



**DEBRECENI
EGYETEM**

EGÉSZSÉGPIACI KUTATÁSOK

LEKTORÁLT TANULMÁNYKÖTET

Fogyasztói vizsgálatok munkacsoport

*Sport- Rekreációs- és Egészséggazdasági Kooperációs Kutatóhálózat
létrehozása
EFOP-3.6.2-16-2017-00003*

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



DEBRECENI EGYETEM

Felelős kiadó

Debreceni Egyetem, Gazdaságtudományi Kar
4032 Debrecen, Böszörményi út 138.

Szerkesztőség

Debreceni Egyetem, Gazdaságtudományi Kar, Marketing és Kereskedelem Intézet
4032 Debrecen, Böszörményi út 138., Tel: 0652/508-304

Kapcsolattartó

Dr. Fehér András, adjunktus, Debreceni Egyetem, Gazdaságtudományi Kar,
Marketing és Kereskedelem Intézet,
Tel: 0652/508-444, e-mail: feher.andras@econ.unideb.hu

Szerkesztők

Fehér, András PhD.
Szakály, Zoltán CSc.

ISBN (nyomtatott): 978-963-490-132-7
ISBN (digitális): 978-963-490-133-4

A tanulmánykötet elkészítését az EFOP-3.6.2-16-2017-00003 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

Debrecen

2019

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



Tartalomjegyzék

| | |
|--|------------|
| 1. EGÉSZSÉGMAGATARTÁS ÉS SZEMÉLYRE SZABOTT TÁPLÁLKOZÁS | 5 |
| <i>Szakály Zoltán – Véha Miklós – Popovics Péter – Fehér András:</i> | |
| Different aspects of the health behaviour of the Hungarian population | 6 |
| <i>Kiss Marietta – Fehér András – Kontor Enikő:</i> | |
| Az integrált viselkedéses modell alkalmazása az egészségmagatartás előrejelzésére és befolyásolására | 22 |
| <i>Szakály Zoltán – Véha Miklós – Popovics Péter – Fehér András:</i> | |
| Consumer perception of personalised diet – The concept of lifelong health..... | 34 |
| 2. TÁPLÁLKOZÁSMARKETING | 44 |
| <i>Kontor Enikő – Balsa-Budai Nikolett – Papp-Bata Ágnes – Kiss Marietta:</i> | |
| Az élelmiszer címkék szerepe az egészségtudatos táplálkozás megvalósításában – ösztönző és gátló tényezők..... | 45 |
| <i>Nábrádi Zsófia – Szakály Zoltán:</i> | |
| Életstílus alapú fogyasztói szegmensek étrend-kiegészítők vásárlásában megjelenő sajátosságai | 57 |
| <i>Papp-Bata Ágnes – Szakály Zoltán:</i> | |
| A pozitív attitűd és a hiteles információ jelentősége a funkcionális élelmiszerek fogyasztásában | 66 |
| <i>Kiss Virág Ágnes – Soós Mihály – Szakály Zoltán:</i> | |
| A kényelmi étkezés és az íz kapcsolatának meghatározása..... | 75 |
| <i>Kovács Bence – Vukoszavlyev Szlobodan – Szakály Zoltán:</i> | |
| Nemzetközi piacszegmentáció az alkoholtermékek piacán..... | 84 |
| <i>Véha Miklós – Szakály Zoltán – Fehér András:</i> | |
| A növényi alapú étrendet támogató tényezők rendszerezése – Szakirodalmi áttekintés | 95 |
| <i>Véha Miklós – Szakály Zoltán – Fehér András:</i> | |
| A növényi alapú étrendet hátráltató tényezők rendszerezése – Szakirodalmi áttekintés..... | 105 |
| 3. A HELYTELEN TÁPLÁLKOZÁS ÉS AZ EGÉSZSÉG | 113 |
| <i>Soós Mihály – Kiss Virág Ágnes:</i> | |
| A lakosság testtömeg-menedzselésének vizsgálata | 114 |
| <i>Kiss Marietta – Kontor Enikő:</i> | |
| Az elhízás gazdasági terhei – Hazai és nemzetközi körkép..... | 124 |
| <i>Kontor Enikő – Kiss Marietta:</i> | |
| Az elhízás és a túlsúly okai, következményei és kezelésének lehetséges irányai..... | 139 |



| | |
|--|------------|
| 4. FIZIKAI AKTIVITÁS MOTIVÁCIÓI..... | 151 |
| <i>Fehér András – Bácsné Bába Éva – Müller Anetta – Szakály Zoltán:</i> | |
| Fizikai aktivitás motivációival kapcsolatos modellek rendszerezése I. – Szakirodalmi áttekintés | 152 |
| <i>Fehér András – Bácsné Bába Éva – Müller Anetta – Szakály Zoltán:</i> | |
| Fizikai aktivitás motivációival kapcsolatos modellek rendszerezése II. – Szakirodalmi áttekintés | 164 |
| <i>Fehér András – Bácsné Bába Éva – Müller Anetta – Szakály Zoltán: MPAM-R modellekkel</i> kapcsolatos kutatások rendszerezése – Szakirodalmi áttekintés..... | 173 |
| 5. INNOVÁCIÓ ÉS TÁRSADALMI FELELŐSSÉGVÁLLALÁS | 184 |
| <i>Vukoszavlyev Szlobodan – Polereczki Zsolt – Kovács Bence:</i> | |
| Az innováció fogalmának fejlődése..... | 185 |
| <i>Vukoszavlyev Szlobodan – Polereczki Zsolt – Kovács Bence:</i> | |
| A globális innovációs index és egyes jóléti mutatók kapcsolata | 196 |
| <i>Balsa-Budai Nikolett – Kontor Enikő:</i> | |
| A vállalati társadalmi felelősségvállalás és kapcsolata az emberierőforrás-menedzsmenttel | 206 |



**DEBRECENI
EGYETEM**

1. EGÉSZSÉGMAGATARTÁS ÉS SZEMÉLYRE SZABOTT TÁPLÁLKOZÁS



**DEBRECENI
EGYETEM**

Different aspects of the health behaviour of the Hungarian population

ZOLTÁN SZAKÁLY

*CSc, Faculty of Economics and Business, University of Debrecen
szakaly.zoltan@econ.unideb.hu*

MIKLÓS VÉHA

*MSc, Naturtrade Hungary Ltd., Hungary
vehamiki@gmail.com*

PÉTER POPOVICS

*PhD, Faculty of Economics and Business, University of Debrecen
popovics.peter@econ.unideb.hu*

ANDRÁS FEHÉR

*PhD, Faculty of Economics and Business, University of Debrecen
feher.andras@econ.unideb.hu*

Abstract

Health behaviour is the totality of the types of behaviour connected to health which, as an element of healthy lifestyle, are manifested in behaviour created resulting from health needs and health motives. Staying in good health is influenced by a lot of factors. Regular physical exercise, clean environment, reduction of overwork and, last but not least, balanced diet has a prominent role. In the last twenty years the authors have conducted a lot of representative surveys with the aim to examine the health behaviour, nutrition habits and sustainable lifestyle of the Hungarian population. According to research results, the consumers' interpretation of health goes beyond the classical organic-medical view that is the several-dimension interpretation of health is becoming widespread. People are more or less aware of what they should do in order to stay healthy, but they do not act accordingly. It is indicated by that in most of the cases there is a significant difference between the importance of health protective activities and their frequency. Some 48% of the respondents do not plan to change their present eating habits, which means that a significant ratio of the population has introverted and extremely passive behaviour. To sum up, people must be supported to be able to switch to a healthier lifestyle considering external conditions and needs.

Keywords: health behaviour, behaviour change, nutrition awareness, healthy lifestyle



1. Introduction

Kondratiev cycles or K-waves describe the major economic tendencies. *The creator's economic cycle theory holds that in addition to short, 10-15 year long cycles there exist longer, 40-60 year long ones, which establish the economic and social life in a given country.* Each Kondratiev cycle is related to the introduction, spread and completion of a baseline innovation. Completion involves recession, the emergence of economic crises and social tensions, creating new inventions and laying the foundations for the following prosperity period. Outside the frame of economics, long-term cycles are typically the essential determinants of culture, society, fashion and everyday existence (KONDRATYEV, 1980; SZABÓ, 2016).

Several studies have *highlighted the significance of sustainable development* (HODAS, 1995; AYERS, 1996; BOSSELMANN, 2008; BARNETT, et al., 2015; GYULAI, 2012; SZABÓ, 2016). The KPGM study (2014) identified ten overall megatrends closely related to sustainable development on several points, which are the following: *demography, the social advancement of individuals, technologies prompting radical changes in users' choices, economic interconnectivity, state debt, economic alternations of power, climate change, the lack of raw materials and urbanization.* ALLIANZ GLOBAL INVESTORS (2010) underlines merely three megatrends: environmental technologies, nano/biotechnology and healthcare, the key potential drivers for the next prosperity phase. Whereas the preceding cycles primarily sought to enhance effectiveness, the key to future growth will be energy and resource management (SZABÓ, 2016).

At an environmental level, this is reflected in *eco/organic/bio trends*, of which market share has been steadily growing and in *the advancement of nano and/or biotechnology*, where the development of new materials and technologies reduces the need for raw materials and makes production more efficient by fostering new technologies. The third megatrend, which has become topical recently is *health*, related to population growth and longer life expectancy in developed countries, leading to ageing societies (KSH (Central Statistical Office), 2016). The megatrend of health comprises the holistic interpretation of health, preventive health behaviour and the concept of lifelong health. Developed economies have entered an era when human resources are not additional costs of economic development, but its pivotal driving forces. Their sustenance represents private, economic and social interest (SZABÓ, 2016). NEFIODOW (1999) suggests that the health industry will become one of the potential pillars of the 6. Kondratiev-cycle, becoming a major determining industry these days.

2. Theoretical background of research

2.1. A multidimensional approach to health

Health, one of the critical megatrends of our times (HORX, 2000; MÜHLHAUSEN, 2001; FÜREDINÉ KOVÁCS, 2008; DUDÁS, 2015; JAKOPÁNECZ and TÖRŐCSIK, 2015) has an impact on consumer behaviour in many forms. There are innumerable definitions to determine the exact notion of health, which reflect the mainstream approach in the given era. At the beginning of the 20th century, the *so-called bio-medical model* achieved dominance, which suggested that health constituted the freedom from physical disease. In the 20th-century social sciences gained momentum, and two additional dimensions, *the social and the psychological* were introduced. A new model, the bio-psycho-social model, was proposed. Its widely-known health concept by WHO (1946) is the following: *"Health is the state of complex physical, mental and social well-being, not merely the absence of disease or infirmity."* The multidimensional



approach had to develop necessarily, as the state-based interpretation was found to be insufficient: it described health as a kind of condition, a kind of goal to be achieved by individuals. Consequently, WHO has refined its earlier concept in 1984: “*The concept of health describes to what extent an individual or a group can realise their aspirations, satisfy their needs, alter their environment or cope with it. Health is a resource for everyday life, not the object of living*” (WHO, 1984).

Finally, the complex interpretation of the health concept, i.e. the integration of multidimensional states, processes and resources has gained ground in the 21st century. On that basis “*health is a state characterized by anatomical integrity, the ability to perform; personal values, family, working environment and community roles, the ability to cope with physical, biological and social stress, the feeling of wellbeing, the absence of disease or premature death risks*” (TRINGER, 2002). A significant shift in the interpretation of the health concept has taken place since the beginning of the 20. century; however, the degree to which consumers are familiar with and the extent to which they adopt complementary viewpoints, are in question (SZABÓ, 2016).

2.2. Health behaviour and health market

Health behaviour is the totality of health-related forms of behaviour concerning the constructs of a healthy lifestyle that are attributable to a particular behaviour based on individual needs as a result of health motivations. BAUM et al. (1997) state that *health behaviour consists of all behaviour forms that affect our health, as long as we are healthy*. Others (HARRIS and GUTEN, 1979) suggest that *health behaviour covers all activities performed by people to protect, promote or sustain their health independently of their perceived health status and the objectivity of the judgement whether their behaviour is effective or not*. Health-related behaviour is not merely a personal effort, and it can also be considered as a good practice for self-regulation (AJZEN, 2002; SCHÄFFER-DUDÁS, 2008). HARRIS and GUTEN (1979) reveal the following critical elements of health-related behaviour (Figure 1.).

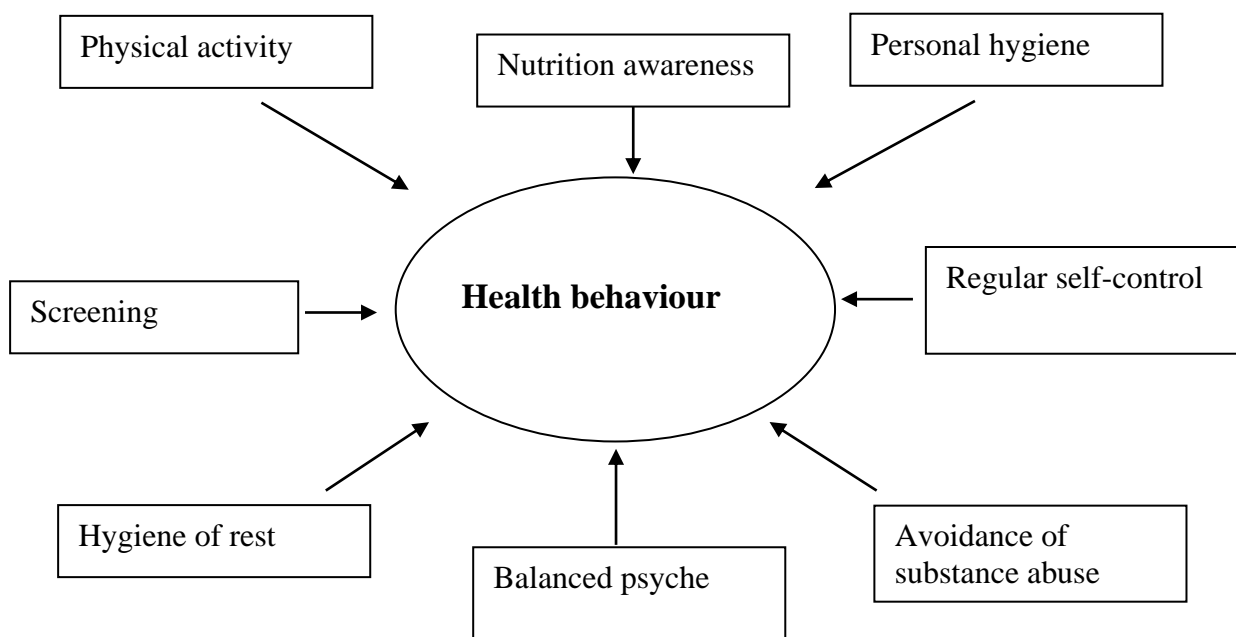


Figure 1: Constructs of health behaviour

Source: HARRIS and GUTEN, 1979.



