitív, mivel nem nagyobb mértékű impulzusevést, hanem tudatosabb táplálkozást és realisabb önértékelést is jelent.

„C” személy BMI indexe ideálisnak mondható, nem volt elégedetlen testméretével, így ő tartotta a súlyát a program során. A bemutatkozásnál elmondta, hogy évek óta egészségtudatosan táplálkozik, azért jelentkezett a csoportba, hogy szakértői értékelést kapjon a jelenlegi szokásairól, és iránymutatást a további változtatáshoz. Az ő eredmény mintázata is figyelemre méltó, ugyanis normál testtömeggel rendelkezik, egészségtudatosan táplálkozik, nem jellemző rá sem az impulzusevés, sem az érzelmi evés, elégedett a testméretével, azonban pszichológiai jólléte rendkívül alacsony a csoportátlaghoz, de az országos átlaghoz viszonyítva is. A program végére jelentősen jobban érzi magát a bőrében, a kognitív korlátozása másfélszeresére, impulzusevés mutatója majdnem kétszeresére nő.

A változás magyarázata, hogy „C” személy esetében pont fordított volt a helyzet, mint „B” személy esetében. Míg „B” személy úgy gondolta, hogy általában egészségesen táplálkozik, miközben nem volt tisztában nassolási szokásaival, „C” személy rendszeresen lelkiismeret furdalásról számolt be, hogy hány szempontot nem vett figyelembe az étrendjében, és mi mindenen kellene még változtatnia, míg ha konkrét étkezésről vagy bevásárlásról kérdezték a csoportvezetők, az derült ki, hogy rendkívül tudatosan táplálkozik, azaz túlkontrolálta táplálkozását anélkül, hogy ezt észrevette volna. A csoportvezetők célzott, és a csoporttagok spontán visszajelzései alapján „C” személy felismerte, hogy valójában mennyit tesz az egészségéért, nincs szükség ennél többre (kognitív kontroll növekedés), sőt az étkezések nem csak egészségesek, de élvezetesek is lehetnek (impulzusevés növekedés), ezáltal csökkent az egészséges életmód miatti szorongása és lelkiismeret furdalása, azaz jelentősen növekedett a pszichológiai jóllét érzete.

„D” személy statisztikai mutatói nem tekinthetők kedvezőnek, és a program során sem mutatott jelentős változást. „D” személy a program kezdetén



egyáltalán nem táplálkozott egészségtudatosan, és ezzel tisztában volt, nem okozott meglepetést számára szokásainak részletes feltárása. Elsősorban abban kért segítséget, hogy hogyan kezdheti el a változást jelenlegi élethelyzetében, ugyanis munkája nagyfokú mobilitást követel tőle, és munkaidejét is a munka mennyisége határozza meg. A program során kapott véleményeket és ötleteket elmondása alapján elkezdte beépíteni napi rutinjába, ez látható a konyhakörkép pozitívabb utóteszt értékében, illetve az enyhe testtömeg csökkenésben. „D” személyről tehát az mondható el, hogy a Transzsteoretikus modell szerint a Szemlélődés szakaszából a Cselekvés szakaszába jutott el a program során, ami rendkívül nagy teljesítmény, arra azonban nem volt elegendő, hogy jelentős változást okozzon a kérdőíves mérés során.

„E” személy BMI indexe enyhén csökkent, sajnos a konyhakörképre és szociális támogató hálóra vonatkozó kérdéseket nem töltötte ki. E személy Egészségügyi okból kifolyólag hosszabb ideje speciális diétát folytat, így gyakorlatilag már a Fenntartás szakaszában van, azonban deréktáji elhízás miatt elégedetlen volt testméretével, így ezen a területen szeretett volna nagyobb mértékű fogyást elérni. Ahogy az eredményeiből látjuk, kismértékű fogyás valóban tapasztalható volt nála, azonban a pszichológiai gyakorlatok közül elmondása alapján különösen megérintették a saját test elfogadására irányulók, ami a diéta és torna objektív eredményességfokozó hatása mellett segítették a szubjektív jóllét érzésének illetve testméretével való elégedettség kialakulását.

Az adatok értékelésére nagy adatbázis esetén mindenképpen célszerű valamilyen statisztikai programot alkalmazni, azonban szem előtt kell tartani, és ez a pilot változat eredményeinek leírásának egyértelmű tanulsága, hogy az egyes skálák értékei önmagukban nem, csak mintázatban értékelhetők, amelyet árnyalnak a gyakorlatok során elhangzott kérdések, válaszok, vélemények.



Az eredményesség után vizsgáljuk meg a programmal való elégedettséget is. A kérdőívben (5. sz. melléklet) vizsgált 12 szempont alapján (ötfokú intervallum skálán) a résztvevők a következő értékeléseket adták: 5,00; 5,00; 4,67; 4,42; 4,92. A kapott értékelések alapján megállapítjuk, hogy a programmal való általános elégedettség magas. Egyöntetűen úgy vélték, hogy hatékonyabb lenne, ha a program teljes hosszát 5 hétről 8 hétre növelnék, az egyes alkalmak hosszára azonban megfelelő a két óra időtartam (1 fő írt ettől eltérő 1,5 óra időtartamot). Amennyiben a program térítés ellenében lenne elérhető, az öt alkalomra vonatkozó árat 15.000 és 25.000 Ft közötti összegben állapítanák meg a résztvevők. Arra a kérdésre, hogy „Szívesen fogadnád, ha a MyTaste programot egy élelmiszeripari gyártó szponzorálná?” szinte egyöntetűen nem volt a válasz, mivel véleményük szerint a függetlenség illetve egyetemi háttér biztosítja a program tudományos megalapozottságát. Amikor azonban konkrét termék kategóriákat soroltunk fel, amelyek meglátásunk szerint illeszkednének a program arculatához, sokkal kedvezőbb volt a fogadtatás. A többválasztásos kérdésre minden válaszadó bejelölt legalább egy kategóriát, és volt, aki többet is bejelölt, végül mind a négy termék kategória 3-3 szavazatot kapott, azaz egyaránt elfogadnák az organikus, természetes alapanyagokból készült, hazai alapanyagokból készült, illetve egészségvédő hatású termékek gyártói által nyújtott támogatást, illetve szívesen megkóstolnák a termékeiket is a program keretein belül. Végül megkértük a résztvevőket, hogy személyesítsék, a MyTaste programot szponzoráló, általuk elfogadottnak tartott élelmiszeripari gyártót, és írják le, hogy milyen külső illetve belső tulajdonságokkal rendelkezne. Mivel nagyon frappáns válaszokat kaptunk, szó szerint idézzük:

"Magabiztos, határozott, jó kommunikációs készséggel rendelkező, érdeklődő, közvetlen. Magas, sportos, egészséges arcbor, egészséges körmök és haj."

"40 év körüli, hosszú, dús hajú, sportos alkatú nő. Hitelességet sugároz a



megjelenése, nem kelt MLM-érzést (nem rábeszélős, nyomulós) a viselkedése, szakmai tudással is rendelkezik az általa gyártott élelmiszerekkel kapcsolatosan (összetevők, hatásuk, stb.)"

„Hiteles, őszinte, kiegyensúlyozott, egyenes, meggyőző; ápoltság, jól öltözött, tiszta”

„Jó megjelenésű, egészséget és harmóniát sugárzó hölgy vagy úr, aki jó kommunikációs és meggyőzési készséggel rendelkezik, hiteles abban, amit képvisel, ő is egészségesen él és ez látszik rajta.”

A program ismeretével megfogalmazott pozitív tulajdonságok arra engednek következtetni, hogy eredményesnek és hitelesnek tartották a résztvevők a programot, amely az azt szponzoráló vállalat imázsát is hasonló irányba befolyásolná. Megállapítjuk tehát, hogy a program beillesztése a vállalati marketingstratégiába hiteles, társadalmi értékek iránt felelős gyártó benyomását kelti a vállalatról.

A bemutatott eredmények alapján tehát a **H10** hipotézisünket **elfogadjuk**.

H10: Az F1 és F3 vizsgálatok eredményei alapján kialakított pszichológiai és táplálkozástudományi program hatékonyan alkalmazható a táplálkozásmód váltás elősegítésére, és jól illeszkedik a vállalati marketing stratégiába.

Természetesen öt fő eredményei statisztikailag nem értékelhetőek, illetve egy pilot program eredményessége nem elégséges feltétele az eredményesség vizsgálatnak. A résztvevők egyéni eredményessége és a programmal való egyöntetű elégedettség egyértelműen azt jelzi számunkra, hogy a program fejlesztése és további vizsgálatok folytatása szükséges ezen a területen.



6. KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATOK

A kvalitatív vizsgálat eredményei alapján elmondható, hogy a magyar egészségtudatos fogyasztók egészség értelmezése egyértelműen túlmutat a biomedikális szemléleten, azonban a kvantitatív vizsgálati szakasz tanulsága szerint a teljes lakosság is útban van az egészség több dimenziós értelmezése felé. A kvalitatív vizsgálatban kapott 8 dimenzió (testi állapot, lelki állapot, szellemi frissesség, érzelmi élet, természeti környezet, családi és baráti kapcsolatok, infrastruktúra, spiritualitás) öt fontossági szintre osztható, amely jól reprezentálja a magyar lakosság egészségkonceptióját. A kiindulási alapként szolgáló 5 dimenzió (WHO, 1948) tehát spontán említés alapján 8 dimenziósra bővült, a természeti környezet és infrastruktúra illetve spiritualitás dimenziói által **(H1)**.

A feltárt dimenziók megjelennek a szakirodalom korábbi modelljeiben, például a spiritualitás dimenziót alkalmazza 6. dimenzióként McLAIN (1997) Egészség-virágmodelljében, ahol az egészség összetevőit jelképező öt szírom (mentális, személyiségi, érzelmi, társadalmi, fizikai) mellett a „virág szára” a spiritualitás elnevezést kapta. ADAMS, BEZNER és STEINHARDT (1997) a wellness modelljének megalkotásához hat egészségdimenziót rendelt hozzá (szellemi, lelki, fizikai, szociális, érzelmi, környezeti). Tölcsér modelljében a hat tényező teljessége jelenti a wellness állapotát, a tényezők tölcészerű csökkenése pedig betegséghez, azaz „illness”-hez vezet. A természeti illetve épített környezet azonban nem kerül megkülönböztetésre a modellben.

Saját modellünk újszerűségét támasztja alá, hogy az általunk alkalmazott nyolc dimenzió együttesen egyetlen más modellben sem jelenik meg. A környezeti tényezők természeti és infrastrukturális részekre bontásának szükségességét bizonyítja, hogy eltérő fontossággal bírnak a fogyasztók számára, ugyanis a természeti környezetet szignifikánsan fontosabbnak ítélik a társas környezetnél. A spiritualitás a 8 dimenzió közül a legkevésbé fontos a



fogyasztók számára, azonban a legnagyobb szórással is rendelkezik, tehát minden bizonnyal vannak olyan társadalmi csoportok, akik számára kiemelkedő jelentőséggel bír, míg mások számára egyáltalán nem fontos.

Javaslat: Mivel az egészség dimenziói legalább támogatott említéssel ismertek a fogyasztók körében, a kommunikáció során nem az alapismeretek elméleti átadására van szükség, hanem a meglévő ismeretek tudatosítására, gyakorlatba fordítására. Például: Ismerik a társas-szociális dimenziót, de nem tudatosul, hogy az is az egészségmagatartás része, ha a barátaimmal vagy a párommal töltök egy estét, vagy meghallgatom a kedvenc zenémet, megnézem a kedvenc filmemet.

Ismeretek és értelmezés tekintetében tehát úgy tűnik jó úton halad a lakosság az egészség komplex, több dimenziós értelmezése felé, azonban ez a sokrétű tudatosság egyelőre nem jelenik meg a fogyasztói szokásokban és egészségi állapot javulásban. A szakirodalmi áttekintőben Eurostat adatok alapján lefestett negatív képet támasztja alá saját felmérésünk is (**H2**), azaz a lakosság 36%-ának egészségi állapota legfeljebb kielégítő, a válaszadók 54,3%-a érintett a leggyakoribb krónikus megbetegedések által, míg a lakosság 45,3%-a egyáltalán nem tervezi, hogy változtat jelenlegi táplálkozási szokásain, és 56,2% nem végez rendszeres testmozgást.

A KSH (2015) 2014-es adatfelvételen alapuló kutatása hasonló konklúzióval zárul, a megkérdezettek 81%-a véli úgy, hogy az egészségmegőrzés kulcsa az egészség tudatos életmódra történő áttérés, és a szűrővizsgálatokon való részvétel is növekedett (legnagyobb mértékben a koleszterinszint mérés) az egészségmagatartás mutatói azonban nem jeleznek javulást. A túlsúlyosak és elhízottak aránya 54%-ra tehető, a rendszeresen dohányzók aránya 2009 óta egy százalékkal emelkedett, ugyanez az arány a 18-34 éves férfiak körében 6%-os emelkedést jelent. Míg 2009-ben a lakosság 4,6%-a vallotta magát nagyivónak, 2014-ben 5,4% tartozott ebbe a kategóriába.



A vezető halálozási okok tekintetében csökken a szívinfarktus miatti halálozások száma, és bár hivatkozik a tanulmány a felsőfokú végzettségűek egészségtudatosságára, a csökkentés elsődleges magyarázatát mégis a műtéti eljárások fejlődésében látja (új katéteres érmegnyitó technikák, új gyógyszerek megjelenése). 2012-ben ugyanis az Európai Unió országai közül Németország mögött Magyarországon végezték a legtöbb koszorúér angioplasztikát és bypass műtétet. Noha az irodalmi áttekintéshez képest a halálozási ráta kedvezőbb irányba mutat a keringési rendszer betegségeit tekintve, az orvostudomány fejlődése kizárólag a szívinfarktus miatti halálozást képes megakadályozni. A betegség illetve infarktus kialakulásának valószínűségét életmódváltással lehetne csökkenteni, ami azonban saját adataink és a KSH (2015) felmérése alapján is elmarad a szükséges mértéktől (**H2**), miközben az egészségügyi ellátó rendszer sok tekintetben válságos állapotban van, (KSH, 2014) és a befektetett erőforrások arányát tekintve alacsony hatékonysággal üzemel (OECD, 2012).

Vizsgálatunkban, amikor megkérdeztük a fogyasztókat, hogy mire lenne leginkább szükségük ahhoz, hogy egészségesebb életmódot folytassanak, az anyagi forrást követően második helyen említették a jó lelkiállapotot, és harmadikként végzett a fontossági listán a motiváció (**H3**). A nagymértékű stressz illetve anyagi biztonság hiánya tehát kettős hatást fejt ki az egészségre, azaz nem csupán hozzájárul a fizikai betegségek kialakulásához, de hátráltatja az egészséges életvitelre történő áttérést.