A similar context is mentioned by BIRÓ (2008), who breaks down the factors influencing optimal health in six groups: healthy diet, regular physical activity, social activity, rest, sleep and cognitive activity.

From a marketing point of view, *the significance of health-related behaviour is only measurable by the health spending of the population, revenues from sold products and services, and the profit* (SZABÓ, 2016). Consumer purchasing decisions are made on the health market; therefore the interpretation of the concept contributes to a better understanding of the areas of health awareness. As a first step, SZÁNTÓ (2008) divided the health market into two parts: markets of health protection or disease prevention, and health recovery or treatment. Potential consumers who emerge in the market of health protection seek to safeguard their health, prevent diseases and are willing and able to carry out market transactions to that effect. Conversely, the health recovery market is represented by those potential consumers who would like to restore their health, i.e. they seek recovery and are willing and able to carry out market transactions to that effect. He investigates the related products and services in his health market model on a two-dimensional basis (SZÁNTÓ, 2008).

2.3. Nutrition awareness, functional food and nutrition marketing

The past decades witnessed the massive spread of chronic diseases in developed and increasingly in less developed countries alike. The diseases of civilisation involve overweight and obesity, which entail potentially chronic, non-communicable diseases. These *include cardiovascular diseases, malignant tumours and last but not least, diabetes and its complications*. The situation is exacerbated by the fact that osteoporosis, referred to as “the mute epidemic”, spreading rapidly among women to date, affects men increasingly (RAPPAPORT, 2016). Naturally, in addition to several other factors, unhealthy (imbalanced) nutrition plays a significant role in the development of chronic, non-communicable diseases (BIRÓ, 2008; RAYNOR and CHAMPAGNE, 2016)

In the last 25 years food products of which consumption is suitable to compensate vitamin and mineral deficiencies caused by an imbalance in diets, restore the energy balance, sustain health and well-being and prevent specific diseases, have become increasingly popular all over the world (KRAUS, 2015). Denominations for such food products of health value show great diversity, but the literature *uses the term functional food most frequently*. The concept of functional food was formulated in the 1990s, and the English translations are healthy food, designer food, pharmafood, nutraceutical, functional food (VICENTINI et al., 2016).

So-called *nutrition marketing activities play a pivotal role in the marketability of functional food* (SZAKÁLY, 2011). Based on the philosophical concept of nutrition marketing, pre-existing conditions are not to be combated; instead, marketing strategies should focus on the sustenance of good health and the prevention of diseases.

3. Material and method

Over the past 20 years *the authors conducted several national representative questionnaire surveys and focus group interviews* assisted by their staff, and their primary goal was to investigate the health behaviour, nutritional habits and healthy lifestyle awareness of the Hungarian population. The present study discusses the selected findings of our consumer researches.

To achieve the research objectives, *questionnaire surveys were developed for mostly 1000 respondents and occasionally for 500 consumers*. During the sampling, representativeness could



already be taken as given in specific regions; therefore their structure fully complied with the quota established in advance by KSH (Central Statistical Office) (quota sampling). In specific regions, the settlements were chosen by lot (*simple random sampling*). We used the process of *random walk* in the selected localities, and thus the appropriate respondents were selected entirely randomly. The next step was to choose the appropriate person for the interview out of the residents of the visited household by the so-called “*birthday key*” method.

As random sampling could not ensure representativeness in relation to the sample and the population, *multidimensional weight factors were used* to correct the samples in terms of gender and age. Following the correction, the samples reflected the composition of the population in each case on the basis of four factors (region, type of settlement, gender and age). In the presentation of the results, I precisely refer to the item number and the date on which the surveys were carried out.

We prepared *moderator guides for focus group investigations*, which were suitable to analyse consumer preferences. We ensured that group discussions should not exceed the envisaged one and a half hours in any case. The groups included 8-8 persons in each case, screened by a questionnaire developed in advance. Another condition of becoming a group member was that the invited persons had to be strangers and could have no knowledge about each other’s habits. In each case group discussions were managed by a professional moderator, an expert in both marketing and group dynamics. Research results were recorded, and thus we performed an in-depth analysis of group discussions.

4. Results

4.1. Analysis to explore the health interpretations of Hungarian consumers

An explanatory research conducted in 2012 interviewed consumers about *their interpretation of the concept of health* (SZAKÁLY, 2012). Their responses revealed a double level: on the one hand, the interviewees pointed out the lack of diseases (bio-medical approach), on the other hand, the constructs of a more complex bio-psycho-social model took centre stage. Subsequently, focus group investigations were used to analyze customers’ knowledge of health dimensions (SZABÓ, 2016), then the qualitative results were summarized and on this basis an *eight-dimension dimension of health* was constructed and then tested on a five-grade scale in the quantitative phase of our research (SZAKÁLY et al., 2013). Research findings are summarised in *Table 1*.



Table 1: The eight dimensions of health

| Dimensions | Statistical indicator | | |
|--|-----------------------|--------------------|-----------------------------|
| | Mean | Standard deviation | Coefficient of variation, % |
| Physical condition | 4.62 | 0.690 | 14.9 |
| Good mental health | 4.58 | 0.704 | 15.4 |
| Mental clarity, active thinking | 4.54 | 0.740 | 16.3 |
| Emotional condition | 4.50 | 0.788 | 17.5 |
| Natural environment (e.g. ambient air, living environment) | 4.32 | 0.869 | 20.1 |
| Family and friendly relations | 4.31 | 0.930 | 21.6 |
| Infrastructure (good transport facilities, access to hospitals, schools) | 3.98 | 1.052 | 26.4 |
| Religion, spirituality | 3.48 | 1.443 | 41.5 |

To what extent do you think the following factors contribute to general good health? (1 – completely disagree, 5 – agree entirely) N=1000; *Source: SZABÓ, 2016.*

The findings reveal that the physical, spiritual and intellectual dimensions are accepted mostly by the Hungarian population with relatively low standard deviation and relative standard deviation scores. It can also be concluded that consumers' health interpretation goes well beyond the classical bio-medical approach, i.e. the multidimensional interpretation of health is gaining increasing ground.

The adjacent variables were analysed in a paired comparison to explore whether the mean values showed a significant difference (at $p=0.05$ probability level), i.e. whether consumers find physical health more important than spiritual or intellectual health and so on. The four significant differences found in the eight dimensions break down the factors into five levels of significance (Figure 2.). Physical and mental health ($p=0.055$) are the most essential, followed by thinking and emotional life ($p=0.074$), dimensions beyond the individual such as natural and social environment ($p=0.732$), man-built environment ($p=0.000$) and the transcendental dimension ($p=0.000$).

In conclusion, the findings suggest that *multidimensional thinking is distinguishable with regard to knowledge*, and although the physical dimension remains a priority issue, it does not deviate to any significant extent from the importance of mental health.

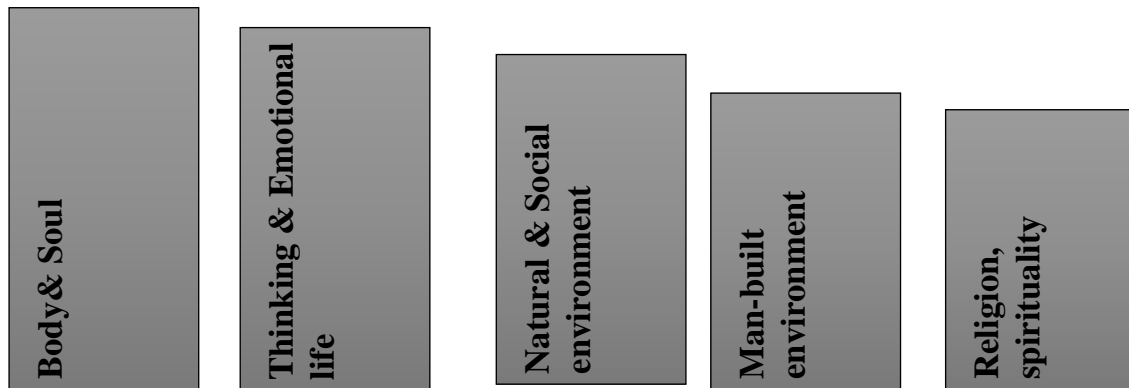


Figure 2: The health interpretation model of the Hungarian population

Source: SZABÓ, 2016.

4.2. Health behaviour study of the Hungarian population

Subjective perception of health

It is an internationally accepted fact that *health perceptions are not closely related to the actual health status (established by medical evidence)*, since self-assessment is significantly affected by social, economic and cultural factors, i.e. social layer, qualifications, job, income, residence (urban/rural) and various other factors.

GKF Hungary survey findings suggest that *the subjective health perceptions of Hungarian population showed a deterioration in 2004-2011* (BERNÁT, 2012); and Eurostat database results reveal that a positive trend is emerging as of 2012 which is substantiated by our 2013 data (Table 2.).

Table 2: Hungarian citizens' self-assessment of their general health status

| Response categories | Distributions of responses | |
|---------------------|----------------------------|------|
| | N | % |
| Excellent | 113 | 11.3 |
| Good | 526 | 52.6 |
| Medium | 289 | 28.9 |
| Bad | 58 | 5.8 |
| Very bad | 13 | 1.3 |
| “Do not know.” | 1 | 0.1 |

Source: SZAKÁLY et al., 2013).

All in all, how do you evaluate your health? N=1000

The table demonstrates that the Hungarian population as a whole is satisfied with its health status, “excellent” and “good” answers scored almost 65%.

The following part of our paper considers it essential to get *a good understanding of the health status of the respondents based on their self-assessment* by investigating the prevalence of various chronic diseases (SZAKÁLY et al., 2014). The results obtained are demonstrated in Table 3.



Table 3: The rate of patients affected by various chronic illnesses based on self-assessment

| Chronic illness | Distributions of responses, % | | |
|------------------------------|-------------------------------|--------------|----------------|
| | Affected | Not affected | “Do not know.” |
| High blood pressure | 27.8 | 72.0 | 0.2 |
| Obesity, overweight | 24.6 | 75.2 | 0.2 |
| Gastro-intestinal complaints | 20.0 | 79.8 | 0.2 |
| Chronic stress | 17.2 | 82.4 | 0.4 |
| Cardio-vascular disease | 16.6 | 83.0 | 0.4 |
| High cholesterol level | 16.2 | 83.0 | 0.8 |
| Diabetes | 13.6 | 86.0 | 0.4 |
| Fragile immune system | 12.8 | 87.2 | - |
| Osteoporosis | 12.6 | 86.2 | 1.2 |
| Tumour | 9.2 | 90.4 | 0.4 |

Source: SZAKÁLY et al., 2014. N=500

Most respondents suffered from high blood pressure followed by overweight, obesity and gastrointestinal complaints. The fact that chronic stress, caused by mental health problems, ranked fourth is a significant indication.

Our findings suggest that *the perception of self-assessed health status can differ significantly from the realistic situation verified by statistical data is demonstrable for Hungary*. Whereas respondents' self-assessed health can be considered fairly good; objective statistical data reflect a particularly poor health status (WHO, 2016). We used the term “health gap” for the difference between objective and subjective (self-rated) health status. The difference represents the possibility that the respondents are not aware of their actual health status, they deliberately conceal their existing diseases or ignore them.

The gap between recognition and action

However, the health gap observed in the Hungarian population has serious consequences. A person who is extremely satisfied with his/her health can also ask the following question: *“If I am in good health, why should I do anything?”* It may be the reason behind the marked difference between the significance and frequency of doing physical exercises (SZAKÁLY et al., 2012). *Table 4.* presents the related data.



Table 4: The gap between significance (recognition) and frequency (action)

| Health-enhancing activity | Performance of health-enhancing activity | | The gap between significance and frequency, % |
|--------------------------------------|--|----------------------------|---|
| | significance ¹ , % | frequency ² , % | |
| Satisfactory fluid intake | 92.7 | 80.5 | 12.2 |
| Vegetable and fruit consumption | 90.9 | 64.4 | 26.5 |
| Required amount of sleep | 89.7 | 56.7 | 33.0 |
| Physical activity | 88.7 | 32.7 | 56.0 |
| Stress avoidance | 88.3 | 37.4 | 50.9 |
| Consumption of natural food | 73.5 | 31.8 | 41.7 |
| Recreation, relaxation | 71.9 | 17.4 | 54.5 |
| Social life | 61.7 | 15.4 | 46.3 |
| Consumption of health-enhancing food | 53.3 | 13.7 | 39.6 |
| Use of alternative treatments | 29.8 | 11.2 | 18.6 |
| Consumption of dietary supplements | 29.8 | 9.7 | 20.1 |
| Faith, prayers | 19.6 | 5.6 | 9.9 |
| Meditation | 17.7 | 6.9 | 10.8 |
| Yoga | 14.2 | 4.1 | 10.1 |

¹ Total percentage of “very important” and “important” responses.

² Total percentage of “every day” and “3 or 4 times a week” responses.