A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete által publikált Hungarostudy kutatás (SUSÁNSZKI és SZÁNTÓ, 2013) legfrissebb eredményei arról számolnak be, hogy a magyarok értékékljai közül továbbra is az egészség és a boldogság a legfontosabb. A vallás szerepe visszaszorulóban van, amit saját eredményeink is alátámasztanak, az általunk mért értékdimenziók között legkevésbé fontos a spiritualitás a teljes lakosság körében. A lakossá közel egyharmada (29%) érintett a munkahelyi stressz által, és míg korábban a felsőfokú végzettség jelentett egyfajta védelmet, mára nem



számít jelentős tényezőnek. A férfiak elsődlegesen hatalmi pozíciójuk, állásuk elvesztésétől tartanak, míg a nőket vonzerejük elvesztése frusztrálja leginkább.

A krónikus munkahelyi stressz hozzájárul a vérnyomás emelkedéshez (CHANODA et al., 2008; SCHNALL et al.; 1990; SCHNALL et al., 1998), illetve hosszú távon szív-érrendszeri betegségek kialakulásához (KRANTZ és McCENEY, 2002; ROZANSKI et al., 1999; SMITH és RUIZ, 2002; SPRANNERBERGER et al., 2009).

Javaslat: Az egészségtudatosabb életmódra történő áttérést mindenképpen támogatni kell a lakosság körében, figyelembe véve a külső körülményeket (objektív tényezőket) és szükségleteket (szubjektív tényezőket). Az objektív tényezők hatását a kvalitatív vizsgálatban alkalmazott átkeretezés (reframing) technikájával lehetséges csökkenteni. Például anyagi forrás hiánya: beosztásra készlet, nem költ felesleges dolgokra, az emberi kapcsolatok felértékelődnek, illetve olyan alternatívákat érdemes nyújtani, amelyek ingyenesek, futás a szabadban, otthon végzett tornagyakorlatok vagy részvétel ingyenes programokon (pl. gerillajóga program jógaórái, ingyenes telefonos applikációk alkalmazása). A szubjektív tényezők esetében pedig a lelkiállapot javítására és a stresszel való megküzdés fejlesztésére tervezett programokkal célszerű hatást gyakorolni.

Az egészségorientált táplálkozási módok esetében ugyanaz a mintázat tapasztalható, mint az egészségmagatartás általános vonatkozásaiban. Az egyes táplálkozási módok ismerete meglehetősen elterjedt, de a rendszeres alkalmazás a lakosság kis részére jellemző (**H4**), noha a táplálkozásmód váltás kedvezően hat a szubjektív egészségi állapotra (**H5**). Az objektív egészségi állapot tekintetében az tapasztalható, hogy szignifikánsan rosszabb a táplálkozásmód váltást tervező csoport egészségi állapota, azaz az életmódváltás motivációja nem a betegség megelőzés (primer prevenció), hanem a betegség melletti egészséggondozás (szekunder prevenció).



A legismertebb (90% feletti ismertség) táplálkozásmódok között jelenik meg a szakirodalmi áttekintőben ismertetett vegetáriánus táplálkozás és organikus élelmiszer fogyasztás, illetve a funkcionális étrendek két változata (zsírszegény, sószegény), a különleges tápanyagigényhez kapcsolódó étrend, a méregtelenítő, illetve valláshoz kapcsolódó étrendek.

Az ismert étrendekről (70% és 80% közötti ismertség) elmondható, hogy kivétel nélkül fogyókúrához, vagy izomtömeg növeléshez kapcsolódnak. A kevésbé ismert (70% alatti ismertség) táplálkozásmódokra inkább jellemző, hogy az egészséget a testtömeg menedzselés elé helyezik, és valamilyen ideológián, és/vagy tudományos illetve tapasztalati alapon kialakított rendszerszemléletű táplálkozásformák. A fogyasztók tehát elsősorban a látható, tapasztalható egészségcélok iránt érdeklődnek (testtömeg menedzselés) és alacsonyabb százalékban érdeklődnek a rendszerszemléletű, életvitelszerűen gyakorolható programok iránt.

Javaslat: Mindenképpen szükség van táplálkozásmód váltást támogató programok kidolgozására elsősorban azok körében, akik legalább a Felkészülés szakaszában vannak. Motivációs tényezőként előtérbe kell helyezni a testtömeg menedzselést, mivel a fogyasztók rövidtávon is látható, érzékelhető eredményt várnak, az eredményes résztvevőket pedig feltehetően könnyebb lesz „mozgásban tartani” és tovább motiválni a távlati egészségcélok felé.

Az ayurveda általános ismertsége a magyar lakosság körében alacsony, azonban azok, akik tapasztalattal rendelkeznek az ayurveda táplálkozásról, nagy arányban vallják magukat rendszeres alkalmazónak. Összességében az ayurvedikus táplálkozás jelenlegi piaci mérete 1% körülire tehető a lakosság körében. Az ayurveda táplálkozás ismeretére illetve alkalmazására vonatkozóan korábban nem született országos reprezentatív felmérés hazánkban, ezért az erre vonatkozó eredményeinket egyedülállónak tekintjük. Az ayurveda termékek és szolgáltatások iránti attitűd a kvalitatív vizsgálataink alapján pozitív az egészségtudatos szegmens körében (**H6**), meghatározásra kerültek az ayurveda



előnyös illetve hátrányosnak tekinthető tulajdonságai, valamint megkülönböztető jellege, ami szintén elsőként került tárgyalásra a hazai szakirodalomban.

Az ayurveda ismertségének alacsony szintje annak is köszönhető, hogy a hozzá kapcsolódó a termékek, illetve szolgáltatások kevésbé hozzáférhetőek hazánkban. A kutatások során többször kétségekre adott okot a rendkívül alacsony hozzáférhetőség fogyasztói és szakmai körökben egyaránt. Az elmúlt években azonban jelentősen megnőtt a tudományos és gazdasági érdeklődés az ayurveda iránt. Az ezerkilencszázkilencvenes évek bontakozó együttműködései (pl. Magyar Ayurveda Gyógyászati Alapítvány megalapítása 1996-ban) 2008-ra eljutottak egy országok közötti keretegyezmény aláírásáig. 2012-ben Dr. Medgyessy Péter a Magyar Köztársaság korábbi miniszterelnökének vezetésével elkezdte tevékenységét az Indiai Ősi Gyógymódok a Magyarországi Egészségügyért Alapítványa, majd 2014 januárjában az Ayush Minisztérium megnyitotta budapesti Információs Központját az Indiai Nagykövetségen. A 2014 szeptemberében tartott „Ayurveda az integratív gyógyászat jegyében” címmel megrendezett konferencián Shri Malay Mishra nagykövet úr elmondta, hogy az ayurveda magyarországi terjesztését két pillérré kívánják építeni, Budapest mellett Debrecenre, és bejelentette egy Ayurveda tanszék létrehozásának terveit a Debreceni Egyetemen, amely még abban az évben megvalósult. 2015 májusában a Debreceni Egyetem szenátusa megszavazta egy karokon átívelő Ayurveda Intézet megalapítását, és távlati célként az Egyetem vezetése meghatározta az orvosi szintű ayurveda gyógyászati képzés megalapozását és ayurvedikus gyógyászati intézmény létrehozását.

Javaslat: A növekvő tudományos és gazdasági érdeklődés támogatására a megvalósulás ütemében szükség van az ayurveda fogyasztói megítélésének további vizsgálataira. Sajnos az empirikus adatok birtokában megállapítható, hogy az ayurveda ismertsége hazánkban jelenleg nagyon alacsony, így érdemi fogyasztói vizsgálatot lefolytatni a témakörben meglehetősen nehéz.



Az egészségmagatartás modellezéséhez elsőként megvizsgáltuk az Integrált Viselkedési Modell faktorainak érvényességét országos reprezentatív mintán. A modell eredeti faktorstruktúráját csak részben sikerült igazolni, a három fő faktor azonosnak bizonyult az eredeti modellel, azonban összetevőik eltérően alakultak. Az attitúd faktor teljes mértékben megegyezik az attitúdkutatás irodalmában klasszikusnak számító háromelemes attitúdmodellel (ROSENBERG és HOVLAND, 1960), a személyes hatóerő faktor felépítése teljes mértékben egyezik az eredeti modellel, az észlelt normák faktoron belül a rendelkező normák, azaz hogy a fogyasztók észlelése szerint az egészség értéket képvisel a szűkebb és tágabb szociális környezetben nem alkotott egységes skálát, így az észlelt normák faktora kizárólag a leíró normákat foglalja magában. A szegmentáció azonban az így kialakult **(29. ábra)** faktorstruktúráján elvégezhetőnek bizonyult **(H7)**.

Az egészségmagatartás alapján négy szegmenst különítettünk el a lakosság körében, Vágyakozók, Határozott ellenzők, Sodródók és Egészségorientáltak csoportját. A Chi-négyzet próbák eredményei alapján a vizsgált csoportok különböztek nem, kor, iskolázottság, szubjektív jövedelemszint, családi állapot, jogi helyzet és településméret tekintetében. Mintegy ellenőrizve a modell és a szegmentáció érvényességét megvizsgáltuk a klaszterekbe tartozó fogyasztók szokásait fizikai aktivitás és egészségtudatosabb táplálkozásmódra történő áttérés alapján. Az eredmények igazolták feltevésünket, azaz az Egészségorientált szegmens jár élen minkét szempont alapján, őket követik a Vágyakozók, és hasonló arányban a Határozott ellenzők és a Sodródók **(H8)**.

Megvizsgáltuk, hogy az egyes szegmenseknek milyen erőforrásra lenne leginkább szükségük annak érdekében, hogy egészségtudatosabb életmódot folytassanak. Az eredményekből szembetűnő, hogy a legjobb anyagi helyzetben lévő klaszter tagjai ugyanolyan mértékben állítják, hogy az anyagi forrás hiánya akadályozza őket a változásban, mint a legrosszabb anyagi helyzetben élők. Minden egyéb erőforrásra az Egészségorientált, legjobb egészségi állapotban



lévő klaszternek van legnagyobb szüksége, őket követik a Vágyakozók, Határozott ellenzők és végül a Sodródók. A szükségletek sorrendjét tehát nagyobb mértékben befolyásolja az egészségorientáció mértéke, mint az objektív szociodemográfiai jellemzők.

Mind az objektív, mind a szubjektív egészségi állapot tekintetében az egészségorientált szegmens tagjai vannak a legkedvezőbb helyzetben (**H9**), azonban a szegmens 33,8%-os mérete miatt további részekre bontást tekintettünk szükségesnek. Négy jól értelmezhető alszegmens elkülönítésével differenciáltabb képet kaptunk az egészségtudatosnak tekinthető fogyasztói csoportról. Megállapítottuk, hogy szűken értelmezve az egészségtudatos klaszter mérete 7,2%-ra tehető, ami egybevág a korábbi tanulmányok eredményeivel, SZAKÁLY, SZENTE, SZÉLES (2008) által megállapított 8,2% Megállapodott egészségtudatos, illetve RÁCZ (2013) tanulmányában szereplő 7,6%-os klasztermérettel. Hasonló eredményekre jutottak SZAKÁLY et.al. (2015), tanulmányukban 32,1% Fiatal trendkövető fogyasztói csoporton belül a teljes magyar lakosság 8,7%-át tekintették LOHAS fogyasztónak. Az alszegmenseket azonos módszerrel vizsgáltuk objektív és szubjektív egészségi állapot, fizikai aktivitás és táplálkozásmód váltás szempontjából. Ha a felsorolt jellemzőket összevetjük az alszegmensek klaszterközép értékeinek mintázatával, megerősítést nyer az a feltevésünk, hogy amennyiben az Integrált Viselkedési Modellben mindhárom faktor magas pozitív értéket vesz fel (Egységorientált szegmens illetve 4.3. alszegmens), jól előjelzi az egészségmagatartás és egészségi állapot pozitív jellemzőit.

javaslat: Intervenció szempontjából legnehezebb feladattal a Sodródók (21%), illetve Határozott ellenzők (17,2%) esetében állunk szemben, mivel az ő esetükben attitűdváltásra is szükség van. Az intervenció elsődleges iránya az attitűdváltozás, amelynek tartós szintjét roppant nehéz elérni (KELMAN, 1958), tehát az erre a célra fordított befektetések megtérülése rendkívül lassú. Veszélyeztetett, de könnyebben elérhető a Vágyakozók (28%) csoportja, akik



pozitív attitűddel rendelkeznek, de személyes hatóerejük alacsony, és a környezetükben nem jellemző az egészségtudatos életvitel. Az ő esetükben fontos lenne növelni a társas támogatás mértékét önszorgú csoportok, életmódklubok, sportklubok létrehozásával, ahol elérhetőek az éhhatékonyaságot illetve kontrollt növelő pszichológiai programok. Esetükben a cselekedetek és attitűd közötti kognitív disszonancia növelheti a motivációt (GAWRONSKI, 2012), ha a program a viselkedésváltozás irányába tereli a disszonanciaredukciót.

A legeredményesebben motiválható a 33,8%-ot kitevő Egészségorientált klaszter, közülük is a szűk értelemben vett 7,2% egészségtudatos, pozitív attitűdökkel, személyes hatékonysággal és társas támogatással rendelkező fogyasztó számára a legkisebb impulzus is elegendő, hogy megkóstoljon egy „egészséges” élelmiszert, vagy kipróbáljon egy új típusú sporttevékenységet. Számukra elegendő a PR, de akár az ATL és BTL eszközök eredményesen alkalmazhatók esetükben. A fennmaradó 26,6% fogyasztó érdekes kihívást jelenthet a szakemberek számára, hiszen motiválhatók, elindultak az egészségtudatosabb életvitel irányába, azonban többnyire még van teendőjük ezen a területen. Ahhoz, hogy eredményesebben haladjanak a transzteoretikus modell szakaszain, vagy megelőzhetővé, korrigálhatóvá váljanak a visszaesések, több támogatásra van szükségük (**30. ábra**) elsősorban személyes hatóerő, másodsorban a társas támogatás tekintetében.

A támogatás biztosítására kidolgoztuk egy táplálkozásmód váltást segítő programot Borsos Beáta táplálkozástudományi szakértővel együttműködve, amelynek pilot verzióját sikerrel futtattuk le a résztvevők körében. Az öthetes program során a résztvevők pszichológiai jólléte és táplálkozási szokásai is kedvező irányba változtak. Bár fontosnak tartják a tudományos igényességű módszertani háttér megtartását, elfogadhatónak tartották a vállalati szponzorációt. Organikus, természetes alapanyagokból előállított, hazai alapanyagokból készült, és speciális egészségvédő hatással rendelkező



élelmiszerek gyártóinak támogatását, el tudják képzelni a program mögött, illetve termékeiket is szívesen kipróbálnák a program során. Projektív technikák alkalmazásával arra derült fény, hogy a program egyértelműen kedvező irányba befolyásolná a vállalat megítélését (**H10**).

Javaslat: Egy táplálkozásmód váltást támogató program beillesztése a vállalati marketingstratégiába véleményünk szerint önmagában is eladásösztönző hatással lenne a fogyasztókra, a részvétel során kiadott termékminta annyiban hatékonyabb a szokványos kóstoltatásnál, hogy a program a terméket azonnal be is illeszti a fogyasztó étrendjébe, és a résztvevőink által ideálisnak tartott 8 hetes intervallum alatt már szokás szinten is kezd megszilárdulni a fogyasztás. Ezen kívül a résztvevő egyéni eredményei összeadódnak a pozitív terméktulajdonságokkal, amely által azokat hatványozottabban érzékeli, így várhatóan elégedettebb lesz magával a termékkel is.

Amennyiben a vállalat teljes anyagi támogatást nyújt és ingyenesen teszi elérhetővé a programot a fogyasztói számára, beilleszthető a társadalmi felelősségvállalás programjába, mivel a társadalom jóllétéhez járul hozzá (ALFORD és NAUGHTON, 2002; MELÉ, 2002; KAKU, 1997), ugyanakkor kompetitív előnyökhöz is juttatja a vállalatot (PORTER és KRAMER, 2002) különösen, ha a filantróp célok közel állnak a vállalat missziójához (BRUKE és LODGSON, 1996).

Mindazonáltal az sem zárható ki, hogy idővel akár önálló üzletággá növi ki magát a terület, résztvevőink ugyanis átlagosan 3.000-5.000Ft-ot lennének hajlandóak fizetni a 2 órás csoportos foglalkozásért. Életmód programként ugyanis egészen más távlatokat nyithat a termék értékesítés, példaként gondolhatunk a fitness világból induló a Norbi Update program vagy a Béres Alexandra Súlykontroll programok sikerére, ahol koncepciót és ismereteket (könyv, online tartalmak), edzésprogramot és nem csupán ebédet, de teljes napi és heti menüt is rendelhetnek a fogyasztók. Az élelmiszeripari nagyvállalati

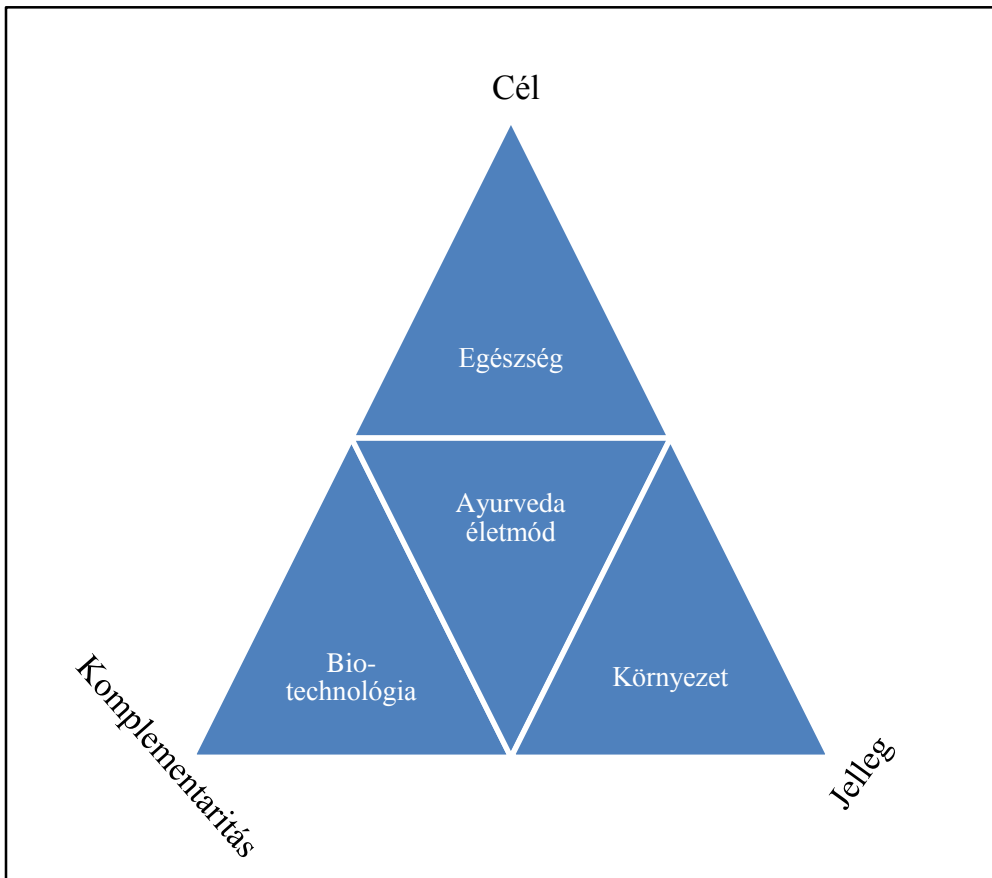


körből jó példa a Danone VIP Program, ahol online felületen keresztül dietetikus, fitneszedző, divatblogger és életmód blogger segítik a tagokat a tudatosabb táplálkozásban. Véleményünk szerint azonban a személyes élmény és kapcsolat ebben az esetben sajnálatos módon hiányzik a koncepcióból.

A sokoldalú felhasználhatóság és a jól kommunikálható erősségek véleményünk szerint megfelelnek a kor követelményeinek, amikor a vállalati marketingnek alacsony büdzsével egy kompetitív környezetben kell ringbe szállni a fogyasztók törékeny bizalmáért.

Természetesen a jelenlegi pilot változat további fejlesztést igényel, illetve terméktől és vállalati arculattól függően kell alakítani annak részleteit, és megint másképp kell tervezni, amennyiben vállalattól független, önálló program marad. További K+F iránynak tekintem az ayurveda életmód program kifejlesztését, amelyben a táplálkozási ajánlások átalakításán túl ayurvedikus masszázs-, illetve testkezelésekkel és mozgásprogrammal, azaz jóga órákkal tervezem kiegészíteni a jelenlegi változatot. A keleti kultúrában hatékony *body-mind* programok (CHAN, YING HO és CHOW, 2002) elemei mára hazánkban is egyre népszerűbbé váltak, az ayurveda iránt pedig egyre inkább növekszik a tudományos és gazdasági érdeklődés.

A fejlesztési terv összhangban van a jelenleg kibontakozó Kondratyev ciklus környezetvédelem, nano-/ biotechnológia, illetve egészség bázis innováció hármásával (35. ábra).



35. ábra: Az ayurveda életmód program és a Kondratyev ciklus bázisinnovációinak kapcsolata

Forrás: Saját szerkesztés, 2015

A program célja az egészség, jellegében szem előtt tartja az ökológiai szempontokat, mivel az ayurveda autentikus, természetközeli látásmódja a táplálkozás területén helyi, friss és természetes alapanyagokra épít. A nano-/biotechnológia fejlesztésében élen járó allopatrás orvoslással pedig nem kíván versenyezni, hanem azt támogató, komplementer lehetőséget kíván nyújtani.



7. ÚJ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK

T1: Megtörtént a WHO (1946) ötdimenziós modelljének hazai viszonyokra történő adaptálása. A kvalitatív vizsgálat során feltárt 8 dimenzió között a kvantitatív vizsgálat során 5 fontossági szint különíthető el.

T2: A pszichodráma és a Neuro-lingvisztikus Programozás módszerének ötvözete eredményesen alkalmazható a fogyasztók motivációs- és érvrendszerének feltárásában.

T3: Elsőként került sor az Integrált Viselkedési Modell (Integrated Behavioral Modell) hazai mintán történő alkalmazására, faktorstruktúrájának meghatározására, amelynek segítségével elkészült a magyar lakosság egészségmagatartás alapú szegmentációja, a szegmensek jellemzése szociodemográfiai változók mentén, illetve objektív és szubjektív egészségi állapot alapján.

T4: Kidolgozásra került egy táplálkozásmód váltást támogató program, amely jól beilleszthető a vállalati marketing stratégiába.



8. ÖSSZEFOGLALÁS

A disszertáció az ALLIANZ GLOBAL INVESTORS (2010) pénzpiaci elemzése által meghatározott egészség megatrend egy szeletének vizsgálatára épül. Összegzésképpen megállapítható, hogy a magyar lakosság egészségi állapota és szubjektív jólléte fejlesztésre szorul az Európai Unió átlagával végzett összehasonlításokban. A hazai egészségpiacon a lakossági fogyasztás 2011-ben 2,254 milliárd forintot tett ki, amelyből egészséges étkezésre 315 milliárd forintot szántak a magyar fogyasztók (BERNÁT, 2012). Az egészség célú költségek tehát a lakosság kiadásainak jelentős hányadát teszik ki, ezért mindenképpen jelentős piaci potenciál rejlik az egészségcélú szolgáltatások beindításában és termékek előállításában. A társadalom felső egyharmadára jellemző a preventív egészségmagatartás, amely megjelenik a költséik volumenében is, ami az összes lakossági költség kétharmadát teszi ki. LANTOS (2012) szerint hiányoznak a piacról az alternatív, ügyfélközpontú és szakmailag megalapozott szolgáltatások.

Célul tűztük ki, hogy az egészségkonceptió, egészségi állapot, illetve egészségmagatartás fogyasztói vizsgálatával szegmentációt hajtsunk végre, és javaslatokat tegyünk az egyes szegmensek egészségmagatartásának fejlesztését illetően. Ennek érdekében a szekunder adatgyűjtést követően kvalitatív módszerekkel vizsgáltuk a probléma mögöttes összetevőit (fókuszcsoport illetve pszichodráma), majd a kapott eredményekre alapozva kvantitatív adatgyűjtést végeztünk 1000 fő bevonásával országos reprezentatív mintán (nem, kor, régió, településtípus). Végül kísérleti módszerrel teszteltük az általunk kidolgozott táplálkozásmód váltást támogató program eredményességét.

Felmérésünk során arra törekedtünk, hogy meghatározzuk, hogyan gondolkodnak a fogyasztók az egészségről. Megállapítható, hogy fogalmi szinten megjelenik az egészség komplex értelmezése, azonban az ismeretek csak fokozatosan épülnek be az egészségmagatartásba. Megtörtént a Magyarországon legismertebb egészségorientált táplálkozási módok ismeretének, kipróbálási és



alkalmazási rátájának felmérése. Ezen belül részletesen foglalkoztunk ayurveda táplálkozás és a hozzá kapcsolódó termékek és szolgáltatások fogyasztói megítélésével.

Sor került az egészségmagatartás Integratív Viselkedési Modelljének tesztelésére, amely alapján fogyasztói szegmentációt készítettünk. A szegmenseket a szociodemográfiai változókon kívül az egészségmagatartás és egészségi állapot több változója alapján jellemeztük. A szegmentáció alapján megállapítottuk az egészségcélú marketingkampányok főbb beavatkozási pontjait, illetve azok várható eredményességét.

Végezetül kidolgoztunk és vizsgáltuk pilot verzióját egy táplálkozásmód váltást támogató pszichológiai és táplálkozástudományi alapokra épülő programnak, amely meglátásunk szerint sokrétűen alkalmazható a vállalati marketingben. További kutatási céljaink között szerepel az ayurveda beillesztése és a táplálkozásmód váltást támogató program életmód programmá bővítése. A konkrét eredményekről is kellene néhány szó, valamint a következtetések és javaslatokról.



9. SUMMARY

The dissertation is based on the examination of an excerpt from Health megatrend, which is one of the three future megatrends according to the financial market analysis of ALLIANZ GLOBAL INVESTORS (2010). In summary it can be stated, that the state of health and subjective well-being of the Hungarian population needs development, compared to the data of European Union. The private consumption on domestic health market amounted to 2,254 billion HUF in 2011, of which the Hungarian consumers intended 315 billion HUF for healthy meals (Bernát, 2012). Thus, spending on health takes a significant percentage of the households' expenditures, so there is a significant market potential in the provision of health services and production of commodities. The top one third of the population is characterized by preventive health behavior, that appears in the volume of spending as well, that makes up to the two third of the total household spending. According to Lantos (2012) alternative, client-oriented and professionally based services are absent from the market.

Our aim was to perform a segmentation based on health concept, health status and health behavior, and to develop proposals for the different segments regarding to the development of health behavior. For this purpose, after secondary data collection we carried out qualitative research (focus group interviews and psychodrama groups) to examine the underlying components of the problem. Based on the results we performed a quantitative research on a nationwide representative sample (gender, age, region, type of settlement) involving 1000 participants. Finally we carried out an experiment in order to test the effectiveness of our program that supports changing dietary habits.

In our research, we aimed to determine how consumers think about health. It can be stated, that the complex interpretation of health appears on a theoretical level in consumers' mind, but the knowledge is gradually being integrated to health behavior. We have measured the awareness and application rates of the



best-known alternative nutrition trends in Hungary. Within this we dealt in detail with ayurvedic nutrition and the consumer perceptions of related products and services.

We also tested the Integrated Behavioral Model on a domestic nationwide sample, and determined its factor structure, and carried out a segmentation based on the new structure. The segments are characterized by several sociodemographic, state of health and health behavior variables. On the basis of segmentation we determined the main intervention points of health campaigns and their expectable effectiveness.

Finally we have developed a pilot version of a program based on nutritional and psychological evidences that supports changing diet, which can be used in many ways in corporate marketing in our view. Our future research objectives include the integration of ayurveda to our program and further develop it to a lifestyle program.



10. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Mindenek előtt köszönetemet fejezem ki témavezetőmnek Prof. Dr. Szakály Zoltánnak, aki mindvégig hitt bennem és a témám relevanciájában, emberi és szakmai támogatására folyamatosan számíthattam a felvételem napjától egészen a disszertáció elkészítéséig. Ösztönző jelenléte nélkül doktori munkám nem készült volna el.

Köszönöm társ-témavezetőmnek Dr. Sente Viktóriának sokrétű szakmai segítségét és odafigyelését doktori tanulmányaim során. Külön köszönöm, hogy a képzés kezdetén segítette a beilleszkedésemet a tanszékre, és számtalanszor emberileg is segítséget nyújtott a Kaposvár és Budapest közötti távolság leküzdésében, otthonába fogadott, ha nem tudtam megoldani a hazajutást.

Köszönettel tartozom a Kaposvári Egyetem Marketing és Kereskedelem Tanszék munkatársainak, akik szakmai tanácsokkal, fókuszcsoporthoz szervezéssel, szakmai lehetőségek biztosításával segítették munkámat, név szerint Dr. Szigeti Orsolyának, Dr. Polereczki Zsoltnak, Horváth Adelinának, Fehér Andrásnak, Jasák Helgának, Laczkó Katalinnak és végül, de nem utolsó sorban Dr. Soós Mihálynak köszönöm bajtársi együttműködését. Külön köszönöm Borsos Beáta táplálkozástudományi szakértőnek, hogy főállása mellett időt és energiát szentelt a MyTaste program kidolgozására és közös lebonyolítására.

Végtelen hálával tartozom Édesanyámnak, aki lehetővé tette, hogy folytassam tanulmányaimat, és mindvégig éreztem szerető támogatását, vagy éppen ösztönző türelmetlenségét, ha nem haladtam a teendőimmel. Köszönöm páromnak, hogy elviselte a munkával töltött estéket és ünnepeket, mindemellett folyamatosan biztatott az írásra.