Source: SZAKÁLY et al., 2012). N=1000

The results show that a particular part of the population has recognised the significance of activities affecting their health, but putting them into practice takes more or less time. Effective health promotion activities include a sufficient amount of fluid intake, vegetable and fruit consumption, the required quantity of sleep, physical activities and avoiding stressful situations. Despite this, merely the frequency of daily fluid intake is of high (80.5%) standard, and the gap between recognition and action is only 12%. It seems continuously more common that fruits and vegetables arrive on the tables of consumers, the 26.5% difference between the two values can be considered insignificant. A similar situation exists in the case of the required quantity of sleep, although the gap is to be reduced further. It appears that the major distinction is between the factors of mental health; the need for recreation and avoiding stressful situations has already been recognised, but the realisation of these activities is measurably behind (50-55%). In the order of preference, the social dimension of health (social life) is in the mid-range; however, merely 15% of the respondents were active from this point of view. There is some cause for debate over nutrition awareness: the consumption frequency of healthy food is under 15%, and the gap between significance and activity is almost 40%. “Faith and spirituality” were in the last place with low significance and activity frequency.

The resultant data were also confirmed by our previous focus group examinations (SZAKÁLY, 2011). The participants were highly interested in healthy lifestyle choices (70-80%), but “only” 30-55 % of them moved from theory to action, i.e. there is a real gap between recognition and action. One of the reasons for this difference is the lack of time: “I think a



healthy lifestyle and the frenetic pace of life are incompatible”. Others mention the lack of willpower; they thought that few people were willing to make sacrifices to promote their health, they usually regard comfort much more important than conscious efforts. One of the respondents illustrates the above mentioned: “consciousness requires energy and sacrifices, defeating ourselves is the most difficult in life”.

4.3. Behaviour change in nutrition awareness

In the light of the foregoing, action (long-lasting behaviour change) occurs in so far as the individual achieves a specific level of consciousness. *A person is considered “conscious” if he/she is capable of constructing a complex model and acts upon it as necessary.* SCHÄFFER-DUDÁS (2008) propose that consciousness consists of two main strands. Certain areas are connected to individual self-interest, whereas others focus on the interests of others. *Consciousness driven by self-interest* covers the following constructs: quality, price, brand and value; awareness of consumer rights, conscious management of financial transactions, health- and nutrition awareness. These dimensions are the parts of empowered consumption. The range of consciousness taking into account the interests of others includes environmental and social consciousness, sustainable consumption and voluntary simplicity.

The question arises, in which stage of behaviour change the Hungarian population is, with regard to the specific dimensions of health behaviour. We used The *Transtheoretical Model* to give consideration to the stage of consumers’ transition to healthy diets (SZAKÁLY et al., 2014), i.e. the number of people who reached the level of action and maintenance.

Before the detailed description of the results we will give a short introduction to the model. The Transtheoretical Model (TTM) is based on the hypothesis that individuals’ readiness to act on a new healthier behaviour can be broken down into phases and intervention is at its best if the characteristic features of a given stage are taken into consideration (RUGGIERO, 2000). The Transtheoretical Model (TTM) describes how people address their problematic habits and how they strive to adopt positive behaviour. The Transtheoretical Model divides human behavioural change into five stages (PROCHASKA et al., 1994): *Precontemplation, Contemplation, Preparation, Action and Maintenance*. Readiness or resistance to take action gives a clear picture of the behaviour of a specific community: its consciousness and determination to facilitate changes or its irrationality and risk behaviour. To get a better interpretation of data mention must be made that here we refer to consumer perception of healthy diets independently of the fact to what extent the given way of nutrition can be regarded appropriate from the viewpoint of nutritional science. Research findings are summarised in Table 5.



Table 5: Stages of behaviour change in nutrition awareness

| Response category | Distributions of responses | |
|--|----------------------------|------|
| | N | % |
| I do not intend to change my old habits to an allegedly healthier diet. (Precontemplation) | 240 | 48.0 |
| I feel the need to change to a diet considered healthier in my interpretation. (Contemplation) | 113 | 22.6 |
| In the coming one month, I will take steps to change to a diet considered better in my interpretation. (Preparation) | 35 | 7.0 |
| I changed to a healthier diet in the past six months. (Action) | 25 | 5.0 |
| I have been following a healthier diet for more than six months, the chance of relapse (return to my old habits) is minimal. (Maintenance) | 87 | 17.4 |

Source: SZAKÁLY et al., 2014. N=500

The results suggest that 48.0% of the Hungarian population will not adopt a lifestyle deemed better in the coming six months. Precontemplators place very little emphasis on behavioural development, as they are unmotivated by health campaigns and unaware of the consequences of their inactivity. 22.6% of the respondents see real incentive to change from old to a more conscious nutritional habit. The literature mentions people in this group as Contemplators, who have a propensity to weigh the costs and benefits of changing. The rate of the two least active groups is 70.6%, which is extremely high. Merely 7.0% of consumers are ready to take action in the coming six months (Preparators), whereas an additional 5.0% have already adopted a healthier diet (in their interpretation). It is comforting to note that nearly one-fifth of the Hungarian population (17.4%) has made modifications in their lifestyles for more than six months, and the rate of relapse was minimal (Maintenance). Changes gradually become regular and commonplace for this group, and its members do not rely on constant reinforcement by their social environment.

The summary of the results presented above highlight the following correlations: *The self-rated health status of nearly 65% of the population can be considered good*, which, given the objective situation, indicates an overly optimistic opinion. 27.8 % of the population is affected by high blood pressure, an additional 24.6% are overweight or obese, 20.0% suffer from gastrointestinal diseases, and this presupposes confidence from the population. In contrast, merely 22.4% of consumers have moved to in stages of Action or Maintenance, but 77.6% refuse to take action and 48.0% of them do not intend to change their nutritional habits at all.

These findings raise the possibility that *the significant percentage of the population fails to take action because they are not aware of their real health status and they do not intend or refuse to modify their established dietary habits, lacking the appropriate knowledge and motivation.*



4.4. Factors enhancing lifestyle changes

As shown above, the question arises *what kind of factors are needed for the respondents to change to healthier lifestyles (in their interpretation) in a greater proportion, i.e. to modify their behaviour in a sustainable way* (Table 6.).

Table 6: Evaluation of factors enhancing lifestyle changes

| Factor | Statistical indicator | | |
|--------------------------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------------|
| | Mean | Standard deviation | Coefficient of variation, % |
| Money, material resource | 4.32 | 1.006 | 23.28 |
| Balance, good mental health | 3.87 | 1.238 | 31.99 |
| Motivation, willpower | 3.73 | 1.293 | 34.66 |
| Support from family, friends | 3.61 | 1.260 | 34.90 |
| More free time | 3.54 | 1.475 | 41.67 |
| Organisation skills, better planning | 3.50 | 1.242 | 35.48 |

To what extent would you need the following factors to living a healthier life? (1 – completely disagree, 5 – agree entirely) N=1000

Source: SZAKÁLY et al., 2013).

The findings suggest that money-related factors would enhance lifestyle changes to the greatest extent, followed by balance, the required motivation and willpower with the same average value. Support from family and friends, more free time and better planning scored roughly equally.

On the basis of average values, the adjacent variables were analysed in a paired comparison to explore whether the mean values showed a significant difference, i.e. whether consumers find physical health more important than spiritual or intellectual health etc.(SZABÓ, 2016). The respondents found material resources significantly more important ($p=0.001$) than balance and good mental health ($p=0,000$), followed distantly by motivation, willpower ($p=0,001$), and then support by family and friends ($p=0.001$). Social support and more free time are similarly important ($p=0.213$), but organisation skills are less significant than family support ($p=0.002$) and more free time got similar scores to organisation skills. ($p=0.348$).

Our research (Wilconson Sign Test) *findings are suitable to establish the hierarchy of Hungarian consumers' needs (Figure 3.) regarding changing lifestyles*. Material resources top the hierarchy, followed by good mental health with a significant difference and then by motivation and willpower. Provided the interpersonal data are in place, the respondents find the provision of social support beneficial and consider the modification of external factors such as more free time or more effective time management less important.

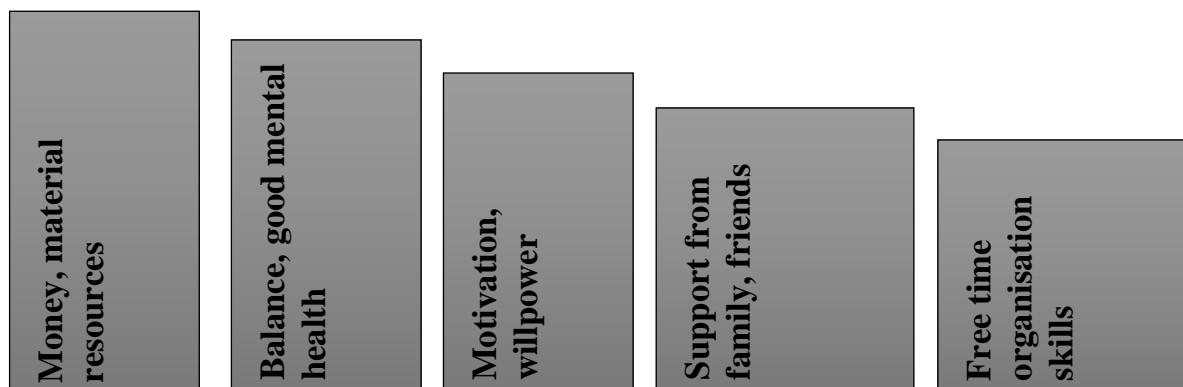


Figure 3: The hierarchy of Hungarian consumers' needs in terms of changing lifestyles
Source: SZABÓ, 2016

Our focus group examinations (SZAKÁLY, 2011) have revealed that social pressure can be the core element in removing constraints. Family and friends exert a great influence on the individual's lifestyle, respondents might be ready to act under pressure from them. Others, however, modify their current habits merely on the basis of their own experience. Some of the respondents mentioned the roles of nutrition experts, although they can get in touch with them only rarely. The family doctor plays the fourth most influential role. Patients believe what family doctors tell them, follow their guidance and consider the GP a legitimate person. Nevertheless, the people listed above do not exercise a crucial effect on lifestyle changes, what they say is rather "food for thought".

5. Conclusions and recommendations

It can be concluded that *the Hungarian population's health interpretation goes well beyond the classical bio-medical approach*, i.e. the multidimensional interpretation of health is gaining increasing ground. The eight dimensions obtained in the qualitative examination (physical condition, state of mind, mental clarity, emotional life, natural environment, family and friendly relations, infrastructure, spirituality) can be broken down into five levels of significance and duly reflect the health concept of the Hungarian population. The five baseline dimensions (WHO, 1946) have taken on *eight additional dimensions* - natural environment, infrastructure and spirituality - by way of spontaneous statements. The novelty of the model is underlined by the fact that the eight dimensions we identified appeared in no other models.

Although on the level of information and interpretation the population has started to think of health issues in an increasingly complex way, *it has not been verified by objective health status indicators*. It is confirmed by the fact that respondents' self-assessed health can be considered fairly good, whereas objective statistical data reflect their particularly poor health status (WHO, 2016). The frequent occurrence of obesity is a good example for this: 60.9 % of men and exactly 50.0% of women are overweight or obese in our country (KSH-ELEF, 2009), whereas merely 24.6% identify their conditions on a self-assessment basis. Regarding mortalities caused by malignant tumours Hungary ranks first, and the number of mortalities per one hundred thousand inhabitants is up to double the rate of the country (Cyprus) in the best position (WHO, 2014).

In most cases, *there is a powerful difference between the significance and the occurrence of performing certain health-enhancing activities*. It means that just like in the case of the



multidimensional interpretation of health we are more or less aware of what we should do to preserve our health, but we fail to act accordingly. Consequently, the direct and indirect risks of inactivity should be communicated to the population.

Data collection by KSH (Central Statistical Office) in 2014 revealed that 81% of the respondents thought that the solution to health maintenance would be a transition to a health-conscious lifestyle. However, health behaviour indicators show no improvement (KSH, 2015; SZABÓ, 2016). *According to The Transtheoretical Model (TTM) of Behaviour Change, 48% of the respondents do not intend to change their current nutrition habits, i.e. the behaviour of about half of the population is closed-minded or explicitly passive. It draws attention to the differentiated application of programs supporting the transformation of our lifestyle and nutrition behaviour.*

Consumers consider *the existence of material resources to be the most essential element of the transition to a healthier lifestyle*, in our case more conscious nutrition, followed by good mental health and motivation. High-level stress and the lack of material security have a double impact on health, i.e. not merely by contributing to the onset of physical diseases, but by hampering transition to a healthy lifestyle. The latest results of Hungarostudy research published by the Institute of Behavioral Sciences of Semmelweis University (SUSÁNSZKI and SZÁNTÓ, 2013) demonstrate that health and happiness continue to top the list of values for Hungarians, suggesting that the situation is paradoxical again.

To summarize, *the adoption of healthier lifestyles within the population is to be supported in any event*, taking into consideration the external (motivating and hindering) circumstances (objective factors) and needs (subjective factors).

Acknowledgement

The publication is supported by the EFOP-3.6.2-16-2017-00003 project. The project is co-financed by the European Union and the European Social Fund.

References

- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x>
- Ayers, R. U. (1996): Statistical measures of unsustainability. *Ecological Economics*. 16 (3) 239–255. [https://doi.org/10.1016/0921-8009\(95\)00091-7](https://doi.org/10.1016/0921-8009(95)00091-7)
- Allianz Global Investors (2010): The sixth Kondratieff – long waves of prosperity. *Analysis & Trends*, Frankfurt, 1–26.
- Barnett, M. L. – Darnall, N. – Husted, B. W. (2015): Sustainable strategy in constrained economic times. *Long Range Planning*. 48 (2) 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2014.07.001>
- Baum, A. – Krantz, D. S. – Gatchel, R. J. (1997): *An introduction to health psychology*. McGraw-Hill, New York.
- Bernát A. (2012): Hazai egészséggazdaság. „Marketing, public relations és reklám az egészségügyben” XV. Országos Konferencia. Budapest, 2012. február 16-17.
- Biró Gy. (2008): A hazai zsiradékfogyasztás változásának közegészségügyi hatásai. *Élelmezési Ipar*. 62 (5) 137–141.
- Bosselmann, K. (2008): *The principle of sustainability: Transforming law and governance*. Farnham, Ashgate, 1–242.