11. IRODALOMJEGYZÉK

1. **Adams T., Bezner J., Steinhardt M. (1997):** The conceptualization and measurement of perceived wellness: Integrating Balance across and within dimensions. *American Journal of Health Promotion*, **11** (3) 208-218.
2. **Ajzen I. (2002):** Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, **32** (4) 665-683.
3. **Ajzen I. (1988):** Attitudes, personality, and behavior. The Dorsey Press, Chicago.
4. **Ajzen I., Fishbein M. (1980):** Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood-Cliffs, Prince Hall.
5. **Alford H., Naughton M. (2002):** Beyond the Share-holder Model of the Firm: Working toward the Common Good of a Business. in: Cortright S.A., Naughton M. (eds): *Rethinking the Purpose of Business. Interdisciplinary Essays from the Catholic Social Tradition*. Notre Dame University Press, Norte Dame, 22-47.
6. **Allianz Global Investors (2010):** The sixth Kondratieff – long waves of prosperity. *Analysis & Trends*, Frankfurt.
https://www.allianz.com/v_1339501901000/media/press/document/kondratieff_en.pdf online (2014. október 15.)
7. **Antal E. (2007):** Civilizációs betegségek: Mit tehetünk Ellenük? *Élelmiszer, Táplálkozás és Marketing*, **4** (1) 37-40.
8. **Arteya (2004):** *Ájurvéda, táplálkozás, testi-lelki egyensúly*. Saxum Kiadó, Budapest.
9. **Bagozzi R.P., Warshaw P.R. (1990):** Trying to consume. *Journal of Consumer Research*, **17** (2) 127-140.
10. **Bandler R., Grinder J. (1984):** *Reframing*. Real People Press, Moab.
11. **Baum A., Krantz D.S., Gatchel R.J. (1997):** *An introduction to health psychology*. McGraw-Hill, New York.



12. **Bech P., Staehr-Jonassen K., Gudex C. (1996):** The WHO (Ten) Weel-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, **65** (4) 183-190.
13. **Becker M.H., Maiman L.A. (1975):** Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, **13** (1) 10-24.
14. **Bennett B., Corbin K., Smallwood T., Zeisel S. (2014):** Towards nutrigenomics: studies to identify gene-diet interactions affecting susceptibility to cardiovascular disease. *The FASEB Journal*, **28** (1) Supplement 373.4.
15. **Bernát A. (2012):** Hazai egészséggazdaság. „Marketing, public relations és reklám az egészségügyben" XV. Országos Konferencia. Budapest, 2012. február 16-17.
16. **Biacs P. (2007):** Kiegyensúlyozott táplálkozás, innováció és marketing. *Élelmiszer, táplálkozás és marketing*, **4** (1) 104.
17. **Bíró Gy. (2004):** Új funkcionális élelmiszer alkotórészek – A rosszindulatú daganatok és az oxidatív degradáció. *Édesipar*, **50** (4) 137-146.
18. **Bíró Gy. (2008):** A hazai zsiradékfogyasztás változásának közegészségügyi hatásai. *Élelmezési Ipar*, **62** (5) 137-141.
19. **Blankenship A.B., Breen G.E. (1993):** State of the art marketing research. American Marketing Association, NTC Business Books, Illinois, USA, 1-580.
20. **Boros J., Nemeth R., Vitrai J. szerk. (2002):** Országos Lakossági Egészségfelmérés. Kutatási jelentés. Budapest, Országos Epidemiológiai Központ. online (2015. október 16.):
http://193.225.50.35/dokumentum/OLEF_2000/kutatasi_jelentes.pdf
21. **Brouwers M.C., Sorrentino R.M. (1993):** Uncertainty orientation and protection motivation theory: The role of individual differences in health compliance. *Journal of Personality and Social Psychology*, **65** (1) 102-112.
22. **Bruke L. Logsdon J.M. (1996):** How Corporate Social Responsibility Pays Off. *Long Range Planning*, **29** (4) 495-503.



23. **Callaghan P., Morrissey J. (1993):** Social support and health: a review. *Journal of Advanced Nursing*, **18** (2) 203–10.
24. **Chan C., Ying Ho P.S., Chow E. (2002):** A body-mind-spirit model in health: An Eastern approach. *Social work in health care*, **34** (3-4) 261-282.
25. **Chandola T., Britton A., Brunner E., Hemingway H., Malik M., Kumari M., Badrick E., Kivimaki M., Marmot M.G. (2008):** Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms? *European Heart Journal*, **29** (5) 640-648.
26. **COM (2007):** Együtt az egészségért: Stratégiai megközelítés az EU számára 2008-2013. Brüsszel, 2007.10.23.
27. **Czeglédi E., Urbán R. (2010):** A háromfaktoros evési kérdőív (Three Factor Eating Questionnaire Revised 21-item) hazai adaptációja. *Magyar Pszichológiai Szemle*, **65** (3) 463-494.
28. **Czeglédi E., Urbán R., Csizmadia P. (2010):** A testkép mérése: a Testi Attitűdök Tesztjének (Body Attitude Test) pszichometriai vizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, **65** (3) 431-461.
29. **Csányi T. (2010):** A fizikai aktivitás és egészség fiatal korban. *Egészségfejlesztés*, **51** (1-2) 43-48.
30. **Eurostat (2011):** European Health Interview Survey. Eurostat Newsrelease 172/2011.
31. **Eurostat:** adatbázisok
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database online (2014. április 10.)
32. **Falus I., Ollé J. (2000):** Statisztikai elemzések a pedagógiában. Okker Kiadó, Budapest.
33. **Fehér S., Maly R.C. (1998):** Coping with breast cancer in later life: The role of religious faith. *Psycho-oncology*, **8** (5) 408-16.
34. **Fishbein M. (2007):** Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. In K. Glanz, B. Rimer, & F. Lewis (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 67-92). Jossey-Bass, San Francisco.



35. **Fürediné K.A. (2008):** A fogyasztók egészségügyi kockázatkezelése és kockázatredukciós magatartásának vizsgálata, Doktori értekezés, Szent István Egyetem, Gödöllő.
36. **Gawronski B. (2012):** Back to the future of dissonance theory: Cognitive consistency as a core motive. *Social Cognition*, **30** (6) 652–668.
37. **GfK (2012):** Magyar egészségsgzgmensek. Egészséggazdasági Monitor.
38. **Gould S.J. (1990):** Health consciousness and health behavior: the application of a new health consciousness scale. *American Journal of Preventive Medicine* **6** (4) 228–237.
39. **Haimerl E., Roleff R. (2000):** Role play and psychodrama as market research methods: Integration of observation, interview and experiment. in S.C. Beckmann & R.H. Elliot (ed.): *Interpretive Consumer Research, Paradigma, Methodologies & Applications*, Copenhagen Business School Press, Copenhagen, 109-132.
40. **Harris D.M., Guten S. (1979):** Health protecting behavior: An exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*, **20** (1) 17-29.
41. **Hawkes C. (2004):** Nutrition labels and health claims: the global regulatory environment. World Health Organization, Geneva, 1-88.
42. **Hawks S.R., Goudy M.B., Gast J.A. (2003):** Emotional eating and spiritual well-being: A possible connection? *American Journal of Health Education*, **34** (1) 30-33.
43. **Hawks S.R., Smith T.S., Thomas H.G., Christley H.S., Meinzer N., Pyne A. (2008):** The forgotten dimensions in health education research. *Health Education Research*, **23** (2) 319-324.
44. **Herczeg J. (2008):** Marketingkutatóás módszertan I. Elméleti alapok. Palatia Nyomda és Kiadó, Győr, 99-106.
45. **Herzog T.A., Abrams D.B., Emmons K.M., Linnan L.A., Shadel W.G. (1999):** Do processes of change predict smoking stage movements? A prospective analysis of the transtheoretical model. *Health Psychology*, **18** (4) 369-375.
46. **Janz N.K., Becker M.H. (1984):** The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, **11** (1) 1-47.



47. **Kaku R. (1997):** The Path of Koysei. *Harward Business Review*, 1997 **75** (4) 55-62.
48. **Karlsson J., Persson L.O., Sjöström L., Sullivan M. (2000):** Psychometric Properties and Factor Structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in Obese Men and Women. Results From the Swedish Obese Subjects (SOS) Study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity* 2000 **24** (12) 1715-1725
49. **Karp M., Holmes P., Tauvon K.B. (1998):** The handbook of psychodrama. Routledge, London.
50. **Kelman H.C. (1958):** Compliance, identification, and internalization: Three processes of attitude change. *Journal of conflict resolution*, **2** (1) 51-60.
51. **Kiss P., Szabó M., Újhelyi A., Berkics M. (2006):** Kutatásmódszertan: szociálpszichológia. HEFOP támogatásával készült e-tananyag. <http://gepeskonyv.btk.elte.hu/adatok/Pszichologia/123Kiss/munkafuzet.pdf> online (2015. január 13.)
52. **Kohlberg L., Levine C., Hewer A. (1983):** Moral stages: a current formulation and a response to critics. NY: Karger, Basel.
53. **Kondratyev N.D. (1980):** A gazdasági fejlődés hosszú hullámai. *Történelmi Szemle*, **23** (2) 241–269.
54. **KSH (2010):** Társadalmi helyzetkép, 2010 – Egészségi állapot, egészségügy. Budapest, 2010.
55. **KSH (2014):** Magyarország, 2013. ISSN: 1416-2768, Budapest.
56. **KSH (2015):** Magyarország, 2014. ISSN: 1416-2768, Budapest.
57. **KSH (2016):** Halálozások a gyakoribb halálokok szerint http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wnh001.html online (2016. március 15.)
58. **Krantz D.S., McCeney M.K. (2002):** Effects of psychological and social factors on organic disease: a critical assessment of research on coronary heart disease. *Annual review of Psychology*, **53** 341-369.
59. **Kusmann M., Fay L.B. (2008):** Nutrigenomics and personalized nutrition. *Personalized medicine*, **5** (5) 447-455.



60. **Lad V. (1985):** The human constitution. In: Ayurveda: The Science of Self-Healing. Lotus Press, Wilmot, 26–36.
61. **Lalonde M. (1974):** A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada.
<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> online (2014. május 02.)
62. **Lantos Z. (2012):** Betegségbiztosítás új utakon – Üzleti reggeli. Budapest, 2012. február 17.
63. **Lanzos Z. (2013):** Felelősség, mint a fogyasztás új hajtóereje. Felelős marketing: hitelesség, bizalom, avagy a fogyasztónak mindig igaza van, IX. Nemzetközi Táplálkozásmarketing Konferencia. Debrecen, 2013. november 21.
64. **Lantos Z. (2014):** Csak egészség legyen! – De hozzá milyen egészségügy? IME, 2014 13 (7) 9-14.
65. **Lehota J. (2001):** Marketingkutatás az agrárgazdaságban. Mezőgazda Kiadó, Budapest, 27-64.
66. **Malhotra N.K. (2001):** Marketingkutatás. Műszaki Kiadó, Budapest, 1-905.
67. **McConnon A.J., Cade J., Pearman A. (2002):** Stakeholder interactions and the development of functional foods. Public health and nutrition, **5** (39) 469-477.
68. **McLain J. szerk. (1997):** Alkohol és más drogok. Soros Alapítvány Kiadó, Budapest.
69. **McNicholas S.L. (2002):** Social support and positive health practices. Western Journal of Nursing Research, **24** (7) 772-787.
70. **Melé D. (2002):** Not only Stakeholde Interests. The Firm Oriented toward the Common Good. Notre Dame University Press, Norte Dame.
71. **Montano D.E., Kasprzyk D. (2008):** Theory of Reasoned Action, Theory of Planned Behavior, and the Integrated Behavioral Model. In: Glanz K., Rimer B.K., Viswanath K. (eds): Health Behavior and Health Education. Jossey-Bass, San Francisco, 67-97.
72. **Murray R.S. (1995):** Statisztika elmélet és gyakorlat. Panem Kiadó, Budapest, 1995. 57-87.



73. **Nelson C.J., Rosenfeld B., Breitbart W., Galietta M. (2002):** Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*, **43** (3) 213–220.
74. **Novick M.R. (1966):** The axioms and principal results of classical test theory. *Journal of Mathematical Psychology*, **3** (1) 1-18.
75. **O'Connor J., Seymour J. (2010):** NLP. Bioenergetic Kiadó, Budapest.
76. **OECD (2013):** Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing, New York.
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013_health_glance-2013-en online (2015. július 7.)
77. **Oláh A. (1997):** A megküzdés pszichológiája. Fordítás gyűjtemény. ELTE Személyiség és Egészség-pszichológiai tanszék, Kézirat, Budapest.
78. **Oszoli Á. (2002):** Az ökotermékekkel kapcsolatos fogyasztói szokások, értékesítési csatornák. FVM-AMC megbízásából készült tanulmány, Budapest, 50-61.
79. **Ouellette J.A., Wood W. (1998):** Habit and intention in everyday life: The multiple processes by which past behavior predicts future behavior. *Psychological Bulletin*, **124** (1) 54-74.
80. **Porter M.E. Kramer M.R. (2002):** The Competitive Advantage of Corporate Philanthropy. *Harvard Business Review*, **80** (12) 56-69.
81. **Probst M., Pieters G., Vanderlinden J. (2008):** Evaluation of Body Experience Questionnaires in Eating Disorders in Female Patients (AN/BN) and Nonclinical Participants. *International Journal of Eating Disorders*, **41** (7) 657–665.
82. **Prochaska J.O., Norcross J.C., DiClemente C.C. (1994):** Changing for good: the revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits. W. Morrow, New York.
83. **Rácz G. (2013):** Az értékek változásának és a fenntartható fejlődés trendjének hatása a hazai élelmiszerfogyasztásra. Doktori értekezés, Gödöllő, 1-325.
84. **Robertson A., Tirado C., Lobstein T., Jermini M., Knai. C., Jensen, J.H., Ferro-Luzzi, A., James, W.P.T. ed (2004):** Food and health in



- Europe: a new basis for action. WHO Regional Publications, European Series, No. 96. Koppenhága
85. **Rodler I. szerk. (2004):** Táplálkozási ajánlások a magyarországi felnőtt lakosság számára. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest.
 86. **Rodler I., Bíró L., Greiner E., Zajkás G., Szórád I., Varga A., Domonkos A., Ágoston H., Balázs A., Mozsáry E., Vitrai J., Hermann D., Boros J., Németh R., Kéki Z. (2005):** Dietary Survey in Hungary, 2003-2004. *Eredeti Közlemények*, **146** (34) 1781-1789
 87. **Rogers R.W. (1983):** Cognitive and physiological processes in attitude change: A revised theory of protection motivation. In Cacioppo J., Petty R. (eds) *Social Psychophysiology*, **52** (3) 596-604.
 88. **Rosenberg M.J., Hovland C.I. (1960):** Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes. In C.I. Hovland and M.J. Rosenberg (eds) *Attitude Organization and Change*. Yale University Press, New Haven.
 89. **Rosenstock I.M. (1974):** Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, **2** (4) 1-8.
 90. **Rozanski A., Blumenthal J.A., Kaplan J. (1999):** Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, **99** (16) 2192-2217.
 91. **Ruggiero L. (2000):** Helping people with diabetes change behavior: from theory to practice. *Diabetes Spectrum*, **13** (3) 125.
 92. **Sajtos L., Mitev A. (2007):** SPSS kutatási és adatelemzési kézikönyv. Alinea Kiadó, Budapest, 11-367.
 93. **Schäffer-Dudás K. (2008):** A környezettudatosság többszintű értelmezése és a fogyasztói környezettudatosság vizsgálata. *Doktori Értekezés*, Pécs, 1-247.
 94. **Schnall P.L., Pieper C., Schwartz J.E., Karasek R.A., Schlussek Y., Devereux R.B., Ganau A., Alderman M., Warren K., Pickering T.G. (1990):** The relationship between 'job strain,' workplace diastolic blood pressure, and left ventricular mass index. Results of a case-control study. *Journal of the American Medical Association*, **263** (14) 1929-35.



95. **Schnall P.L., Schwartz J.E., Landsbergis P.A., Warren K., Pickering T.G. (1998):** A longitudinal study of job strain and ambulatory blood pressure: results from a three-year follow-up. *Psychosomatic Medicine*, **60** (6) 697-706.
96. **Schwarzer R. (1992):** Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (217-243). Hemisphere, Washington DC.
97. **Schwarzer R. (1999):** Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behavior. *Journal of Health Psychology*, **4** (2) 115-127.
98. **Scipione P.A. (1994):** A piackutatás gyakorlata. Springer Kiadó, Budapest, 1-186.
99. **Smith T.W., Ruiz J.M. (2002):** Coronary heart disease. In: Christensen A.J., Antoni M.H. (eds.): *Chronic physical disorders: Behavioral medicine's perspective*. Blackwell, Oxford, 83-111.
100. **Sparrenberger F., Cichelero F.T., Ascoli A.M., Fonseca F.P., Wiess G., Berwanger O., Fuchs S.C., Moreira L.B., Fuchs F.D. (2009):** Does psychosocial stress cause hypertension? A systematic review of observational studies. *Journal of Human Hypertension*, **23** (1) 12-19.
101. **Susánszky É., Konkoly Thege B., Stauder A., Kopp M. (2006):** A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, **7** (3) 247-255.
102. **Susánszky É., Szántó Zs. szerk. (2013):** Magyar lelkiállapot 2013, Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió, Budapest, 89-105.
103. **Sutton S. (1996):** Can 'stages of change' provide guidance in the treatment of addiction? A critical examination of Prohaska and DiClemente's model. In Edwards, G., Dare, C. (eds.): *Psychotherapy, psychological treatments and addictions*. Cambridge University Press, Cambridge, 189-205.
104. **Soós M. (2014):** Az élelmiszer-fogyasztói magatartás és a testtömegmenedzselés összefüggései. Doktori értekezés, Kaposvár, 1-169.



105. **Soós M., Szabó S., Szakály Z. (2014):** The characteristics of consumer attitudes in the food market in Hungary. *Apstract*, **8** (2-3) oldalszám
106. **Szakály Z. (2008):** Trendek és tendenciák a funkcionális élelmiszerek piacán: Mit vár el a fogyasztó? *Élelmiszer, Táplálkozás és Marketing*, **5** (2-3) oldalszám
107. **Szakály Z. (2011):** Táplálkozásmarketing. Mezőgazda Kiadó, Budapest, 1-202.
108. **Szakály Z., Balogh P., Jasák H., Szabó S., Sente V. (2014):** The Influence of Personal Values on the Transition towards Health-conscious Diet: a Segmentation Approach. *Journal of food and nutrition research*, **2** (8) 476-484.
109. **Szakály Z., Kiss M., Jasák H. (2014):** Funkcionális élelmiszerek, fogyasztói attitűdök és személyre szabott táplálkozás. *Táplálkozásmarketing*, **1** (1-2) 3-17.
110. **Szakály Z., Pető K., Popp J., Jasák H. (2015):** A LOHAS szegmens mérete és jellemzői Magyarországon. *Táplálkozásmarketing*, **2** (1) 11-30.
111. **Szakály Z., Sente V., Széles Gy. (2008):** Fogyasztói trendek és stratégiák az öko-, a hagyományos- és a funkcionális élelmiszerek piacán. In: Szűcs István, Farkasné Fekete Mária (szerk.) *Hatékonyság a mezőgazdaságban: elmélet és gyakorlat*. Agroinform Kiadó, Budapest, 207-226.
112. **Szalkai I. (2014):** Az ayurvéda a nyugati gyógyászat szemszögéből. „Az ayurvéda az integratív gyógyászat jegyében” Konferencia, Budapest, 2014. szeptember 23.
113. **Szendi G. (2009):** Paleolit táplálkozás: A nyugati életmód és a civilizációs betegségek. Jaffa Kiadó, Budapest, 2009.
114. **Sente V. (2014):** Szeretjük a bioélelmiszereket, de sok a korlát. *Biokultúra*, **25** (4) 26-27.
115. **Tholin S., Rasmussen F., Tynelius P., Karlsson J. (2005):** Genetic and environmental influences on eating behavior: the Swedish Young Male Twins Study *American Journal of Clinical Nutrition*, **81** (3) 564–569.



116. **Törőcsik M. (2007):** A tudatos fogyasztást és az egészséget preferáló új fogyasztói trendszoport, a LOHAS csoport megjelenése Magyarországon. *Élelmiszer, Táplálkozás és marketing*, **4** (1) 41-45.
117. **Törőcsik M. (2011):** Food-trendek és trendi vásárlói csoportok. *Acta Oeconomica Kaporvariensis*, **1** (1-2) oldalszám
118. **Törőcsik M. (2014):** ...már megint más a fogyasztó. Konferencia kiadvány: „Marketing megújulás” - Marketing Oktatók Klubja 20. Konferenciája, Szeged, 2014. augusztus 27-28.
119. **Tringer L. (2002):** A mentális betegségek megelőzésének és ellátásának korszerű szemlélete. *Orvostovábbképző Szemle*, **9** (1) 12–21.
120. **Uchino B.N., Cacioppo J.T., Kiecolt-Glaser J.K. (1996):** The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, **119** (3) 488–531.
121. **Urbán R. (2001):** Útban a magatartás szempontú egészségpszichológia felé. Az egészségmagatartás pszichológiai elemzése Magyar Pszichológiai Szemle, **56** (4) 593-622.
122. **Vaknin S. (2008):** The big book of NLP technics. BookSurge Publishing, North-Charleston, 2008. 140-142.
123. **Van Der Pligt J., Richard, R. (2008):** Changing adolescents’ sexual behaviour: perceived risk, self-efficacy and anticipated regret. *Patient Education and Counseling*, 1994???, **23** (3) 187-196.
124. **Varga-Hatos K., Karner C. (2008):** A lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezők. *Egészségügyi gazdasági szemle*, **46** (2) 25-33.
125. **Velicer W.F., Prochaska J.O., Fava J.L., Norman G.J., Redding C.A. (1998):** Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis*, **38** (5-6) 216-233.
126. **Waite P.J., Hawks S.R., Gast J.A. (1999):** The correlation between spiritual well-being and. health behaviors. *American Journal of Health Promotion*, **13** (3) 159–162.



127. **Weinstein N.D., Sandman, P.M. (1992):** A Model of the Precaution Adoption Process: Evidence from Home Radon Testing. *Health Psychology*, **11** (3) 170–180.
128. **Williams R., Kiecolt-Glaser J., Legato M.J., Ornish D., Powell L.H., Syme S.L., Williams V. (1999):** The impact of emotions on cardiovascular health. *The Journal of Gender-Specific Medicine*, **2** (5) 52-58.
129. **WHO (1946):** Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York, 1946. június 19-22.
130. **WHO (1984):** Discussion Document on the Concept and Principles of Health Promotion. Copenhága, 1984. július 9-13.
131. **WHO (2010):** Healthy people 2010 - A Systematic Approach to Health Improvement.
http://www.healthypeople.gov/2010/Document/html/uih/uih_2.htm#deteronline (2014. május 16.)

Eurostat adatbázisok részletes hivatkozási adatai: letöltve 2014. április 10.

BMI index: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>

Egészségi állapot szubjektív megítélése: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>

Egészségben eltöltött évek száma (nő): <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>

Egészségben eltöltött évek száma (férfi):

<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

100.000 lakosra jutó halálozások száma halálzási okok szerint (2008-2010) 3 éves átlag:

<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>

Születéskor várható élettartam (nő):

<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

Születéskor várható élettartam (férfi):

<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>



12. A DISSZERTÁCIÓ TÉMAKÖREIBEN MEGJELENT PUBLIKÁCIÓK

I. Tudományos közlemények idegen nyelven

1. Szabó, S., Szenté, V., Szakály, Z. (2011): Ayurveda: The Science of Life. *Regional Business Studies*, 3 (1) (Suppl. 1) 617-631.
2. Szabó, S., Szakály, Z. (2013): Application of an NLP based psychodrama method in marketing research: 4rd International Conference of Economic Sciences In: Szendrő K, Soós M (szerk.) *Proceedings of the 4th International Conference of Economic Sciences*. 602 p. Konferencia helye, ideje: Kaposvár, Magyarország, 2013.05.09-2013.05.10. Kaposvár: Kaposvár University, 2013. 45-52. (ISBN:978-963-9821-62-0)
3. Szabó, S. Szenté, V., Nábrádi, A., Szakály, Z. (2014): Consumer approach of health and ayurveda. *Applied Studies in Agribusiness and Commerce*, 8 (2-3) 113-118.
4. Soós M., Szabó S., Szakály Z. (2014): The characteristics of consumer attitudes in the food market in Hungary. *Applied Studies in Agribusiness and Commerce*, 8 (2-3) 43-49.

Tudományos közlemények magyar nyelven

1. Szabó S., Szakály, Z. (2013): Reframing technika alkalmazása a kvalitatív marketingkutatásban. Konferenciakötet: *Marketing Oktatók Klubja 19. Konferenciája*, Budapest, Budapesti Gazdasági Főiskola, 2013-08-28. 245-257.



2. Szente, V., Szabó, S., Varga, Á., Szakály, Z. (2013): Az egészségre vonatkozó jelölések fogyasztói megítélése. Élelmiszer Táplálkozás és Marketing, 9 (1) 85-90.
3. Szabó, S., Szigeti, O., Soós, M., Szakály, Z. (2014): Az élelmiszerfogyasztás mögöttes dimenziói: étkezési és testi attitűdök kapcsolata. Marketing Oktatók Klubja 20. Konferenciája, Szegedi Tudományegyetem 2014-08-27.-2014-08-29. ISBN 978-963-306-312-5

II. Konferencia előadások:

1. Szabó S. (2012): Információk és attitűdök az ayurveda-ról. VIII. Nemzetközi Táplálkozásmarketing Konferencia, Zamárdi. 2012-05-24.
2. Szabó S. (2012): Ayurveda és egészségmagatartás: Magyar Táplálkozástudományi Társaság XXXVII. Vándorgyűlése, Balatonőszöd. 2012-10-04.-2012-10-06. a dátumok írásmódja lehetne egységes az irodalmaknál
3. Szabó S. (2012): Ayurveda táplálkozás és egészségre vonatkozó jelölések: Táplálkozástudományi Kutatások II. PhD workshop, Kaposvár. 2012-12-10-2012-12-11.
4. Szabó S., Soós M., Szakály Z. (2013): Alternatív táplálkozási módok fogyasztói megítélése: Magyar Táplálkozástudományi Társaság XXXVIII. Vándorgyűlése, Eger. 2013-10-3-2013-10-5.
5. Szabó, S. (2013): Egészségorientáció a sikeres vállalati marketingstratégiában: IX. Nemzetközi Táplálkozásmarketing Konferencia. Debrecen. 2013-11-21.
6. Szabó S. (2014): Egészség – Élmény – Marketing: Ayurveda szemléletű életmód program: X. Jubileumi Nemzetközi Táplálkozásmarketing Konferencia, Debrecen. 2014-10-02



III. Proceedings-ben megjelent absztraktok magyar nyelven

1. Szabó, S., Sente, V., Szakály, Z. (2012): Ayurveda táplálkozás és egészségre vonatkozó jelölések: Táplálkozástudományi Kutatások II. PhD workshop In: Soós Mihály, Szakály Zoltán, Szigeti Orsolya, Sente Viktória, Polereczki Zsolt, Huszka Péter, Olsovskyné Némedi Andrea, Fehér András (szerk.) Táplálkozástudományi Kutatások II.: Innováció - Táplálkozás - Egészség - Marketing : Összefoglalók . pp. 11-11. (ISBN:978-963-9821-55-2) Konferencia helye, ideje: Kaposvár, Magyarország, 2012-12-10.-2012-12-11.
2. Szabó, S. (2012): Információk és attitűdök az ayurvedáról. VIII. Nemzetközi Táplálkozásmarketing Konferencia, Zamárdi, 2012-05-24. In: VIII. Nemzetközi Táplálkozásmarketing Konferencia Összefoglalók 13.
3. Szabó, S.: Egészségorientáció a sikeres vállalati marketingstratégiában: . [IX. Nemzetközi Táplálkozásmarketing Konferencia. Debrecen, 2013. november 21.] IX. Nemzetközi Táplálkozásmarketing Konferencia Összefoglalók 25. (ISBN 978-963-596-856-5)



13. A DISSZERTÁCIÓ TÉMAKÖRÉN KÍVÜLI PUBLIKÁCIÓK

I. Tudományos közlemények idegen nyelven

1. Varga, Á., Berke, Sz., Szabó, S. (2011): Consumer Judgement of advertising strategies in the dairy products market. *Regional Business Studies*, 3(1) (Suppl. 1) 641-646.
2. Szakály, Z., Balogh, P., Jasák, H., Szabó, S., Szente, V. (2014): The Influence of Personal Values on the Transition towards Health-conscious Diet: a Segmentation Approach. *Journal of Food and Nutrition Research* 2:(8) 476-484. (2014)
3. Szakály, Z., Soós, M., Szabó, S., Szente, V. (2015): Role of labels referring to quality and country of origin in food consumers' decisions. *Acta Alimentaria*, 44 (1) 32-38.

II. Tudományos közlemények magyar nyelven

1. Böröndi-Fülöp, N., Polereczki, Zs., Szabó, S., Szakály, Z. (2011): Fialatok nassolási szokásai. Marketing Oktatók Klubja 17. országos konferenciája: Pécsi Tudományegyetem, Közgazdaságtudományi kar, Pécs, 2011. augusztus 29-30. 203-208.
2. Horváthné Sz. K., Fehér A., Szabó S., Kutics K. (2013): Tudományos kutatások a Balaton Régióban. *Acta Scientiarum Socialium*. 16 (39) 223-242.