- Dudás K. (2015): Az egészségtudatos vásárlói magatartás jellemzői – szakirodalmi összefoglalás. Tanulmányok a TÁMOP-4.2.2.D-15/1/KONV-2015-0009 – „E-health fejlesztéseket megalapozó kardiológiai, diagnosztikai, genetikai kutatások ösztönzése a Pécsi Tudományegyetemen” projekt keretében. Pécsi Tudományegyetem, 1–35.
- Eurostat (2014): Adatbázisok
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database_online (2014. április 10.)
- Harris, D. M. – Guten, S. (1979): Health protecting behaviour: an exploratory study. *Journal of Health and Social Behaviour*. 20 17–29. <http://dx.doi.org/10.2307/2136475>
- Gyulai I. (2012): A fenntartható fejlődés. Ökológiai Intézet a Fenntartható Fejlődésért Alapítvány. 1–105.
- Hodas, D. (1995): The climate change convention and evolving legal models of sustainable development. *Pace Environmental Law Review*. 13 (1) 75–96.
<https://ssrn.com/abstract=2146819>
- Horx, M. (2000): Konsument 2010. Zukunftsinstitut, Bonn, 3–10.
- Jakopánecz E. – Törőcsik M. (2015): Az egészség megatrendje: A kardiovaszkuláris betegek mai képe – trendtanulmány. Tanulmányok a TÁMOP-4.2.2.D-15/1/KONV-2015-0009 – „E-health fejlesztéseket megalapozó kardiológiai, diagnosztikai, genetikai kutatások ösztönzése a Pécsi Tudományegyetemen” projekt keretében. Pécsi Tudományegyetem, 1–35.
- Kondratyev, N. D. (1980): A gazdasági fejlődés hosszú hullámai. *Történelmi Szemle*. 23 (2) 241–269.
- KPGM (2014): Future state 2030: The global megatrends shaping governments. PPGM International, 1–73.
- Kraus, A. (2015): Development of functional food with the participation of the consumer. Motivators for consumption of functional products. *International Journal of Consumer Studies*. 41 (1) 2–11. <https://doi.org/10.1111/ijcs.12144>
- KSH (2009): Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF). *Statisztikai tükör*. 4 (50) 1–7.
- KSH (2015): Magyarország, 2014. Budapest.
- KSH (2016): Népesedési Világnap. *Statisztikai Tükör*, 1–7.
- Mühlhausen, C. (2001): Future health. Zukunftsinstitut, Bonn, 5–27.
- Nefiodow, L. A. (1999): Langfristiger Megamarkt. *Der 6. Kondratieff. Absatzwirtschaft*. 42 (4) S. 32–37.
- 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.
- Rappaport, S. M. (2016): Genetic factors are not the major causes of chronic diseases. *PLoS ONE* 11 (4) 1–9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154387>
- Raynor, H. A. – Champagne, C. M. (2016): Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: interventions for the treatment of overweight and obesity in adults. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 116 (1) 129–147. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2015.10.031>
- Ruggiero, L. (2000): Helping people with diabetes change behavior: from theory to practice. *Diabetes Spectrum*. 13 (3) 125
- Schäffer-Dudás K. (2008): A környezettudatosság többszintű értelmezése és a fogyasztói környezettudatosság vizsgálata. Doktori értekezés, Pécs, 1–247.
- Szabó S. (2016): Egészségorientált táplálkozási szokások és a fogyasztói magatartás kapcsolata. Doktori értekezés, Kaposvári Egyetem, Kaposvár, 1–196.



- Szakály Z. (2012): Egészségmagatartás és tudatos táplálkozás. VIII. Táplálkozásmarketing Konferencia, Zamárdi, 2012. május 24.
- Szakály Z. (2011): Táplálkozásmarketing. Mezőgazda Kiadó, Budapest, 1–216.
- Szakály Z. – Szente V. – Szigeti O. (2013): Élelmiszer, táplálkozás és egészség, 2013. Országos reprezentatív kérdőíves megkérdezés, Kaposvári Egyetem, Kaposvár.
- Szakály Z. – Szente V. – Szigeti O. (2012): Funkcionális élelmiszerek, 2014. Országos reprezentatív kérdőíves megkérdezés, Kaposvári Egyetem, Kaposvár.
- Szakály Z. – Soós M. – Polereczki Zs. (2014): Egészséges táplálkozás felmérés, 2014. Országos reprezentatív kérdőíves megkérdezés, Debreceni Egyetem, Debrecen.
- Szántó (2008): Egészségpiac és egészségtudatosság – vásárlói döntést befolyásoló tényezők marketing szemléletű vizsgálata. Doktori Értekezés, Miskolci Egyetem, Miskolc, 1–155.
- Tringer L. (2002): A mentális betegségek megelőzésének és ellátásának korszerű szemlélete. Orvostovábbképző Szemle. 9 (1) 12–21.
- Vicentini, A. – Liberatore, L. – Mastrocola, D. (2016): Functional foods: Trends and development of the global market. Italian Journal of Food Science. 28 (2) 338–351.
- WHO (1946): Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York, 1946. június 19-22.
- WHO (1984): Discussion Document on the Concept and Principles of Health Promotion. Koppenhága, 1984. július 9-13.
- WHO (2014): World Health Statistics 2014. WHO Press, Geneva.
- WHO (2016): World Health Statistics 2016. WHO Press, Geneva.



Az integrált viselkedéses modell alkalmazása az egészségmagatartás előrejelzésére és befolyásolására

KISS MARIETTA

*PhD, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
kiss.marietta@econ.unideb.hu*

FEHÉR ANDRÁS

*PhD, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
feher.andras@econ.unideb.hu*

KONTOR ENIKŐ

*PhD, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
kontor.eniko@econ.unideb.hu*

Absztrakt

Számos elmélet található a hazai és nemzetközi szakirodalomban, melyek az egészségmagatartás különböző formáit igyekeznek magyarázni. Ezek egyik körét jelentik a kognitív magatartási elméletek, többek között a szándékolt és a tervezett cselekvés elmélete, a társadalmi kognitív elmélet, az interperszonális viselkedés elmélete és az egészséghiedelem modell. Az e kognitív magatartási modellek integrálásával létrejött integrált viselkedéses modell eredményesnek bizonyult bizonyos egészségmagatartás-formák magyarázatában, előrejelzésében és a viselkedésváltozást célzó programok megalapozásában is, mégsem terjedt el széles körben a használata, különösen a hazai szakirodalomban. Jelen tanulmány célja ezért felhívni a hazai kutatók figyelmét erre a méltatlanul mellőzött modellre, elméleti áttekintést adni a modell felépítéséről és használatának módjáról, valamint a modell alapján levonható következtetésekről, ezzel segítve a jövőbeli alkalmazását a hazai empirikus kutatásokban az egészségmagatartás területén.

Kulcsszavak: integrált viselkedéses modell, szándékolt cselekvés elmélete, tervezett cselekvés elmélete, egészségmagatartás



1. Bevezetés

Az egészségmagatartás fogalmának számos megközelítése létezik a szakirodalomban. BAUM et al. (1997) szerint minden olyan viselkedés ide tartozik, amely hatással lehet az egészségünkre, amíg egészségesek vagyunk. HARRIS és GUTEN (1979) szerint 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 két megnyilvánulási formája a kockázati vagy egészséggrizikó viselkedés (pl. dohányzás, egészségtelen táplálkozás), amit patogén magatartásnak tekintünk, illetve a preventív egészségmagatartás, amely viszont immunogén viselkedés (MATARAZZO, 1984).

Az egészségmagatartás magyarázatára számos elmélet, modell született a hazai és a nemzetközi szakirodalomban. Talán az egyik legújabb fejlemény a témában a több kognitív magatartási modellt is magába integráló integrált viselkedéses modell (Integrated Behavioral Model – IBM) megjelenése.

Az integrált viselkedéses modell a szakirodalomban talán legelterjedtebb kognitív magatartási modellekre épül, azaz alapjaiban elsősorban a szándékolt cselekvés elméletéhez (Theory of Reasoned Action – TRA) (FISHBEIN – AJZEN, 1975; AJZEN – FISHBEIN, 1980) és a tervezett cselekvés elméletéhez (Theory of Planned Behavior – TPB) (AJZEN – MADDEN, 1986; AJZEN – TIMKO, 1986; AJZEN – DRIVER, 1991) nyúlik vissza, másodsorban a társadalmi kognitív elmélet (Social Cognitive Theory – SCT) (BANDURA, 1977; 1986; 1991; 1994a; 1994b; 2006), az interperszonális viselkedés elmélete (Theory of Interpersonal Behavior – TIB) (Triandis, 1980) és az egészséghiedelem modell (Health Belief Model – HBM) (BECKER, 1974; ROSENSTOCK, 1974; JANZ – BECKER, 1984) eredményeit integrálja. Attól függően, hogy a szerzők mely elmélet mely elemét emelik be a modellbe, az integrált viselkedéses modell némileg eltérő formában (és eltérő elnevezésekkel) található meg a szakirodalomban.

Az IBM alkalmazása mindeddig nem terjedt el széles körben sem a nemzetközi, sem a hazai szakirodalomban, egyik formájában sem, annak ellenére, hogy a kutatások arról számolnak be, hogy az ajánlásaira épülő, viselkedésváltozást célzó programok jelentős magatartásváltozást értek el a célközönség körében (CDC, 1996; KAMB et al., 1996; 1998; WOLITSKI et al., 1999; RHODES et al., 2007).

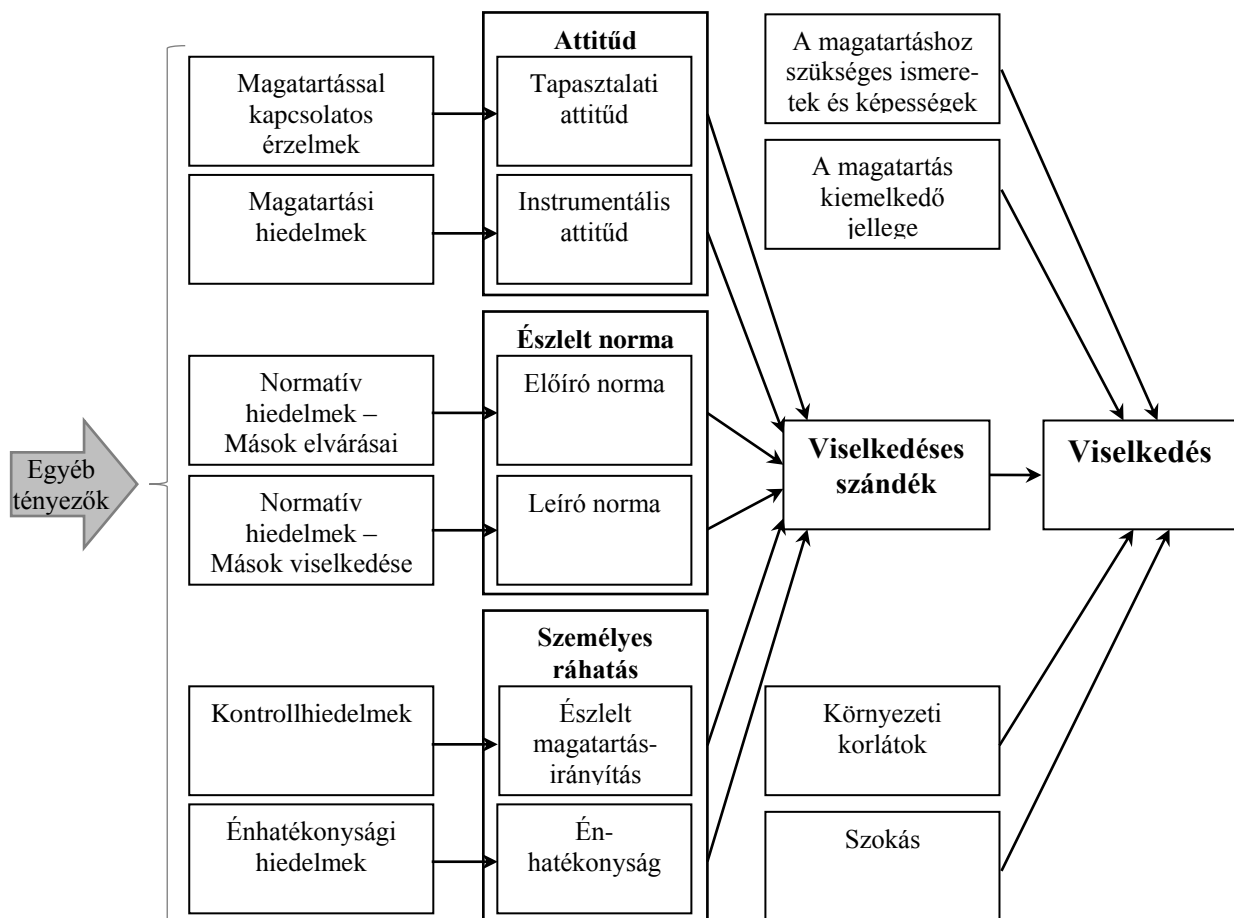
Az integrált viselkedéses modellre épülő eddigi empirikus kutatások döntő többsége (KASPRZYK et al., 1998; KENSKI et al., 2001; VON HAEFTEN et al., 2001; VON HAEFTEN – KENSKI, 2001; FISHBEIN et al., 2002; KASPRZYK – MONTAÑO, 2007; RHODES et al., 2007; MONTAÑO – KASPRZYK, 2008) az IBM-et az óvszerhasználati szándékot befolyásoló tényezők feltárására használta, a HIV és egyéb nemi betegségek megelőzésével összefüggésben. Emellett egy-egy kutatás a dohányzást (FISHBEIN – CAPPELLA, 2006) és a mértéktelen ivást (BRAUN, 2012) befolyásoló tényezőket vizsgálta a segítségével, egy pedig (DANTER, 2005) azt, hogy mi befolyásolja azt, hogy a tanárok mennyire hajlandóak alkalmazni a későbbiekben egy workshopon tanultakat. A tudomásunk szerinti egyetlen hazai empirikus kutatás (SZABÓ, 2016) az egészséges életmód követését befolyásoló tényezők feltárására használta a modellt.