III. Proceedings-ben megjelent absztraktok magyar nyelven

1. Fehér, A., Szabó, S. (2013): Tudományos kutatások a Balaton régióban I. rész In: Molnár Gábor (szerk.) Sekély vizű tavas területek ökológiája, szociológiája és komplex mérnöki elemzése: jubileumi Lóczy Lajos Emlékkonferencia, 1913-2013. 61 Konferencia helye, ideje: Kaposvár, Magyarország, 2013.06.14 (Kaposvári Egyetem) Kaposvár: Kaposvári Egyetem, 2013. 58. (ISBN:978-963-9821-63-7)
2. Soós, M., Szente, V., Szabó, S., Szakály, Z. (2013): A fogyni vágyók étel-miszer-fogyasztási attitűdjei – hizlaló és nem hizlaló étel-miszerek és étel-miszer-összetevők. [IX. Nemzetközi Táplálkozásmarketing Konferencia. Debrecen, 2013. november 21.] IX. Nemzetközi Táplálkozásmarketing Konferencia Összefoglalók 25. (ISBN 978-963-596-856-5)

IV. Konferenciakötet szerkesztés

1. Fehér, A., Huszka, P., Jasák, H., Soós, M., Szabó, S., Szendrő, K. (2013): IX. Nemzetközi Táplálkozásmarketing Konferencia Összefoglalók: Felelős marketing: hitelesség, bizalom, avagy a fogyasztónak mindig igaza van. Konferencia helye, ideje: Debrecen, Magyarország, 2013.11.21. Debrecen: Tóth Könyvkereskedés és Kiadó Kft., 2013. (ISBN:978-963-596-856-5)



14. SZAKMAI ÉLETRAJZ

Szabó Sára 1984. október 29-én született Tapolcán, jelenleg Budapesten él. Középiskolai tanulmányait a Pápai Református Kollégium Gimnáziumában folytatta 1999 és 2003 között. Egyetemi tanulmányai megkezdése előtt 10 hónapot önkéntes munkával töltött a Szent Orsolya Rend Brentwoodi rendházában az Egyesült Királyságban.

2004-ben megkezdte egyetemi tanulmányait a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészettudományi Karának pszichológia szakán, majd 2005-ben felvételt nyert a Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem Bolyai János Katonai Műszaki Karának Védelmi Igazgatási szakára. Egyetemi képzéseit párhuzamosan folytatta, majd 2009-ben diplomázott Védelmi Igazgatási menedzserként katasztrófavédelem szakirányon, és 2010-ben pszichológusként igazságügyi pszichológia illetve család- és valláspszichológia szakirányon.

2011 szeptemberében felvételt nyert a Kaposvári Egyetem Gazdaságtudományi Kar Gazdálkodás és Szervezéstudományok Doktori Iskolájába, ahol 2015. május 14-én summa cum laude minősítéssel szigorlatot tett.

2011 óta rendszeresen publikál magyar és angol nyelven, összesen 26 publikáció szerzője, vagy társszerzője, köztük lektorált szakfolyóiratban megjelent közlemények és idegen nyelvű előadások, valamint idegen nyelvű cikkek szerepelnek.

Doktoranduszként részt vett a Kaposvári Egyetem 1. TÁMOP-4.2.2/B-10/1-2010-0019 illetve 2. TÁMOP-4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0038 azonosító jelű pályázataiban.

Pszichológusi magánrendelését 2013 márciusa óta folytatja, 2015 február 1-től a Budapesti Gazdasági Főiskola Külkereskedelmi Karának adjunktusa illetve óraadója.



MELLÉKLETEK

1. sz. melléklet

FORGATÓKÖNYV (MODERATOR GUIDE)

AYURVEDA FOGYASZTÓI MEGÍTÉLÉSE

KÖSZÖND MEG A RÉSZVÉTELT, MUTATKOZZ BE! RÖVIDEN ISMERTESD A RÉSZTVEVŐKKEL, HOGY MI FOG TÖRTÉNNI, MIÉRT VANNAK OTT! EMELD KI AZ ŐSZINTE VÁLASZOK FONTOSSÁGÁT! EGYEZZETEK MEG ABBAN, HOGY TEGEZŐDNI VAGY MAGÁZÓDNI FOGTOK A BESZÉLGETÉS ALATT!

1. A résztvevők bemutatkozása

Először azt szeretném kérni, hogy röviden mutassátok be magatokat! Hány évesek vagytok, mivel foglalkoztok, mivel töltitek általában a szabadidőtöket, valamint egy-két szó a családról? Ha van esetleg bármi más, amit fontosnak éreztek elmondani magatokról, azt is szívesen meghallgatjuk. FIGYELJ RÁ, HOGY MINDENKI SZÓHOZ JUSSON, KÜLÖNÖS FIGYELEMMELE FORDULJ A NEHEZEN OLDÓDÓKHOZ!

2. Asszociációs játék (*hangulatlazítás, fókuszálás*):

Köszönöm a bemutatkozást! Először bemelegítésképpen egy asszociációs játékot szeretnék játszani veletek. Én mondok egy szót, és azt kérem, különösebb gondolkodás nélkül mondjátok el, hogy mi jut arról legelőször eszetekbe. Ez lehet egy szó, egy kifejezés vagy bármi más, ami hirtelen eszetekbe jut. A játék során sorban megyünk, kezdjük, mondjuk xy-nál!

táplálkozás – testmozgás – jóga – meditáció -wellness – indiai – fitness – ayurveda

3. Egészség értelmezésének feltárása (*ráhangelődés a témára*)

Először azt szeretném, ha az egészségről beszélgetnénk. Ki tudnátok fejteni bővebben, hogy mit jelent számotokra az egészség? Mikor mondhatjuk valakire,



hogy egészséges? Milyen részei, területei vannak az egészségnek? Mik lehetnek az egészség forrásai? Gyűjtsünk össze minél többet! (VÁLASZOK FELÍRÁSA KÁRTYÁKRA)

Próbáljunk további fogalmakat adni a csoportokhoz! Például ha azt mondom, hogy biológiai/ lelki /mentális /emocionális/ szociális egészség jutnak eszetekbe újabb fogalmak? (az új fogalmak is kártyákra kerülnek)

Most arra kérlek titeket, hogy becsüljétek meg az összegyűjtött kifejezések fontosságát. Ezt olyan módon tegyétek, hogy képzeljétek el egy céltáblát, aminek a középpontjába a legfontosabb kifejezést vagy kifejezéseket helyezitek, majd a kevésbé fontosakat kijebbe és kijebbe. Most azonban a céltáblát is ti rajzolhatjátok meg, akárhány fontossági körívet tartalmazhat, és mindegyik ívre több kifejezés is kerülhet. Kérem, indokoljátok meg, hogy miért így helyeztél el a kifejezéseket! Mindenki egyetért ezzel az elrendezéssel?

Mielőtt áttérnénk a következő témákra, próbáljuk meg közösen összefoglalni, hogy mit jelent számotokra az egészség, azért, hogy a továbbiakban könnyebben értsük egymást, és mélyebben tudjunk róla beszélni!

4. Kedvelt egészség megőrzési módok feltárása

Most térjünk át az egészségmegőrzés témakörére. Először is szeretném, ha ezt a fogalmat is meghatároznánk! Mit értetek egészségmegőrzés alatt? Mi tartozik bele, és mi az, amitől feltétlenül megkülönböztetnétek? Szerintetek hogyan kapcsolódik a prevencióhoz? Kapcsolódik-e valahogy a gyógyításhoz? Tudnátok közösen alkotni egy definíciót?

Milyen egészségmegőrző módszereket ismertek? Gyűjtsünk össze minél többet! Ha végig gondoljátok az egészség dimenzióit, esetleg tudnátok még mondani? Például olyan egészségmegőrző módszert, ami a biológiai/ lelki /mentális /emocionális/ szociális egészség megőrzésére irányul.

(további segítség lehet: aktív-passzív, egyéni-páros-csoportos, helyszíne, célja)

(KÁRTYÁK MEGÍRÁSA)

Most ezeket is helyezték el az előbbi céltáblán a fontosságuk alapján. Ha racionálisan, logikusan végiggondoljátok, melyek lennének a legfontosabbak?

Kérem, rendezzék át a céltáblát úgy, hogy most az kerüljön középre, amit legszívesebben alkalmaztok, ami legközelebb áll hozzátok!

Fontos számotokra az egészségmegőrzés? Mit tesztek ennek érdekében? Milyen szempontok alapján választatok egészségmegőrző módszert? Ismertek



komplex egészségmegőrző programokat, nézeteket? Melyek ezek? Inkább a komplex módszereket részesítitek előnyben, vagy szeretitek külön-külön kiválasztani a diétát, testedzést, lelki egészségmegőrzés formáját?

Most arra kérlek titeket, hogy engedjétek egy kicsit szabadon a fantáziátokat, és próbáljátok megszemélyesíteni ezt a kifejezést. Ezt úgy értem, hogy ha az egészségmegőrzés ember volna: Hogyan jellemeznétek? Férfi volna vagy inkább nő? Hogy nézne ki? Hogyan öltözködne? Milyen külső tulajdonságok jellemeznék? Mi lenne a foglalkozása? Milyen lenne a keresete magas vagy inkább alacsony? Lennének-e hobbijai? Hol, milyen környezetben, lakóépületben élne? Egyedül élne vagy esetleg nagy családja lenne? Lennének-e barátai? Milyen lenne a közérzete? Milyen belső tulajdonságok jellemeznék? Szüksége lenne-e valamire? Ha igen, mire? Egyebek?

5. Ayurvedával kapcsolatos ismeretek és attitűdök feltárása

Végül szeretném, ha beszélgetnénk egy kicsit az ayurvedáról! Kérlek mondjátok el, hogy hol hallottatok először az ayurvedáról? Mi volt az első információ, amit megtudtatok róla? Mi volt az első benyomásotok? A saját szavaitokkal hogyan fogalmaznátok meg, hogy mi az ayurveda? Mit tudtok róla? Milyen fő területekből áll? Kipróbáltatok már valamilyen ayurveda módszert? (masszázs, jóga, meditáció, étrend, kozmetikumok) Mi volt az, ami titeket megfogott az ayurvedában? Melyek azok az előnyös tulajdonságai, amik elősegítik az alkalmazását? Tudnátok mondani hátrányos tulajdonságokat is olyanokat, amikért ti vagy mások nem szívesen alkalmaznák az ayurvedát? Mi az, ami szerintetek leginkább megkülönbözteti az ayurvedát más módszerekhez, szemléletekhez képest?

Most ismét arra kérlek titeket, hogy engedjétek szabadon a fantáziátokat, és próbáljátok megszemélyesíteni az ayurveda kifejezést, ahogy az előbb az egészségmegőrzést. Tehát ha az ayurveda ember volna: Hogyan jellemeznétek? Férfi volna vagy inkább nő? Hogy nézne ki? Hogyan öltözködne? Milyen külső tulajdonságok jellemeznék? Mi lenne a foglalkozása? Milyen lenne a keresete magas vagy inkább alacsony? Lennének-e hobbijai? Hol, milyen környezetben, lakóépületben élne? Egyedül élne vagy esetleg nagy családja lenne? Lennének-e barátai? Milyen lenne a közérzete? Milyen belső tulajdonságok jellemeznék? Szüksége lenne-e valamire? Ha igen, mire? Miben hasonlítana az egészségmegőrzésre és miben különbözne tőle?



Hogy hat rátok, hogy ez a szemlélet Indiából származik? Szerintetek ez előny vagy hátrány? Szerintetek hogyan alkalmazható európai környezetben? Az eredeti formájában kellene átvenni, azaz minél autentikusabban, vagy minél inkább adaptálni kell az európai környezethez? Min kellene változtatni és mit kellene változatlanul hagyni? Melyik lenne a hitelesebb számotokra az autentikus vagy az európai környezetbe integrált ayurveda? Miért? Az eredetén kívül mi járul vagy járulna még hozzá a hitelességéhez? Melyik komponensét tartjátok leginkább alkalmazhatónak? Miért? Milyen szolgáltatásokat vennétek szívesen igénybe? Itt bármit mondhattok függetlenül attól, hogy már létezik ilyen szolgáltatás vagy jó lenne, ha létezne, vagy külföldön próbáltátok, de jó lenne, ha Magyarországon is elérhető lenne! Elérhetők ma Magyarországon ezek a szolgáltatások? Ha igen, elégedettek vagytok vele, vagy jó lenne ha más formában, helyen, árkategóriában stb. működnének? Amelyek nem érhetők el: Hogyan, hol, milyen árkategóriában vennétek szívesen igénybe ezeket? Ha ti alakíthatnátok ki az ayurveda hazai imázsát, milyenné alakítanátok? (kreatív ötletek bátorítása) Szerintetek elegendően ismerik az ayurvedát? Elég információ áll rendelkezésre róla? (Ha nem,) mi lenne az a 3 legfontosabb ismeret vagy témakör, amiben több információra lenne szükség? Hogyan lehetne leghatékonyabban eljuttatni ezt az információt az emberekhez? Esetleg van bármi, amiről nem esett szó, de fontosnak tartjátok elmondani?

Nagyon köszönöm, hogy rááldoztátok az időtöket és részt vettetek ezen a beszélgetésen! Sokat segített a munkámban, hogy megismerhettem a véleményeteket!

Jutalmazás



2. sz. melléklet

NLP dráma forgatókönyv

6. Bemutatkozás, instrukciók

Szeretettel köszöntök mindenkit a mai gyakorlaton! Szabó Sára vagyok, a Marketing és Kereskedelem Tanszéken írom a Phd dolgozatomat. Azért vagyunk ma itt, hogy közösen kipróbáljunk egy kutatási módszert az egészségmagatartás vizsgálatára. Ehhez szükségem van egy önként jelentkezőre (protagonista), aki szeretne változtatni a mostani életmódján, szeretne egészség tudatosabban élni. Kérlek, már most gondolkozzátok el, hogy ki vállalná! Nagyon sokat segítene vele nekem is, és remélem, hogy mi a csoportfolyamatban segíteni fogjuk őt abban, hogy hogyan valósítsa meg a céljait. A módszer lényege, hogy szerepjáték formájában játszunk el a történetet, tehát többen is kapnak majd szerepet.

Lesz egy táblázat, amit szeretném, ha mindenki kitöltene! A protagonistának, hiszen ő végig játékban van én fogom kitölteni. Kérek mindenkit, hogy amikor nincs szerepben töltsd ki magának a saját életére vonatkozóan, a saját szempontja szerint - a végén is fogok erre időt hagyni, ha szerepben vagytok vagy nem tudtok figyelni, hogy mindenki nyugodtan ki tudja tölteni. A táblázat oszlopaiban láthatók: jelenlegi szokások, célok, hátráltató tényezők, pozitív szándék, segítő tényezők, megoldások. Arra kérlek benneteket, hogy mivel marketing kutatásról van szó, elsősorban termékekre, szolgáltatásokra gondolatok ezekkel kapcsolatban. Tehát pl. jelenleg mit sportoltok, ahhoz milyen eszközöket vásároltok, fogyasztotok-e egészségvédő élelmiszereket, ezekre mennyit költetek stb. (Támpontok a táblára: Mit? Mennyiért? Hol? Hogyan? Kitől? Kivel?, de bármi, ami eszetekbe jut az nagyon jó. A végén ezeket meg is fogjuk beszélni. Még egy dolgot fontosnak tartok elmondani, mivel ti egyetemi csoport is vagytok, tehát rendszeresen fogtok találkozni a jövőben, hogy minden ami itt elhangzik maradjon köztünk, tehát magáról a módszerről bárkivel beszélgethettek, de személyes dolgokról, amit itt tudtatok meg egymásról nem! Nagyon fontos mindannyiunk érdekében, hogy ezt intelligensen kezeljük. Egyetértetek? Beleegyeztek, hogy a játékról videofelvétel készüljön? Azt kizárólag szakmai ill. oktatási célokra szeretnénk felhasználni. Akkor kezdjük!