Jelen tanulmány célja ezért, hogy a hazai szakirodalomban eddig méltatlanul mellőzött integrált viselkedéses modellre felhívja a kutatók figyelmét, illetve az, hogy ismertesse a modell alapjait annak érdekében, hogy elősegítse a jövőbeli alkalmazását a hazai empirikus kutatásokban az egészségmagatartás területén.

2. Az integrált viselkedéses modell elemei

Az integrált viselkedéses modell különböző kutatásokban megjelenő formái – számos eltérő vonásuk mellett – igen sok hasonlóságot mutatnak. A következőkben először a különböző tanulmányokban alkalmazott IBM modellek közös elemeit ismertetjük, majd utalunk a szakirodalomban fellelhető esetleges eltérésekre is.

A TRA/TPB-hez hasonlóan mindegyik, szakirodalomban fellelhető IBM azt feltételezi, hogy a magatartás (behavior) legjobb előrejelzője a viselkedéses szándék (behavioral intention), a viselkedéses szándékot pedig elsősorban a magatartással szembeni attitűd (attitude) és a szubjektív társadalmi normák (subjective norms), illetve az észlelt magatartásirányítás és/vagy énhatékonyság (perceived behavioral control / self-efficacy) befolyásolja (1. ábra) (KASPRZYK et al., 1998; KENSKI et al., 2001; VON HAEFTEN et al., 2001; VON HAEFTEN – KENSKI, 2001; FISHBEIN et al., 2002; FISHBEIN – CAPPELLA, 2006; KASPRZYK – MONTAÑO, 2007; RHODES et al., 2007; MONTAÑO – KASPRZYK, 2008; BRAUN, 2012; SZABÓ, 2016). A legtöbb integrált modell szerint a viselkedéses szándék e direkt befolyásoló tényezői mögött indirekt tényezők (hiedelmek) húzódnak meg, és ezek azok a tényezők, amelyek egy későbbi magatartásváltozást célzó beavatkozáshoz támpontot adhatnak (VON HAEFTEN et al., 2001; FISHBEIN – CAPPELLA, 2006), mivel ezek adnak magyarázatot arra, hogy egy egyén miért követi vagy miért nem követi az adott magatartást (BRAUN, 2012).



1. ábra: Az integrált viselkedéses modell (IBM)

Forrás: MONTAÑO – KASPRZYK (2008)



A modellt alkalmazó kutatásokban a viselkedéses szándék egyik előrejelzője az attitűd, amely az egyén átfogó pozitív vagy negatív érzése azzal kapcsolatban, hogy az adott magatartást kövesse. Minél inkább hisz az egyén abban, hogy a magatartás pozitív kimenettel jár (vagy megelőz bizonyos negatív kimeneteket), annál kedvezőbb lesz az attitűdje a magatartás irányában (FISHBEIN et al., 2002). A magatartás lehetséges következményeivel kapcsolatos hiedelmeket (behavioral beliefs) a magatartás lehetséges kimeneteinek értékelésével (outcome evaluation) súlyozva az attitűd indirekt mérőszámát kapjuk (KASPRZYK et al., 1998; FISHBEIN et al., 2002; MONTAÑO – KASPRZYK, 2008). Az attitűd ilyen, kognitív alapú értelmezése MONTAÑO – KASPRZYK (2008) modelljében instrumentális (instrumental) attitűd néven szerepel, ami mellett az attitűd egy másik felfogása is helyet kap a modelljében, mégpedig tapasztalati (experiential) vagy affektív attitűd (affect)¹ néven, ami a személy érzelmi válasza az adott magatartás követésének gondolatára (FISHBEIN, 2007). Azok ugyanis, akik erőteljes pozitív érzelmekkel viseltetnek a magatartás irányában, nagyobb valószínűséggel követik majd azt és fordítva. Érdemes megjegyezni, hogy MONTAÑO – KASPRZYK (2008) tanulmányában a kimenetek értékelése nem része az elméleti modellnek (ld. 1. ábra), ugyanis több kutatás is feltárta, hogy a különböző egészségmagatartások esetén a kimenetek értékelése általában viszonylag homogén, az emberek nem mutatnak nagy eltéréseket (FISHBEIN et al., 2001; VON HAEFTEN et al., 2001; VON HAEFTEN – KENSKI, 2001; KASPRZYK – MONTAÑO, 2007). Azonban abban az esetben, ha az értékelések mégis nagy varianciát mutatnának, bele kell foglalni ezt a tényezőt is a modellbe (MONTAÑO – KASPRZYK, 2008).

A viselkedéses szándék második direkt befolyásolója a társadalmi támogatás (normatív komponens) (KASPRZYK et al., 1998). Az attitűdhez hasonlóan a modell a viselkedéses szándékot közvetlenül befolyásoló szubjektív norma (subjective norm) mögöttes tényezőit is tartalmazza, melyek az egyén normatív hiedelmei (normative beliefs) arra vonatkozóan, hogy a számára fontos referenciaszemélyek FISHBEIN – AJZEN (1975) alapján családtag, barát, az egyén párja vagy bárki, aki fontos az egyén számára) támogatják-e vagy sem az adott magatartást, súlyozva az egyén azon motivációjával, hogy megfeleljen e referenciaszemélyeknek (motivation to comply). Ha az egyén úgy hiszi, hogy számára fontos referenciaszemélyek szerint követnie kellene egy bizonyos magatartást, és szeretne megfelelni e referenciaszemélyek elvárásainak, pozitív szubjektív normával fog rendelkezni, és nagyobb valószínűséggel követi az adott magatartást, és fordítva (FISHBEIN et al., 2002; MONTAÑO – KASPRZYK, 2008). Ha azonban a számára fontos referenciaszemélyeknek nem akar megfelelni, semleges szubjektív normát fog mutatni (MONTAÑO – KASPRZYK, 2008). A szubjektív norma ezen előíró (injunctive) felfogása azonban FISHBEIN (2007) szerint nem feltétlenül ragadja meg a normatív befolyás egészét. Annak fontos részét képezi ugyanis az egyén észlelése arra vonatkozóan is, hogy mások az egyén kapcsolati hálójában mit tesznek. Ez a tényező leíró (descriptive) norma néven került be MONTAÑO – KASPRZYK (2008) IBM-jébe. Azt mondhatjuk tehát, hogy annál nagyobb a valószínűsége, hogy az egyén egy adott magatartást fog követni, minél inkább úgy hiszi, hogy a referenciaszemélyek szerint követnie kellene a magatartást, minél inkább meg akar felelni nekik, és a referenciaszemélyek minél inkább maguk is folytatják a magatartást (FISHBEIN – CAPPELLA, 2006; BRAUN, 2012). Meg kell jegyezni, hogy az egyéneknek vagy csoportoknak való megfelelés motivációja nem szerepel MONTAÑO – KASPRZYK (2008) elméleti modelljében (ld. 1. ábra), ugyanis – hasonlóan a magatartás kimeneteinek értékeléséhez – gyakran kis varianciát mutat.

Ha az egyén nem rendelkezik teljes körű akaratlagos irányítással a magatartás követése fölött, akkor hiába rendelkezik pozitív attitűddel a magatartás irányában, illetve hiába érez

¹ A kognitív és affektív attitűd elkülönítése már KASPRZYK – MONTAÑO (2007) tanulmányában is megjelent.



társadalmi nyomást felé, nem fogja azt követni. Ilyen esetekben lesz fontos a viselkedéses szándék harmadik közvetlen befolyásoló tényezője (MONTAÑO – KASPRZYK, 2008), melyet néhányan az énhatékonysággal (FISHBEIN et al., 2002; FISHBEIN – YZER, 2003; DANTER, 2005; RHODES et al., 2007), mások az észlelt magatartásirányítással (KASPRZYK et al., 1998; KENSKI et al., 2001; VON HAEFTEN et al., 2001; VON HAEFTEN – KENSKI, 2001) azonosítanak, míg a legátfogóbb IBM-et kidolgozó MONTAÑO – KASPRZYK (2008) mindkettőt beemeli modelljébe személyes ráhatás (personal agency) összefoglaló néven (csakúgy, mint KASPRZYK – MONTAÑO, 2007, illetve BRAUN, 2012 és SZABÓ, 2016). Az énhatékonyság az egyén értékelése arra vonatkozóan, hogy mennyire képes az adott magatartást követni változó körülmények vagy korlátok között, még akkor is, ha azok megnehezítik a magatartás folytatását (KASPRZYK et al., 1998; FISHBEIN et al., 2002; FISHBEIN – YZER, 2003), az észlelt magatartásirányítás pedig az egyén észlelt kontrollja a magatartás fölött, amelyet az egyén azon észlelése határoz meg, hogy a különböző környezeti faktorok milyen mértékben könnyítik vagy nehezítik meg a magatartás követését (MONTAÑO – KASPRZYK, 2008). Ahogy a definíciókból is látszik, az észlelt magatartásirányítást inkább külső, míg az énhatékonyságot inkább belső kontrollnak tekinthetjük (BRAUN, 2012). Hasonlóan az előző két direkt befolyásoló tényezőhöz, a modell meghatározza az észlelt magatartásirányítás és/vagy énhatékonyság mögötti indirekt befolyással bíró tényezőket is, melyek nem mások, mint a magatartáshoz szükséges erőforrások és a magatartással szembeni akadályok meglétével kapcsolatos kontrollhiedelmek (control beliefs) és/vagy énhatékonysági hiedelmek (self-efficacy beliefs), az előbbi a magatartást elősegítő vagy akadályozó egyes erőforrások és akadályok észlelt erősségével vagy hatásával (perceived power) súlyozva (KASPRZYK et al., 1998; MONTAÑO – KASPRZYK, 2008).

A fentiek mellett szintén minden IBM részét képezik az egyéb faktorok, úgymint a demográfiai, kulturális tényezők, a célokkal szembeni attitűdök (pl. sztereotípiák, stigmák), a személyiség, hangulat és érzelmek, egyéb egyéni különbségek (pl. észlelt kockázatok), valamint a média és egyéb beavatkozások hatása, amelyek a többi modellkonstrukción keresztül, indirekt módon hatnak, ezért a szakirodalom külső vagy háttértényezőknak nevezi azokat (FISHBEIN, 2000; FISHBEIN et al., 2002; FISHBEIN – YZER, 2003; FISHBEIN – CAPPELLA, 2006; MONTAÑO – KASPRZYK, 2008). Ezek segítségével szegmentálható a népesség, ha a szegmensek hiedelmeiben világos különbségek vannak, és ennek megfelelően szegmensenként eltérő magatartásváltozást célzó beavatkozási módokat lehet kidolgozni a számukra (MONTAÑO – KASPRZYK, 2008).

A modellek fent részletezett, közös elemein kívül – az egyes tanulmányokban eltérő – egyéb konstrukciókat is találhatunk.² Néhány tanulmányban (FISHBEIN, 2000; FISHBEIN et al., 2002; FISHBEIN – YZER, 2003; FISHBEIN – CAPPELLA, 2006) két újabb, a viselkedéssel közvetlenül befolyásoló tényezőt is magába foglal az integrált modell, a képességeket (skills)³ és

² KENSKI et al. (2001), VON HAEFTEN – KENSKI (2001), VON HAEFTEN et al. (2001) és RHODES et al. (2007) modelljei tartalmazzák a partner normát (partner norm) mint a viselkedéses szándék direkt befolyásolóját, ugyanis speciálisan az általuk vizsgált magatartás (óvszerhasználat) esetén az egyén azon hiedelme, hogy a partnere hogyan viszonyul a magatartáshoz, hozzájárul a viselkedéses szándék előrejelzéséhez. KASPRZYK et al. (1998) szintén speciálisan az óvszerhasználatot befolyásoló tényezők esetén az alternatív stratégiákat (alternative strategies) és a kritikus eseményeket (critical events) emeli be a modellbe, ugyanis az egyén esetleg egy másik magatartást (alternatív stratégiát) szándékozik folytatni, amellyel megvédheti magát annak a negatív következményeitől, hogy nem követi az adott magatartást; illetve olyan kritikus események is irányíthatják a viselkedéses szándékot, melyek függetlenek a kognitív alapú attitűd, társadalmi norma és észlelt magatartásirányítás konstrukcióitól (például az egyén valamikor egy nagyon negatív tapasztalatot szerzett az adott magatartással kapcsolatban).

³ MONTAÑO – KASPRZYK (2008), BRAUN (2012) és SZABÓ (2016) tanulmányában a tényező ismeretek és képességek (knowledge and skills) néven szerepel.



a környezeti korlátokat (environmental constraints). Ugyanis hiába rendelkezik erős pozitív szándékkal az egyén a magatartás irányában, ha nem rendelkezik a magatartáshoz szükséges képességekkel és készségekkel, és ha a környezeti korlátok megakadályozzák a magatartás követését. E két faktor mellett MONTAÑO – KASPRZYK (2008) még két tényezőt emel ki, melyek közvetlenül a viselkedésre hatnak (ld. *1. ábra*). Először is a magatartásnak kiemelkedőnek, fontosnak (salient) kell lennie a személy számára (BECKER, 1974), illetve ha a magatartás rendszeres gyakorlásával az szokássá válik, a szándék kevésbé lesz fontos a viselkedés meghatározásában, mint maga a szokás (habit) (TRIANDIS, 1980).

A szakirodalomban a legrészletesebben kidolgozott integrált modell (MONTAÑO – KASPRZYK, 2008) korábbiakban részletezett elemei és azok kapcsolódásai az *1. ábrán* szerepelnek.

3. Az integrált viselkedéses modell működése

Az IBM alkalmazása akkor lehet sikeres, ha a modell alapján kialakított beavatkozások egy specifikus magatartást céloznak (például háromszor egy héten 20 percet sétálni), nem pedig egy magatartáskategóriát (például testmozgás) vagy célt (például fogyás) (FISHBEIN et al., 2002; FISHBEIN – YZER, 2003; FISHBEIN – CAPPELLA, 2006). Ennek megfelelően a vizsgált magatartást a cselekvés, a cél, a kontextus és az időtáv függvényében kell meghatározni (DANTER, 2005; FISHBEIN, 2000; FISHBEIN et al., 2002; FISHBEIN – CAPPELLA, 2006; MONTAÑO – KASPRZYK, 2008), és erre vonatkozóan kell a viselkedéses szándékot mérni. Például ha azt szeretnénk vizsgálni, hogy hogyan lehetne növelni az emberek testmozgását azáltal, hogy háromszor egy héten 20 percet sétálnak, a cselekvés az lesz, hogy sétálni menni, a cél a séta, a kontextus az, hogy háromszor egy héten 20 perc, az időtáv pedig az elkövetkező három hónap.

Az IBM mérését lehetővé tevő empirikus kutatás első lépése a kvalitatív kutatás, azaz fókuszcsoporthoz tartozó interjúk (KASPRZYK – MONTAÑO, 2007) vagy nyitott személyes mélyinterjúk (KASPRZYK et al., 1998; MONTAÑO – KASPRZYK, 2008) lefolytatása a célcsoport tagjaival, bízva abban, hogy a számukra legfontosabb véleményeket, hiedelmeket fogják említeni az interjú során. Az interjú témái felölelik az adott magatartással kapcsolatos pozitív vagy negatív érzéseket, a magatartás pozitív vagy negatív kimeneteit, jellemzőit, olyan egyéneket vagy csoportokat, akikre a résztvevők hallgatnak az adott magatartás tekintetében, és akik kedvezően vagy éppen kedvezőtlenül vélekednek a magatartásról, illetve szituációs, környezeti tényezőket, melyek megkönnyíthetik vagy megnehezíthetik a magatartás folytatását. Érdekes az interjúk résztvevőit úgy kiválasztani, hogy a résztvevők fele olyan személy legyen, aki már követi az adott magatartást vagy szándékozik azt követni, míg a másik fele olyan, akik még nem követik azt (MONTAÑO – KASPRZYK, 2008). A fókuszcsoporthoz tartozó, illetve személyes mélyinterjúk kvalitatív tartalomelemzése szolgál aztán a kérdőív alapjául (KASPRZYK – MONTAÑO, 2007), az itt felmerült témák alapján lehet a kérdőív konkrét állításait megfogalmazni, minden modellkonstrukció mérése általában több állítással történik. A kvalitatív kutatási fázis legfőbb haszna abban áll, hogy az eredményeire építve lehet a célsokaság kulturális és egyéb jellemzőihez illeszkedő kérdőívet összeállítani (MONTAÑO – KASPRZYK, 2008). A tartalomelemzés eredményeként létrejött kérdőívet érdemes pilot tesztnek alávetni, amely segít a kérdések világos megfogalmazásában, a kérdőív adott kultúrához igazításában (KASPRZYK – MONTAÑO, 2007; MONTAÑO – KASPRZYK, 2008).

A következő, kvantitatív (kérdőíves) fázisban a modellkonstrukciók mérése történik, amelyben a különböző kutatások némileg eltérnek, mely eltéréseket az előző fejezet már részben ismertette (ld. a viselkedéses szándék direkt és indirekt befolyásoló tényezőinek eltérése a



különböző tanulmányokban). MONTAÑO – KASPRZYK (2008) részletesen ismerteti az egyes modellkonstrukciók mérési lehetőségeit, általánosságban azt mondhatjuk, hogy 5- vagy 7-fokozatú bipoláris vagy szemantikus differenciálskálákat érdemes használni. További megfontolásokat mutat az egyes modellkonstrukciók mérésére az 1. táblázat.

1. táblázat: Az integrált viselkedéses modell (IBM) konstrukcióinak mérése

| Modellkonstrukciók | Mérési skálák |
|--|--|
| viselkedéses szándék, magatartási hiedelmek, kontrollhiedelmek | bipoláris valószínűségi skálák |
| megfelelés motivációja | valószínűségi skálák |
| szubjektív norma, normatív hiedelmek, leíró norma | egyetértési skálák |
| tapasztalati attitűd | kellemes–kellemetlen, élvezetes–nem élvezetes végpontú skálák |
| instrumentális attitűd, magatartás észlelt kimenetei | jó–rossz, bölcs dolog–butaság végpontú skálák |
| észlelt magatartásirányítás | irányításom alatt van–nincs az irányításom alatt, könnyű–nehéz végpontú skálák |
| észlelt magatartásirányítás észlelt hatása | nehéz–könnyű végpontú skálák |
| éhatékonyság, éhatékonysági hiedelmek | biztos, hogy nem vagyok képes–biztos, hogy képes vagyok végpontú skálák |

Forrás: MONTAÑO – KASPRZYK (2008) alapján saját összeállítás

A kvantitatív elemzési fázisban érdemes először megvizsgálni, hogy megfelelő-e a modellkonstrukciók belső konzisztenciája. Erre leggyakrabban a Cronbach alfat vagy a korrelációs számítás alkalmazták. Ha a belső konzisztencia alacsony, azaz az elméleti konstrukciót alkotó változók nem ugyanazt mérik, akkor a változókat külön befolyásoló tényezőkként kell a modellben vizsgálni, ahogy ez KASPRZYK et al. (1998) tanulmányában a kritikus események változóiánál történt.

Azt is ellenőrizni kell továbbá, hogy a viselkedéses szándék direkt és indirekt módon mért konstrukciói ugyanazt mérik-e, RHODES et al. (2007) például konfirmatorikus faktorelemzéssel (CFA) tárta fel, hogy az indirekt mérések megfelelnek-e a modell által előírt irányított konstrukcióknak, BRAUN (2012) pedig feltáró főkomponens-elemzést alkalmazott (PCA). Ha kiderül, hogy nem sikerült pontosan ugyanazt mérni a direkt és indirekt konstrukciókkal, külön direkt tényezőként kerül a modellbe egy eredetileg indirektnek szánt konstrukció is. Ez történt például KENSKI et al. (2001), VON HAEFTEN et al. (2001) és VON HAEFTEN – KENSKI (2001) kutatásában, ahol a súlyozott kontrollhiedelmek nem mutattak korrelációt az észlelt magatartásirányítással, erősen korreláltak viszont a viselkedéses szándékkal.

Ezek után történhet a modellkonstrukciók közti összefüggések feltárása, erre leggyakrabban többszörös hierarchikus és/vagy stepwise regresszióelemzést, illetve strukturális egyenlet modellezést (SEM) alkalmaznak (KASPRZYK et al., 1998; KENSKI et al., 2001; VON HAEFTEN et al., 2001; VON HAEFTEN – KENSKI, 2001; KASPRZYK – MONTAÑO, 2007; MONTAÑO – KASPRZYK, 2008; BRAUN, 2012). A regressziós, illetve SEM modellek együtthatói megmutatják, hogy mely tényezőnek van a legnagyobb hatása a viselkedéses szándéokra, illetve mely tényezők befolyásolnak szignifikánsan. Végül annak meghatározására, hogy a szignifikáns hatással bíró indirekt befolyásoló tényezők esetén a hiedelmek vagy azok



súlya játszik-e szerepet a szignifikáns hatásban, a hiedelmek és a szándék, valamint a súlyok és a szándék között korrelációs számítását végeznek (VON HAEFTEN et al., 2001; VON HAEFTEN – KENSKI, 2001).

4. Ajánlások az integrált viselkedéses modell alapján

Az IBM legfőbb haszna abban áll, hogy segítségével a viselkedésváltozást célzó beavatkozásokhoz megalapozott ajánlásokat lehet adni. A regressziós/SEM modellekben a modellkonstrukciók relatív súlya jelzi azt, hogy melyik tényező(k)re kell fókuszálni a viselkedésváltozást célzó erőfeszítéseket (FISHBEIN – CAPPELLA, 2006; MONTAÑO – KASPRZYK, 2008).

Ahogy arról már korábban volt szó, a konkrét javaslatok nem a direkt, hanem az indirekt befolyásoló tényezőkre, azaz a hiedelmekre építhetnek (VON HAEFTEN et al., 2001; FISHBEIN – CAPPELLA, 2006). Annak eldöntésére, hogy konkrétan mely hiedelmet érdemes megcélozni a beavatkozással, FISHBEIN – YZER (2003) és FISHBEIN – CAPPELLA (2006) azt a megfontolást javasolja HORNIK – WOOLF (1999) alapján, hogy a hiedelemnek szignifikáns kapcsolatban kell állnia a szándékkal vagy a viselkedéssel (magas szignifikáns korreláció), emellett ahhoz, hogy megérje beavatkozni, elegendő ember kell, akik még nem rendelkeznek az adott hiedelemmel, amit a beavatkozás célozna. Ennek azonosításához érdemes összehasonlítani az adott hiedelmekkel (a megfogalmazásától függően) egyetértő/egyet nem értő válaszadók arányát a vizsgált magatartást folytatni szándékozó és nem szándékozó válaszadók körében. A magatartást folytatni nem szándékozók esetén a relatív alacsony arány az azt folytatni szándékozókhoz viszonyítva jelentős potenciált jelez a beavatkozásra egy adott hiedelem esetén (MONTAÑO – KASPRZYK, 2008).

Az is előfordulhat, hogy egy szignifikáns elem nehezen (vagy egyáltalán nem) változtatható, bár ennek megítélése erősen szubjektív (FISHBEIN et al., 2002; FISHBEIN – YZER, 2003; FISHBEIN – CAPPELLA, 2006). Ilyenkor a nehezen változtatható változót más, könnyebben változtathatóval érdemes helyettesíteni (KENSKI et al., 2001; VON HAEFTEN et al., 2001; VON HAEFTEN – KENSKI, 2001). Viszont amennyiben e hiedelmek esetén a belső konzisztencia alacsony, úgy a helyettesítést csak nagy körültekintéssel lehet megtenni (VON HAEFTEN et al., 2001).

Az IBM-en alapuló viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezésénél azt is érdemes figyelembe venni, hogy bár az IBM elméleti konstrukciói érvényesnek bizonyultak számos kultúrában (FISHBEIN, 2000), az azonban, hogy mely modellkonstrukciónak van (nagyobb) hatása a viselkedéses szándéokra vagy a viselkedésre, illetve az, hogy a mögöttes tényezők milyen változókból (hiedelmekből) állnak össze még egy adott magatartásforma esetén is jelentős eltéréseket mutat, sokszor kockázati célcsoporttól, nemtől, etnikumtól és természetesen kultúrától függ, ezért van szükség a kérdőív kvalitatív megalapozására. Az IBM tehát populáció- és magatartásspecifikus (FISHBEIN – CAPPELLA, 2006), ezért a modell alapján kidolgozott beavatkozások sem lehetnek univerzálisak (FISHBEIN et al., 2002), ehelyett a különböző magatartásformák, kultúrák és célcsoportok szerint „személyre szabottak” kell, hogy legyenek (KASPRZYK et al., 1998; FISHBEIN, 2000; FISHBEIN – YZER, 2003; FISHBEIN – CAPPELLA, 2006; RHODES et al., 2007; MONTAÑO – KASPRZYK, 2008).

Végül nem szabad azt sem elfelejteni, hogy az IBM csak azt segít feltárni, hogy a viselkedés, illetve a viselkedéses szándék mögött milyen tényezők húzódnak meg, mely hiedelmek azok, amelyek a legjobban előre tudják jelezni azokat, arról viszont semmit sem mond, hogy milyen eszközökkel kellene a modellkonstrukciókat, hiedelmeket megváltoztatni (FISHBEIN et al., 2002; Rhodes et al., 2007), azaz hogy konkrétan milyen üzenetet és milyen



csatornákon kellene eljuttatni a célcsoportokhoz az optimális eredmény elérése érdekében (MONTAÑO – KASPRZYK, 2008). Ezen a ponton a kommunikációelméletek segítségét kell igénybe venni.

5. Összefoglalás

A több, egészségmagatartást vizsgáló kognitív magatartáselmélet (szándékolt és tervezett cselekvés elmélete, társadalmi kognitív elmélet, interperszonális viselkedés elmélete, egészséghiedelem modell) integrálásával létrejött integrált viselkedéses modell nem terjedt el a nemzetközi, és különösen a hazai szakirodalomban, annak ellenére, hogy a kutatások szerint sikeresen jelzett előre különböző egészségmagatartás-formákat, illetve a modell ajánlásaira alapozott, magatartásváltozást célzó beavatkozások is hatásosnak bizonyultak. Ezért jelen tanulmány a modell felépítésének, használatának bemutatásával kívánja elősegíteni a használatát a jövőbeli hazai empirikus kutatásokban.

Az integrált viselkedéses modell több formában és néven is megtalálható a szakirodalomban, attól függően, hogy az előzményeit jelentő kognitív magatartáselméletek mely elemeit emeli be az adott tanulmány a modellbe. A modell eltérő változatai azonban megegyeznek abban, hogy feltételezik, hogy a magatartás legfontosabb meghatározója a viselkedéses szándék, amelyet viszont az attitűd, a szubjektív norma és az észlelt magatartásirányítás és/vagy az énhatékonyság befolyásolja. E direkt befolyásoló tényezők mögött meghúzódó hiedelmek feltárása elsődleges fontosságú, ugyanis ezekre építve lehet viselkedésváltozást célzó beavatkozási programokat kifejleszteni. E programok azon hiedelmekre épülhetnek, melyek a leginkább képesek előre jelezni a viselkedéses szándékot és a viselkedést, illetve amely hiedelmekkel a célcsoport tagjai még nem rendelkeznek.