7. Protagonista kiválasztása



Ki szeretne változtatni a szokásain és egészségtudatosabban élni? Ehhez most egy rövid szerepjátékra kellene vállalkoznia. (ha további facilitáció nem szükséges, moderátor és a protagonista felállnak és elkezdnek sétálni a teremben) Most arra kérlek, hogy mesélj egy kicsit magadról, hogy is vagy te az egészségeddel, mit teszel most érte? (jelenlegi helyzet megértése meta kérdésekkel)

8. Célkijelölés

Mi az, amin szeretnél változtatni, most beszéljük meg azt, hogy hova szeretnél eljutni, hogyan szeretnél élni. Fontos, hogy olyan célokat fogalmazz meg, amiket reálisnak tartasz! Kérlek, válassz ki valakit, aki most a céljaidat szimbolizálja, és egy képzeletbeli tengelyen, ami itt húzódik a teremben, helyezd el őt valahová, majd keresd meg a saját helyed olyan távolságban, ahogy most érzed magad tőle!

9. Hátráltató tényezők megjelenítése

Mivel nem érted még el ezeket a célokat, biztosan vannak olyan tényezők, olyan erők, amik hátráltatnak téged ebben. Most ezeket próbáljuk összegyűjteni és kérlek, hogy válassz mindegyiknek egy-egy személyt a csoportból! (hátráltató tényezők összegyűjtése, szereplők kiválasztása) Nagyon jó, most cserélj szerepet valamelyikkel, mintha te lennél az a tényező és mondd el, mit üzen neked, hogyan hátráltat téged a célod elérésében. (szerepcsere mindegyik tényezővel, üzenet megfogalmazása) Most gyere vissza a saját szerepedbe, és hallgasd meg, hogy mit üzennek neked ezek a tényezők. Kérlek, mondjátok neki sorban, és próbáljátok meg azokkal a szavakkal, azzal a hangsúllyal mondani, ahogy ő mondta. (hátráltató üzenetek meghallgatása) Milyen érzés ez neked? Körülbelül így érzed magad, amikor ezekre a célokra gondolsz? Na, akkor most dolgozunk rajta, hogy ez megváltozzon!

10. Hátráltató tényezők pozitív szándéka

Most a tényezőkhöz fordulok. Ti nagyon fontosak és erősek vagytok életében, és biztos vagyok benne, hogy vannak más helyzetek, amikor segítitek -t van vagy volt olyan helyzet, amikor nagyon is szüksége volt rátok! Most arra kérlek titeket, hogy emlékezzetek vissza és próbáljátok olyan helyzetet keresni, amikor nagyon is fontos, hasznos szerepetek volt! Kérlek, most megint



menj bele valamelyik szerepbe és próbáld megfogalmazni ezt a másik üzenetet! (pozitív szándék megfogalmazása, üzenetek meghallgatása) Most hallgasd meg ezeket az üzeneteket is, kérlek, úgy mondjátok neki, hogy most azt üzenem neked, hogy" első üzenet, "de máskor" második üzenet. (Fragmentáció: pl. Most azt üzenem neked, hogy túl drága neked az edzőterem, de máskor megóvlak attól, hogy rosszul gazdálkodj a pénzeddel.) Milyen így hallani az üzeneteket?

11. Erőforrás aktivizáció

Rendben, akkor most hagyjuk egy kicsit a hátráltató tényezőket, megint sétáljunk egyet itt a teremben és közben nézz mélyen magadba. Annyi mindent megoldottál már az életben, amíg idáig eljutottál, rengeteg helyzetet a családban vagy az iskolában. Hány vizsgán és megmérettetésen vagy túl! Szólítsd meg magadban azt a kreatív részt, ami benned van és keressetek olyan tényezőket, amik segítenek téged a céljaid elérésében! (resource aktivizáció, milton nyelv) Ezeknek a tényezőknek is válassz ki személyeket! Nagyon jó, most menj bele itt is az egyes szerepekbe és fogalmazz meg egy üzenetet! (üzenetek megfogalmazása, meghallgatása) Milyen érzés ez most?

12. Ökológiai vizsgálat

Ok, most már vannak hátráltató és segítő tényezőink, most arra kérlek benneteket segítő tényezők, hogy fogalmazzatok meg érveket, amikkel meggyőzitek a hátráltató tényezőket, titeket pedig arra kérlek, hogy bár nagyon fontosak vagytok ... életében és ti is átsegítettétek már sok nehézségen figyeljetek ezekre az érvekre és gondoljatok ki egy másik működést, ahogy továbbra is tudtok jelezni -nek, de nem olyan módon, hogy megakadályozzátok abban, hogy egészségesebb legyen. Rendben? Mostantól hármas cserével fogunk dolgozni, kérek mindenkit, hogy nagyon figyeljen ! most menj bele az egyik segítő tényező szerepébe és szólíts meg egy vagy több hátráltató tényezőt! Hátráltatók, mondjátok neki az üzeneteket! Melyiket szólítanád meg először és mit mondanál neki? Közben nyugodtan szólíts meg, más tényezőket vagy menj bele más szerepekbe a segítők közül, ha úgy érzed, hogy van mondanivalójuk, hiszen te tudod legjobban, hogy benned hogyan zajlanak ezek a folyamatok! (addig zajlik, amíg egyezés születik a tényezők között és kidolgoznak egy megoldást)

Megállhatunk itt? Rendben van ez így neked?



13. Jövőbe helyezés, tesztelés

Ahogy még itt látod a tényezőket magad előtt, arra kérlek, hogy fogalmazd meg, mi lenne az első lépés, amit a céljaidért teszel? Hogyan képzeled el a következő időszakot (ütemezés)?

Most kérlek, újra képzeled el azt a bizonyos tengelyt a teremben, amire az előbb feltetted a célokat, és aki a céljaidat képviseli, őt megkérjük, hogy álljon be ismét ugyanarra a helyre, ahol az előbb. Téged pedig arra kérlek, hogy ismét keresd meg a helyed hozzá képest!

Köszönjük a szereplőknek, üljünk újra körbe, kérlek te ülj mellém! Először is vegyél ki mindenkit a szerepéből, úgy hogy "Te nem vagy hanem (név) vagy!" Most ha szeretnétek, tarthatunk egy rövid szünetet! Van idő arra, hogy csendben befejezzétek a kitöltést, és mindenki átgondolja a saját történetét, élethelyzetét is. Utána ezt fogjuk megbeszélni!

14. Megosztás, lezárás

Van akinek ismerős volt a történet, vagy bármelyik részlete? Kérlek, mondjátok el, hogy mi jut eszetekbe róla, amit a saját életetekben átéltek! Mi az, amit közben felírtatok magatoknak? (sharing) protagonistához - Hogy vagy most? Milyen volt a játék? Milyen érzés volt hallgatni a visszajelzéseket, hogy ilyen sokan tudtak kapcsolódni a történetedhez? Köszönöm mindenkinek az aktív részvételt, nagyon sokat segítettek velem! Ha bárkinek kérdése van, most is szívesen válaszolok, de e-mailben bármikor megkereshettek!

Jutalmazás

3. sz. melléklet

KÉRDŐÍV

Település:			
Kérdező neve:			ig. száma:
Kérdés időpontja:		Körzetlap száma:	Instruktor kódja:
Régió kód:	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Településtípus kódja:	1 – 2 – 3 – 4 – 5

1. Ön szerint az alábbi tényezők mennyire járulnak hozzá az általános egészséghez? (1 – egyáltalán nem, 5 – teljes mértékben, 0 – NT)

1.	Testi állapot	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0. NT
2.	Szellemi frissesség, aktív gondolkodás	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0. NT
3.	Érzelmi állapot	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0. NT
4.	Család és baráti kapcsolatok	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0. NT
5.	Jó lelkiállapot	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0. NT
6.	Hit, spiritualitás	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0. NT
7.	Természeti környezet (pl. jó levegő, lakókörnyezet)	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0. NT
8.	Infrastruktúra (jó közlekedés, kórházak, iskolák)	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0. NT

2. Milyen mértékben lenne szüksége az alábbi tényezőkre ahhoz, hogy egészségesebb életmódot folytasson? (1 – egyáltalán nem, 5 – teljes mértékben, 0 – NT)

1.	Több szabadidő	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0. NT
2.	Motiváció, akaraterő	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0. NT
3.	Pénz, anyagi forrás	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0. NT
4.	Család és barátok támogatása	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0. NT
5.	Kiegyensúlyozottság, jó lelkiállapot	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0. NT
6.	Szervezőképesség, jobb tervezés	1 – 2 – 3 – 4 – 5	0. NT

3. Összességében hogyan minősíti saját egészségi állapotát?

1. Nagyon rossz 2. Rossz 3. Közepes 4. Jó 5. Kiváló 0. NT



4. Kérem, mondja meg, hogy a felsorolt egészségügyi problémák érintik-e Önt?
Több válasz lehetséges!

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| 1. Daganatos betegség | 2. Szív- és érrendszeri betegség |
| 3. Magas koleszterinszint | 4. Cukorbetegség |
| 5. Gyomor- és bélrendszeri panaszok | 6. Túlsúlyosság és elhízás |
| 7. Csontritkulás | 8. Legyengült immunrendszer |

5. Egy átlagos héten hány nap végez aktív testmozgást (kocogás, tréning, séta, kerékpározás, kertészkedés stb.) a normális napi tevékenységeken túl?

1. Egyáltalán nem végez aktív testmozgást → 8. kérdés!
2. Kevesebb, mint három napon egy héten
3. Három és öt nap között egy héten
4. Több mint öt napon egy héten

6. Jellemzően milyen aktív testmozgást végez? Több válasz lehetséges!

1. Séta
2. Házi munka
3. Kertészkedés
4. Tánc
5. Kerékpározás
6. Úszás
7. Labdajáték
8. Küzdősport
9. Torna
10. Kocogás
11. Testépítés
12. Aerobik
13. Egyéb:

.....

7. Hogy látja, hol tart az egészséges táplálkozásra történő áttérés területén?

1. A következő hat hónapban nem szándékozom áttérni egy általam egészségesebbnek vélt táplálkozásra.
2. Erős késztetést érzek arra, hogy áttérjek egy általam egészségesebbnek vélt táplálkozásra.
3. A következő egy hónapban lépéseket fogok tenni, hogy áttérjek egy általam egészségesebbnek vélt táplálkozásra.
4. Már legalább hat hónapja egészségesebben táplálkozok.



5. Már több mint hat hónapja egészségesebben táplálkozok, a visszaesés esélye régi táplálkozási szokásaimra minimális.

6. Mindig is egészségesen táplálkoztam.

8. Milyen mértékben ért egyet a következő kijelentésekkel? (1 – egyáltalán nem, 5 – teljes mértékben, 0 – NT)

Tudatosan keresem az olyan élelmiszereket, amelyek egészségvédő hatással rendelkeznek. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 0

9. Hallott-e a következő alternatív táplálkozásformákról? (1. nem hallott róla, 2. hallott róla, 3. kipróbálta, 4. rendszeresen alkalmazza)

1. Vegetáriánus táplálkozás	1 – 2 – 3 – 4
2. Bio táplálkozás	1 – 2 – 3 – 4
3. Zsírszegény étrend	1 – 2 – 3 – 4
4. Sószegény étrend	1 – 2 – 3 – 4
5. Fehérjegyedag étrend (pl. atkins diéta)	1 – 2 – 3 – 4
6. Lúgosító étrend	1 – 2 – 3 – 4
7. Izomtömeg növelő étrend	1 – 2 – 3 – 4
8. Méregtelenítő étrend	1 – 2 – 3 – 4
9. Makrobiotikus étrend	1 – 2 – 3 – 4
10. Valláshoz kapcsolódó étrend (pl. böjt, kóser konyha)	1 – 2 – 3 – 4
11. Különleges tápanyagigényhez kapcsolódó étrend (pl. cukorbetegség, koleszterinszegény étrend)	1 – 2 – 3 – 4
12. Kalóriaszámláló diéta	1 – 2 – 3 – 4
13. Ayurvéda táplálkozás	1 – 2 – 3 – 4
14. Tápanyagok szétválasztásán alapuló étrend (90 napos diéta)	1 – 2 – 3 – 4
15. Paleolit étrend	1 – 2 – 3 – 4
16. Update étrend	1 – 2 – 3 – 4
17. Egyéb:	1 – 2 – 3 – 4

10. Milyen mértékben ért egyet az alábbi állításokkal? (1 – egyáltalán nem, 5 – teljes mértékben, 0 – NT)

1. Az egészséges életmódot élvezetesnek tartom.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0
2. Az ismerőseim sokat tesznek az egészségükért.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0
3. Egészségesen élni kellemes dolog.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0
4. A legtöbb ember sokat tesz az egészségéért.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0
5. Szeretem az egészséges életmódot.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0
6. Nem foglalkoztat, hogy mit gondolnak rólam.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0
7. Vágyom rá, hogy egészségesebben éljek.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0
8. Az egészséges életmód megfontoltságra vall.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0
9. Szeretnék változtatni a szokásaimon, hogy egészségesebben éljek.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0
10. Az egészséges életmód fontos társadalmi érték.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0
11. Az ismeretségi körömben az egészség értéket képvisel.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0
12. Törekszem arra, hogy egészségesebb életmódot alakítsak ki.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0
13. Igyekszem úgy élni, ahogy az másoknak is megfelel.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0
14. Tapasztalataim szerint a siker jó tervezés eredménye.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0
15. Egészséges életmódot folytatni hasznos dolog.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0
16. Sosem bízom abban, hogy a sors vagy a szerencse megoldja a problémámat.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0
17. A sikereimet kemény munkának köszönhetem, nem a szerencsés körülményeknek.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0
18. A fontos dolgok többségét, amelyek velem történnek, előre látni és ellenőrizni tudom.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0
19. Gyakran tudom, mit kellene tennem, de általában nincs meg bennem a képesség arra, hogy meg is tegyem.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0
20. Az az érzés, hogy amit el akartam érni, a legtöbb esetben sikerül is, adja az egyik legnagyobb erőt számomra az élet nehézségeivel való küzdelemben	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0
21. Sikeresen el tudom érni a magam elé tűzött célokat.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0
22. Korábbi tapasztalataimból tudom, hogy a legtöbb dologban amit csinálok, biztos vagyok.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0
23. Ha megoldást látok egy problémára, biztos vagyok benne, hogy meg tudom tenni, amit kell.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 0



Háttérváltozók

11. A kérdezett neme: 1. férfi 2. nő 12. Hány éves Ön? éves

13. Mi az Ön legmagasabb befejezett iskolai végzettsége?

1. maximum 8 általános felsőfokú diploma 2. szakmunkásképző, szakiskola 3. érettségi 4.

14. Mi az Ön családi állapota?

1. házas 2. élettárrsal él 3. özvegy 4. nőtlen / hajadon 5. elvált 6. külön él házastársától

15. Mi az Ön jelenlegi jogi helyzete, fő tevékenysége: dolgozik, nyugdíjas vagy más?

1. aktív fizikai dolgozó 2. aktív szellemi dolgozó 3. GYES-en, GYED-en lévő
4. nyugdíjas 5. tanuló 6. háztartásbeli
7. munkanélküli 8. egyéb inaktív kereső 9. egyéb eltartott

16. Ön tekinthető-e családja elsődleges élelmiszer-beszerzőjének (fő vásárlójának)?

1. igen 2. nem

17. Ön hova sorolná háztartása havi jövedelmét?

1. Nagyon jól megél(nek) belőle és félre is tud(nak) tenni
2. Megél(nek) belőle, de keveset tud(nak) félre tenni
3. Éppen elegendő, hogy megéljen(ek) belőle, de félretenni már nem tudnak
4. Néha arra se nagyon elég, hogy megéljen(ek) belőle
5. Rendszeresen napi megélhetési gondjai(k) vannak
0. NT/NV

KÖSZÖNJÜK VÁLASZAIT!

Kérdező! Kérjük, írja alá az alábbi nyilatkozatot!

Kijelentem, hogy ezt az interjút a személyes interjú elkészítésének szabályai szerint készítettem egy olyan személlyel, akit a mintavételi előírásoknak megfelelően választottam ki. A kérdőív kitöltését ellenőriztem, és az adatok hitelességéért felelősséget vállalok!

.....
.....2013. július nap

kérdező aláírása



4. sz. melléklet

A kérdőíves megkérdezés mintasokaságának háttérváltozók szerinti megoszlása (N=1000)

Szocio-demográfiai változók	Fő	%
Nem		
Férfi	490	49,0
Nő	510	50,0
Kor		
18-29 éves	258	25,8
30-39 éves	181	18,1
40-49 éves	207	20,7
50-59 éves	162	16,2
60 év feletti	192	19,2
Legmagasabb befejezett iskolai végzettség		
Maximum 8 általános	116	11,6
Szaktunokásfépző, szakiskola	318	31,8
Érettségi	395	39,5
Felsőfokú diploma	171	17,1
Szubjektív jövedelem		
NT/NV	22	2,2
Nagyon jól megél(nek) belőle és félre is tud(nak) tenni	36	3,6
Megél(nek) belőle, de keveset tud(nak) félre tenni	283	28,3
Éppen elegendő, hogy megéljen(ek) belőle, de félretenni már nem tudnak	503	50,3
Néha arra se nagyon elég, hogy megéljen(ek) belőle	135	13,5
Rendszeresen napi megélhetési gondjai(k) vannak	21	2,1

Forrás: Saját szerkesztés, 2014



5. sz. melléklet

Helyzetfelmérő kérdőív a MyTaste programhoz

Kérem válaszoljon az alábbi kérdésekre!

Kérem, minden kérdésre válaszoljon!

Magasság [cm]: * _

Súly [kg]: * _

Derék körfogat [cm]:

Csípő körfogat [cm]:

Testzsír százalék [%]:(amennyiben tudja)

ÉLETMÓD

Jelenleg milyen gyakorisággal sportol?

- nem sportolok
- alkalmyszerűen
- hetente 1-2 alkalommal
- hetente 3 vagy több alkalommal

Mit sportol?

Milyen intenzitással?

- alacsony
- közepes
- nagy

TÁPLÁLKOZÁS

Naponta átlagban hányszor étkezik?

- egyszer
- kétszer
- háromszor
- négyszer
- ötször vagy többször

Saját meglátása alapján Ön egészségesen étkezik?

- igen, mindig
- az esetek többségében igen
- az esetek többségében nem
- nem

Ha valaki rámutat egy élelmiszerre, meg tudja mondani, hogy az leginkább szénhidrátot, fehérjét vagy zsírt tartalmaz?

- igen
- nem
- talán

Ügyel arra, hogy eleget tegyen az alábbi táplálkozási ajánlásoknak?

igen többnyire igen nem nem ismerem

táplálkozási piramis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
egyen napi 3*3 féle zöldséget és gyümölcsöt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CÉLOK

Mennyire sikerült elérnie az első alkalomkor megfogalmazott rövidtávú célját?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10% 100%

Megjegyzés a célok teljesüléséhez:

KONYHA KÖRKÉP

Van egy étkezési alapszabály, miszerint ha egy étel a birtokunkban vagy az otthonunkban van, előbb utóbb meg fogjuk enni. Ha akarjuk, ha nem – meg fogjuk enni! Ezek alapján, ha egészségesen akarunk táplálkozni, egyszerűen meg kell szabadulnunk a nem egészséges ételektől és olyanokkal kell ellátnunk magunk és szeretteink, amik jók nekünk! Hogy meglássuk, hogyan állunk most ezen a téren, válaszoljon az alábbi kérdésekre azok alapján, hogy most épp mely válasz jellemzi leginkább az Ön konyháját. Legyen őszinte, hisz ez alapján tudhatja meg milyen állapotban is van a konyhája!



1) Az alábbiak eszközök közül mennyi található meg az ön konyhájában? ♣ mérleg az ételek lemérésére ♣ lezárható ételhordó dobozok ♣ turmix gép ♣ vízforraló/ teáskanna ♣ éles kések ♣ jó minőségű edények ♣ könnyen tisztítható vágódeszka ♣ tartalék mosogatószivacs

- a) mindegyik
- b) több mint fele
- c) kevesebb, mint fele
- d) egyik sincs

2) Az alábbiak közül mennyi található meg az ön kamrájában? ♣ zab, zabpehely, quinoa vagy köles ♣ durum tészta vagy barna rizs ♣ olajos magvak (dió, mogyoró, lenmag) ♣ bab vagy lencse (száraz vagy konzerv) ♣ extra szűz olíva olaj ♣ zöld vagy gyógynövény tea ♣ halolaj kapszula ♣ szárított gyümölcsök

- a) mindegyik
- b) több mint fele
- c) kevesebb, mint fele
- d) egyik sincs

3) Az alábbiak közül mennyi található meg az ön hűtőjében, fagyasztójában vagy konyhapultján? ♣ csirkemell ♣ omega-3 tojás ♣ zsírszegény tej ♣ probiotikus joghurt, kefir ♣ legalább három féle gyümölcs ♣ legalább három féle zöldség ♣ lenmag vagy lenmagolaj ♣ teljes kiőrlésű kenyér ♣ fagyasztott gyümölcs vagy zöldség

- a) mindegyik
- b) több mint fele
- c) kevesebb, mint fele
- d) egyik sincs

4) Az alábbiak közül mennyi található meg az ön kamrájában? ♣ chips ♣ sóspálcika, sós rágcsálnivaló ♣ sós földimogyoró ♣ instant leves vagy zacskós ételek ♣ csokoládé, bon-bon ♣ kekszek ♣ szénsavas üdítő ♣ legalább három fajta alkoholos ital

- a) mindegyik
- b) több mint fele
- c) kevesebb, mint fele
- d) egyik sincs



5) Az alábbiak közül mennyi található meg az ön hűtőjében, fagyasztójában vagy konyhapultján? ♣ májkrém, húskonzerv vagy virsli ♣ magas zsírtartalmú margarin ♣ magas zsírtartalmú vaj- vagy sajtkrém ♣ szénsavas üdítő ♣ fagyasztott, félkész ételek ♣ legalább két fajta előkészített szósz ♣ fehér kenyér ♣ péksütemények

- a) mindegyik
- b) több mint fele
- c) kevesebb, mint fele
- d) egyik sincs

7) Bevásárláskor a nagyobb kiszerelésű csomagokat választja vagy a kisebb kiszerelésűeket?

- az esetek többségében nagykiszerelésűeket
- az esetek többségében kisebb kiszerelésűeket

8) Ha most szétnézne a konyhájában, éléskamrájában és a hűtőjében, többnyire friss, alacsony feldolgozási fokú alapanyagokat, vagy dobozos, félkész termékeket találna túlsúlyban?

- friss, alacsony feldolgozási fokú alapanyagokat
- dobozos, félkész termékeket

9) Milyen gyakran vásárol élelmiszert?

- hetente többször
- hetente
- kéthetente
- havonta

10) Milyen gyakran főz?

- minden nap
- hetente többször
- hétvégén
- ritkán, alkalmyszerűen
- soha

11) Ha recept alapján készít egy ételt, ügyel arra, hogy az egészséges is legyen?

- igen, mindig
- több mint az esetek felében
- kevesebb, mint az esetek felében



szinte soha
12) Előre elkészíti az ételeit munkába vagy kirándulásokra, utazásokra?

- igen, mindig
 több mint az esetek felében
 kevesebb, mint az esetek felében
 szinte soha

13) A friss zöldség és gyümölcs jól látható helyen tárolja?

- igen
 nem

14) A csokoládét, cukorkát, nassolnivalót jól látható helyen tárolja?

- igen
 nem

PSZICHOLÓGIAI VÁLTOZÓK

EVÉSI ATTITŰDŐK Kérem, mondja meg, hogy általában mennyire jellemzik Önt az alábbi tényezők!

	Egyáltalán nem igaz	Többnyire nem igaz	Többnyire igaz	Teljes mértékben igaz
Amikor ideges vagyok, evéssel próbálom megnyugtanni magam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szándékosan keveset eszem egyszerre, hogy kordában tartsam a testsúlyomat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amikor levert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Egyáltalán nem igaz Többnyire nem igaz Többnyire igaz Teljes mértékben igaz

vagyok, enni akarok.

Amikor egy étvágygerjesztő ételt látok, vagy illatát érzem, nagyon nehezen állom meg, hogy ne egyek, még akkor is, ha épp akkor fejeztem be az evést.



Amikor magányos vagyok, evéssel vigasztalódom.



Tudatosan korlátozom, hogy mennyit eszem az étkezések során, hogy elkerüljem a hízást.



Ha olyan valakivel vagyok együtt, aki eszik, gyakran engem is arra késztet,





	Egyáltalán nem igaz	Többnyire nem igaz	Többnyire igaz	Teljes mértékben igaz
hogyan egyek.				
Amikor szomorú vagyok, gyakran túl sokat eszem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amikor feszült vagyok, vagy fel vagyok húzva, gyakran úgy érzem, hogy ennem kell.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bizonyos ételeket azért nem eszek, mert hizlalnak.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amikor szorongok, enni kezdek.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amikor valami finomat látok, gyakran olyan éhes leszek, hogy azonnal ennem kell.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



TESTMÉRET Milyen gyakran jellemzőek Önre az alábbi állítások?

Soha Ritkán Néha Gyakran Rendszerint Mindig

Azt
gondolom,
túl kövér
vagyok.

Nagyon
vágynom
arra, hogy
vékonyabb
legyek.

A csípőm
túl
szélesnek
tűnik
számomra.

Ha
megnézem
magam a
tükörben,
elégedetlen
vagyok a
testemmel.



JÓLLÉT Az elmúlt hét során érezte-e magát:

	Soha	Néha	Az időnek kevesebb, mint felében	Az időnek több, mint felében	Az idő legnagyobb részében	Mindig
Vidámnak és jókedvűnek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nyugodtnak és ellazultnak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aktívnek és ébernek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Az ébredéskor frissnek és kipihentnek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A napjai tele voltak érdekes dolgokkal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>						

Elégedettség mérés

A következő kérdésekben a programra vonatkozó kérdéseket találjátok. Ezeket nem kötelező kitölteni, de szeretnénk megkérni benneteket, hogy ha időtök engedi, töltsétek ki, hogy a visszajelzéseitekből tudjunk tanulni, fejlődni, illetve a PhD munkámban fel tudjam használni a marketing szempontú visszajelzéseket!

Mennyire voltál elégedett az átadott információ mennyiségével?

	1 Egyáltalán nem	2	3	4	5 Teljes mértékben
táplálkozástudományi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pszichológiai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mennyire voltál elégedett az átadott információ minőségével?

	1 Egyáltalán nem	2	3	4	5 Teljes mértékben
táplálkozástudományi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pszichológiai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mennyire voltak hasznosak számodra a gyakorlati feladatok?

	1 Egyáltalán nem	2	3	4	5 Teljes mértékben
táplálkozástudományi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pszichológiai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mennyire találd élvezetesnek a gyakorlati feladatokat?

	1 Egyáltalán nem	2	3	4	5 Teljes mértékben
táplálkozástudományi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1 Egyáltalán nem	2	3	4	5 Teljes mértékben
pszichológiai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kérjük, értékeld az iskolai osztályzatoknak megfelelően a következő szempontokat:

	1	2	3	4	5	6. oszlop
Szervezés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hangulat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Csoportvezetés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(Saját) befektetett energia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saját teljesítményed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A program általános megítélése	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Milyen időkeretet tartanál optimálisnak az egyes alkalmakra?

- 1 óra
- 1,5 óra
- 2 óra
- 2,5 óra
- 3 óra
- Egyéb:

Milyen időtartamot tartanál optimálisnak a program teljes hosszát illetően?

- 4 hét

5 hét

6 hét

7 hét

8 hét

Egyéb:

Egyéb megjegyzés:Ha bármit hiányoltál, hosszúnak, rövidnek tartottál... bármilyen ötlet, amivel a jövőben javítani tudunk a programon...

Marketing szempontok

Ha a MyTaste programon törénő részvétel.... Ft-ba kerülne, jó szívvel ajánlanád az ismerőseidnek.

15 000 Ft

20 000 Ft

25 000 Ft

30 000 Ft

35 000 Ft

40 000 Ft

Szívesen fogadnád, ha a MyTaste programot egy élelmiszeripari gyártó szponzorálná?

Nem, maradjon teljes mértékben független a program.

Igen, de a gyártó termékei ne szerepeljenek a programban.

Igen, termékeket is szívesen kipróbálok, ha azok bizonyítottan egészségvédő hatásúak.

Milyen terméke(ke)t próbálnál ki szívesen a program keretében?*_(Ha elfogadnál gyártót szponzorként)

organikus (bio)



- természetes alapanyagokból készült
- hazai alapanyagokból készült
- egészségvédő hatású
- Egyéb:

Végül egy kis fantázia...Képzeld el ezt a gyártót személyként, tehát ha ember volna, és most belépne az ajtón, milyen külső illetve belső tulajdonságokkal rendelkezne? (Kérjük írd 5 külső és 5 belső tulajdonságot!)

6. sz. melléklet

Faktoranalízis eredménye a 23 változóval

Rotated Factor Matrix^a

	Factor				
	1	2	3	4	5
e1_5	,728	,262	,322	-,122	,075
e1_7	,719	,161	,057	,175	-,068
e1_1	,710	,262	,353	-,145	,051
e1_8	,707	,232	,014	,176	,048
e1_3	,684	,217	,304	-,126	,120
e1_15	,682	,273	,097	,075	,146
e1_12	,638	,307	,125	,188	,054
e1_10	,617	,240	,097	,202	,031
e1_9	,550	,073	,061	,413	-,102
e1_11	,416	,282	,387	,233	,134
e1_13	,302	,250	,190	,283	,024
e1_21	,231	,776	,162	-,003	,030
e1_22	,231	,770	,093	-,080	,199
e1_23	,255	,767	,071	-,048	,135
e1_20	,270	,638	,142	,068	,069
e1_14	,349	,498	,162	,059	,144
e1_17	,166	,466	-,062	,016	,440
e1_18	,131	,462	,206	,141	,110
e1_4	,183	,142	,605	,217	,107
e1_2	,309	,253	,604	,171	,066
e1_19	,053	-,039	,119	,375	,024
e1_16	,135	,226	-,013	,104	,541
e1_6	,056	-,029	-,117	,034	-,269

Extraction Method: Maximum Likelihood.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 7 iterations.