Bár az integrált viselkedéses modell konstrukciói érvényesnek bizonyultak különböző kultúrákban, nem szabad elfelejteni, hogy a modell magatartás- és populációspecifikus, így a modell alapján tett ajánlások is magatartás és célcsoport szerinti szegmensekre szabottak. Végül érdemes megjegyezni, hogy bár az integrált modell támpontot ad arra, hogy milyen hiedelmeket érdemes megcélozni a magatartásváltozásra irányuló programokkal, az üzenet konkrét tartalmát, formáját és a megfelelő kommunikációs csatornát csak a kommunikációelméletek segítségével lehet meghatározni.

6. Köszönetnyilvánítás

A publikáció elkészítését az EFOP-3.6.2-16-2017-00003 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

7. Irodalomjegyzék

- Ajzen, I. (1991): The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 50 (2) 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I. – Driver, B. (1991): Prediction of leisure participation from behavioral, normative, and control beliefs: An application of the theory of planned behavior. *Leisure Sciences*. 13 (3) 185–204. <https://doi.org/10.1080/01490409109513137>
- Ajzen, I. – Fishbein, M. (1980): *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Prentice Hall, Englewood-Cliffs, NJ.



- Ajzen, I. – Madden, T. J. (1986): Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*. 22 (5) 453–474. [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(86\)90045-4](https://doi.org/10.1016/0022-1031(86)90045-4)
- Ajzen, I. – Timko, C. (1986): Correspondence between health attitudes and behavior. *Basic and Applied Social Psychology*. 7 (4) 259–276. https://doi.org/10.1207/s15324834basp0704_2
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 84 (2) 191–215. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1986): *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bandura, A. (1991): Social cognitive theory of self regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 50 (2) 248–285. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90022-L](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-L)
- Bandura, A. (1994a): Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In: DiClemente, R. – Peterson, J. L. (eds.): *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. Plenum Press, New York, NY, 25–29.
- Bandura, A. (1994b): Self-efficacy. In: Ramachandran, V. S. (eds.): *Encyclopedia of human behavior*. Vol. 4, Academic Press, New York, NY, 71–81.
- Bandura, A. (2006): Toward a psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science*. 1 (2) 164–180. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00011.x>
- Baum, A. – Krantz, D. S. – Gatchel, R. J. (1997): *An introduction to health psychology*. McGraw-Hill, New York, NY.
- Becker, M. H. (1974): The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*. 2 (4) 409–419. <https://doi.org/10.1177/109019817400200407>
- Braun, R. E. (2012): Using the integrated behavioral model to predict binge drinking among college students. Doctoral (PhD) Dissertation, The University of Toledo.
- CDC (1996): Community-level prevention of human immunodeficiency virus infection among high-risk populations: the AIDS Community Demonstration Projects. *Morbidity and Mortality Weekly Report – Recommendations and Reports*, 45 (RR-6), U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, GA.
- Danter, E. H. (2005): The Intention-Behavior Gap: To what degree does Fishbein’s Integrated Model of Behavioral Prediction predict whether teachers implement material learned in a professional development workshop? Doctoral (PhD) Dissertation, The Ohio State University.
- Fishbein, M. (2000): The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care*. 12 (3) 273–278. <https://doi.org/10.1080/09540120050042918>
- Fishbein, M. (2007): A reasoned action approach: Some issues, questions, and clarifications. In: Ajzen, I. – Albarracín, D. – Hornik, R. (eds.): *Prediction and change of health behavior: Applying the reasoned action approach*. Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ, 281–296.
- Fishbein, M. – Ajzen, I. (1975): *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley, Reading, MA.
- Fishbein, M. – Cappella, J. N. (2006): The role of theory in developing effective health communications. *Journal of Communication*. 56 (S1) S1–S17. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2006.00280.x>
- Fishbein, M. – Cappella, J. – Hornik, R. – Sayeed, S. – Yzer, M. – Ahern, R. K. (2002): The role of theory in developing effective antidrug public service announcements. In: Crano, W. D. – Burgoon, M. (eds.): *Mass media and drug prevention: classic and contemporary theories and research*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ, 89–117.



- Fishbein, M. – Triandis, H. C. – Kanfer, F. H. – Becker, M. H. – Middlestadt, S. E. – Eichler, A. (2001): Factors influencing behavior and behavior change. In: Baum, A. – Revenson, T. R. – Singer, J. E. (eds.): *Handbook of health psychology*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ, 3–17.
- Fishbein, M. – Yzer, M. C. (2003): Using theory to design effective health behavior interventions. *Communication Theory*. 13 (2) 164–183. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.2003.tb00287.x>
- Harris, D. M. – Guten, S. (1979): Health protecting behavior: An exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*. 20 (1) 17–29. <https://doi.org/10.2307/2136475>
- Hornik, R. – Woolf, K. D. (1999): Using cross-sectional surveys to plan message strategies. *Social Marketing Quarterly*. 5 (1) 34–41. <https://doi.org/10.1080/15245004.1999.9961044>
- Janz, N. K. – Becker, M. H. (1984): The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*. 11 (1) 1–47. <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>
- Kamb, M. L. – Dillon, B. – Fishbein, M. – Willis, K. L. – Project RESPECT Study Group (1996): Quality assurance of HIV prevention counseling in a multi-center randomized controlled trial. *Public Health Reports*. 111 (Suppl. 1) 99–107.
- Kamb, M. – Fishbein, M. – Douglas Jr, J. M. – Rhodes, F. – Rogers, J. – Bolan, G. – Zenilman, J. – Hoxworth, T. – Malotte, K. – Iatesta, M. – Kent, C. – Lentz, A. – Graziano, S. – Byers, R. H. – Petermn, T. A. (1998): Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases. *Journal of the American Medical Association*. 280 (13) 1161–1167. <https://doi.org/10.1001/jama.280.13.1161>
- Kasprzyk, D. – Montaña, D. E. (2007): Application of an integrated behavioral model to understand HIV prevention behavior of high-risk men in rural Zimbabwe. In: Ajzen, I. – Albarracín, D. – Hornik, R. (eds.): *Prediction and change of health behavior: Applying the reasoned action approach*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ, 149–172.
- Kasprzyk, D. – Montaña, D. E. – Fishbein, M. (1998): Application of an integrated behavioral model to predict condom use: A prospective study among high HIV risk groups. *Journal of Applied Social Psychology*. 28 (17) 1557–1583. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1998.tb01690.x>
- Kenski, K. – Appleyard, J. – von Haeften, I. – Kasprzyk, D. – Fishbein, M. (2001): Theoretical determinants of condom use intentions for vaginal sex with a regular partner among male and female injecting drug users. *Psychology, Health & Medicine*. 6 (2) 179–190. <https://doi.org/10.1080/13548500123751>
- Matarazzo, J. D. (1984): Behavioral health: A 1990 challenge for the health sciences professions. In: Matarazzo, J. D. – Weiss, S. M. – Herd, J. A. – Miller, N. E. – Weiss, S. M. (eds.): *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. Wiley & Sons, New York, NY, 3–40.
- Montaña, 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: Theory, research and practice*. Jossey-Bass, San Francisco, 67–96.
- Rhodes, F. – Stein, J. A. – Fishbein, M. – Goldstein, R. B. – Rotheram-Borus, M. J. (2007): Using theory to understand how interventions work: Project RESPECT, condom use, and the integrative model. *AIDS and Behavior*. 11 (3) 393–407. <https://doi.org/10.1007/s10461-007-9208-9>
- Rosenstock, I. M. (1974): Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*. 2 (4) 328–335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>



- Szabó S. (2016): Egészségorientált táplálkozási szokások és a fogyasztói magatartás kapcsolata. Doktori (PhD) értekezés. Kaposvári Egyetem Gazdaságtudományi Kar.
- Triandis, H. C. (1980): Values, attitudes, and interpersonal behavior. In: Howe, H. E. – Page, M. (eds.): Nebraska Symposium on Motivation, 1979. No. 27. University of Nebraska Press, Lincoln, 195–259.
- von Haefen, I. – Fishbein, M. – Kasprzyk, D. – Montaña, D. (2001): Analyzing data to obtain information to design targeted interventions. *Psychology, Health & Medicine*. 6 (2) 151–164. <https://doi.org/10.1080/13548500125076>
- von Haefen, I. – Kanski, K. (2001): Multi-partnered heterosexual's condom use for vaginal sex with their main partner as a function of attitude, subjective norm, partner norm, perceived behavioural control, and weighted control beliefs. *Psychology, Health & Medicine*. 6 (2) 165–178. <https://doi.org/10.1080/13548500120035427>
- Wolitski, R. J. – Fishbein, M. – Higgins, D. L. – Rietmeijer, C. – Guenther-Grey, C. A. – Johnson, W. D. (1999): Community-level HIV intervention in 5 cities: final outcome data from the CDC AIDS community demonstration projects. *American Journal of Public Health*. 89 (3) 336–345. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.3.336>



Consumer perception of personalised diet – The concept of lifelong health

ZOLTÁN SZAKÁLY

*CSc, Faculty of Economics and Business, University of Debrecen
szakaly.zoltan@econ.unideb.hu*

MIKLÓS VÉHA

*MSc, Naturtrade Hungary Ltd.
vehamiki@gmail.com*

PÉTER POPOVICS

*PhD, Faculty of Economics and Business, University of Debrecen
popovics.peter@econ.unideb.hu*

ANDRÁS FEHÉR

*PhD, Faculty of Economics and Business, University of Debrecen
feher.andras@econ.unideb.hu*

Abstract

Several studies have highlighted the significance of sustainable development. At an environmental level, this is reflected in eco/organic/bio trends and in the advancement of nano and/or biotechnology. The third megatrend, which has become topical recently is health, related to population growth and longer life expectancy in developed countries, leading to ageing societies. The present study discusses the selected findings of the survey of personalised nutrition. To achieve the research objectives, questionnaire survey was developed for 500 respondents. The rate of those who would take genetic testing because they wish to follow a health-enhancing, personalised, genetically tailored diet (16.0%) is very low. It reveals their commitment to preventive, personalised health behaviour. The findings lend themselves to identifying the most suitable drivers to enhance consumer willingness to accept personalised nutrition. Consumers with the highest mean value rated the option of free choice the highest (4.52), and 67.4% of them wholeheartedly agreed with this statement. Fifty per cent of consumers (50.4%) agreed that research should highlight the strengths and weaknesses of personalised nutrition (mean value 4.19). This statement can be interpreted as proof of consumer mistrust, but it can also serve as a basis for positive consumer preference. Moreover, in order to reinforce the above mentioned, the relatively high mean value (3.87) suggests that there should be a consensus among researchers regarding the benefits of the new technology. However, consumers express their clear and firm stance that they should benefit personalised nutrition (3.95) rather than researchers (3.05) or the food industry (2.88). It is considerably more accessible for them to accept a slight modification in their diets (3.83) than a massive change. As a result, the strategic task is to reduce the rate of uncertain consumers and to increase their willingness to purchase in the market of functional foods. An excellent example of this is the optimised model which can be used in practice, constructed to influence personalised nutrition-based consumer preferences according to Ronteltap's theoretical model.

Keywords: sustainable development, consumer perception, nutrition, personalised diet



1. Introduction

Several studies have highlighted the significance of sustainable development ((HODAS, 1995; AYERS, 1996; BOSSELMANN, 2008; BARNETT, et al., 2015; GYULAI, 2012; SZABÓ, 2016). The KPGM study (2014) *identified ten overall megatrends* closely related to sustainable development on several points, which are the following: demography, the social advancement of individuals, technologies prompting radical changes in users' choices, economic interconnectivity, state debt, economic alternations of power, climate change, the lack of raw materials and urbanization. ALLIANZ GLOBAL INVESTORS (2010) underlines merely three megatrends: environmental technologies, nano/biotechnology and healthcare, the key potential drivers for the next prosperity phase. Whereas the preceding cycles primarily sought to enhance effectiveness, the key to future growth will be energy and resource management (SZABÓ, 2016).

At an environmental level, this is reflected in *eco/organic/bio trends*, of which market share has been steadily growing and in the *advancement of nano and/or biotechnology*, where the development of new materials and technologies reduces the need for raw materials and makes production more efficient by fostering new technologies. The third megatrend, which has become topical recently is *health*, related to population growth and longer life expectancy in developed countries, leading to ageing societies (KSH (Central Statistical Office), 2016). The megatrend of health comprises the holistic interpretation of health, preventive health behaviour and the concept of lifelong health. Developed economies have entered an era when human resources are not additional costs of economic development, but its pivotal driving forces. Their sustenance represents private, economic and social interest (SZABÓ, 2016). NEFIODOW (1999) suggests that the health industry will become one of the potential pillars of the 6. Kondratiev-cycle, becoming a major determining industry these days.

2. Theoretical background of research

2.1. Historical phases of human nutrition

The question arises: what were the phases of the road we have come down to get to the core principles of modern nutrition and the concept of functional food? If we want to give a precise answer to this question, *the evolutionary phases of human nutrition come to the fore of research* (SZAKÁLY, 2004). In the first phase, our ancestors could survive by acquiring edible goods (Nature's goods). Their diet was typically vegetarian, as they found it easier to get plants rather than the food of animal origin. In this phase, our ancestors gave priority to satisfying their hunger and guaranteeing their physical survival. Essentially, the above-mentioned extremities formulated the human genome (e.g. fat cell count). *The first phase lasted long*: from standing erect it took 2.5-3 million years and from becoming a human about 150 thousand years.

The second phase was typically simple food production for food self-sufficiency, triggered by uncertainty resulting from competition for Nature's goods and the difficulty of storing the food gathered. This period started about 10-15 thousand years ago with the simple cultivation of specific food plants and the domestication of animals at about 6-1.5 thousand years B.C., followed by the industrial manufacturing of agricultural basic raw materials (manufactures) until the 18th century and food marketing on an increasingly broad scale. The last phase of this period witnessed the emergence of specific expectations of food quality (not fake, tasty, storability).

The third phase started with the dissemination of the theory and practice of the macrobiotic diet in the 18. century and lasted until the mid-20th century, when production technologies and



techniques, industrial processing and service of food to the public became increasingly sophisticated. In the meantime, researchers identified human energy and nutrition requirements. Essentially it was the period when the formation of the supply market gave rise to the development of food marketing activities and market segmentation.

In the fourth phase, nutritional biology research reached an unprecedented dimension with results up for heated scientific debate in the second half of the 20th century. The prevention of food hazards and food safety have become priorities, and for this purpose, internationally consistent standards (ISO 9000 and HACCP) and also manufacturing (GMP) and management (TQM) guidelines have been developed and implemented.

The onset of the fifth phase can be dated to the last decade of the 20th century. By this time, research findings on nutrition biology in the previous decades came gradually into clearer focus; nutrition became a key element of lifestyle, the health-promoting effects of so-called functional food rich in bioactive nutrients were verified, fostering hopes for longevity and a better quality of life. Also, a strong international expectation of food quality has not only been confirmed but strengthened (SZAKÁLY, 2004).

2.2. The sixth phase: nutrigenomics and personalised diet

The latest, sixth phase of human nutrition, the era of nutrigenomics, is about our future. The so-called Human Genome Project (HGP) was launched in 1990 and after almost 13 years of sustained work, two years ahead of the set deadline, the researchers announced the completion of the work in 2003. The Human Genome Project explored the sequence of human genome containing three billion nucleotide pairs, that is, the entire human genome right to the level of nucleotides (nucleotide pairs).

In the past three decades since deciphering the human genome sequence, genomic techniques and disciplines which use genomic methods underwent rapid development. In order to determine gene expression, genomic research attempts to reveal how the human genome interacts with environmental factors. The impact of nutrition, one of the key environmental factors is apparent on our health although this effect and its mechanism are poorly understood. *Nutritional genomics or nutrigenomics*, if the English designation is used, is a new science, which studies unknown relationships. Nutrigenomics helps advance the understanding of how human genes interact with dietary nutrients (SZABÓ, 2013). BIRÓ (2006) argues that nutrigenomics studies the impact of nutrients at the genome level and embraces the application of genomic technology in food science and food technology.

Nutrigenomics has put a new light and focus on food science (GERMAN és WATZKE, 2004; MEHROTRA, 2004; MUTCH et al., 2005), allows getting a much better understanding in comparison to the past how exposure to nutrients may raise the risk of diet-related diseases. Nutrigenomics is the key to understanding the variations of relevant individual sensitivity in relation to specific diet-related diseases. This science is establishing *the development of personalised (nutrition) strategies* for the advancement of evidence-based interventions to protect or to restore health. Personalised nutrition is the concept of adapting diets, food and nutrients to individual needs (genetic, lifestyle and environment) (KUSSMANN and FAY, 2008). Personalised nutrition is a concept closely related to the concept of “one size fits all”, which adapts specific product characteristics to individual customers, but the “customised” product will be mass produced and marketed.



2.3. The concept of lifelong health

David B. Agus, an American physician, the internationally recognised expert in cancer research, has become famous for opening new pathways for personalised treatment by new technologies. In his excellent book published recently in Hungarian (AGUS, 2012) we can read the following: *“It would be nice to live in good strength and health for at least one hundred years or more! And, then, as if a switch is turned off, the body would fail and we could die peacefully in our sleep after the last night danced away. Death would not be the consequence of disease, and the body would not be withered by debilitating diseases damaging the body and the soul which may have started decades earlier. I would like you to believe that there is a chance to live a long, happy and disease-free life”*. The question arises: what are the chances of lifelong health?

Based on the whole population, life expectancy is 80 years in 18 countries in the European Union, while the disease-free period is 70 years in these countries. The difference between the two indicators is typically ten years, i.e. the period spent with some form of disability (WHO, 2014). The remaining ten countries, where life expectancy is less than 80 years, all belong to the group of former socialist countries, where healthy life expectancy is merely 65-69 years.

3. Material and method

The present study *discusses the selected findings of the survey of personalised nutrition*. To achieve the research objectives, questionnaire survey was developed for 500 respondents. During the sampling, representativeness could already be taken as given in specific regions; therefore their structure fully complied with the quota established in advance by KSH (Central Statistical Office) (quota sampling). In specific regions, the settlements were chosen by lot (simple random sampling). We used *the process of random walk* in the selected localities, and thus the appropriate respondents were selected entirely randomly. The next step was to choose the appropriate person for the interview out of the residents of the visited household by the so-called *“birthday key” method*.

As random sampling could not *ensure representativeness* in relation to the sample and the population, multidimensional weight factors were used to correct the samples in terms of gender and age. Following the correction, the samples reflected the composition of the population in each case on the basis of four factors (region, type of settlement, gender and age). In the presentation of the results, I precisely refer to the item number and the date on which the surveys were carried out.

4. Results

4.1. A program for lifestyle changes: nutrigenomics-based personalised nutrition

Nutrigenomics-based personalised nutrition, as a new technological and nutritional principle, may *offer good opportunities to enhance the objective health status of the population substantively to promote lifestyle changes, leading to lifelong health*. Precisely for this reason, we sought to address those crucial psychological processes that lead to the acceptance of the new technology (product) and the development of positive consumer attitude. The underlying aim of our research was to identify and use a successful model (“recipe”), which is suitable to predict the probability of introducing a new functional food product in the market and also the issues hindering this process.



We addressed these questions when we used a representative sample of 500 persons to survey the attitudes of Hungarian consumers associated with personalised nutrition (SZAKÁLY et al., 2014). In establishing the questionnaire, we used two literary sources closely related to our research. One of them is an excellent study by STEWART-KNOX et al. (2009), which surveyed consumer attitudes based on a representative population study concerning genetic tests and personalised nutrition. The other study is associated with RONTELTAP (2008), a Dutch researcher, who analysed customers' reception of nutrigenomics-based personalised nutrition by using a theoretical model constructed by him.

As a first step, *consumers were exposed to the concept of personalised nutrition*, of which content was the same as that of a quote by STEWART-KNOX et al. (2009). Interviewers read out the following questions to the respondents: "The construction of genetic tests are expected in the future (e.g. saliva sample tests) to predict the actual risk of subsequent chronic diseases (e.g. diabetes type 2. or cardiovascular diseases), i.e. Your susceptibility rate to the given disease. To avoid any risk, there is now an opportunity to follow your personal diet with its best fit with Your genetic profile. It improves the quality of Your life and can prevent the development of chronic diseases characteristic of You. It is called a genetic test based personal nutrition profile."

The introduction of the concept will be followed by four statements *related to their affinity of completing the genetic test*, and the respondents were requested to choose the answers they strongly agreed with (Table 1.).

Table 1: Affinity to complete a genetic test among those interviewed

| Statement | Distributions of responses | |
|---|----------------------------|------|
| | N | % |
| I would do genetic testing, but only because I am interested in its result. | 143 | 28.6 |
| I would do genetic testing as I intend to follow a health-enhancing, personalised, genetically tailored diet. | 80 | 16.0 |
| I would not do genetic testing in any case. | 123 | 24.6 |
| I do not know whether I would do genetic testing. | 154 | 30.8 |

Source: SZAKÁLY et al., 2014. N=500

The rate of those who would take genetic testing because they wish to follow a health-enhancing, personalised, genetically tailored diet (16.0%) is very low. It reveals their commitment to preventive, personalised health behaviour. Slightly more than a quarter (28.6%) of the respondents take an interest in the test findings only in general terms. However, 24.6% of them categorically refuse to do the testing, and 30.8 % are sceptical about the new technology. Significant difference $p < 0,001$) has been merely found among age groups (18-29 and 30-39 years old are more receptive to new technologies) and educational achievement (the rate of academic graduates who would do the testing is markedly higher in each case, $p < 0,001$).

The findings lend themselves to identifying the most suitable drivers to enhance consumer willingness to accept personalised nutrition. We used the RONTELTAP's theoretical model (2008) *addressing consumer perceptions of personalised nutrition driven by consumer acceptance* and fundamental psychological processes through which these effects are mediated. (Figure 1/a.)

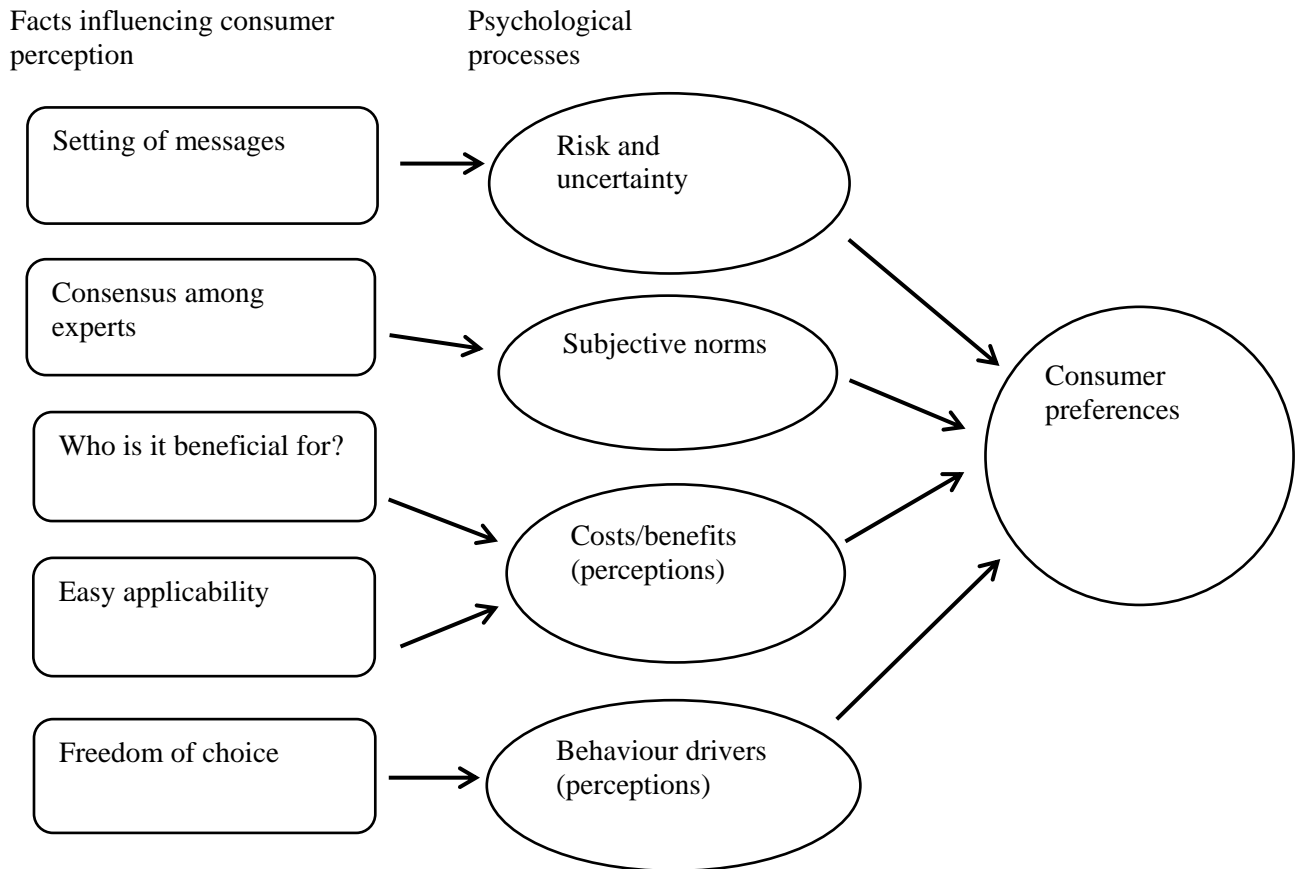


Figure 1/a: Theoretical model: enhancement of consumer preference regarding personalised nutrition

Source: RONTELTAP, 2008.

We examined *the facts influencing consumer perception by 11 statements*. The answers were measured on a scale of 1-5, where 1 represented the lowest approval rating and five the highest one. The results obtained are demonstrated in *Table 2*.

Consumers with the highest mean value rated the option of free choice the highest (4.52), and 67.4% of them wholeheartedly agreed with this statement. The favourable mean value is combined with low standard and relative deviation values. Fifty per cent of consumers (50.4%) agreed that research should highlight the strengths and weaknesses of personalised nutrition (mean value 4.19). This statement can be interpreted as proof of consumer mistrust, but it can also serve as a basis for positive consumer preference. Moreover, in order to reinforce the above mentioned, the relatively high mean value (3.87) suggests that there should be a consensus among researchers regarding the benefits of the new technology. However, consumers express their clear and firm stance that they should benefit personalised nutrition (3.95) rather than researchers (3.05) or the food industry (2.88). It is considerably more accessible for them to accept a slight modification in their diets (3.83) than a massive change.



Table 2: Analysis of facts influencing consumer perception (N=500)

| Statement | Statistical indicator | | |
|---|-----------------------|--------------------|-----------------------------|
| | Mean | Standard deviation | Coefficient of variation, % |
| <i>Setting of messages</i> | | | |
| Personalised nutrition enables you to live in good health as long as possible. | 3.48 | 1.249 | 35.89 |
| Personalised nutrition enables you to delay the development of diseases and spend less time in ill health. | 3.49 | 1.190 | 34.09 |
| <i>Consensus among experts</i> | | | |
| It is an advantage if researchers fully agree on the benefits of personalised nutrition. | 3.87 | 1.111 | 28.71 |
| Research should highlight the strengths and weaknesses of personalised nutrition in detail. | 4.19 | 0.986 | 23.53 |
| <i>Who is it beneficial for?</i> | | | |
| It would be desirable if I could prevent diseases by a genetic test-based personal diet. | 3.95 | 1.101 | 27.87 |
| It would be desirable if the understanding of nutrition-genetics interaction could offer benefits primarily for researchers. | 3.05 | 1.286 | 42.16 |
| It would be desirable if the understanding of nutrition-genetics interaction could offer benefits primarily for the food industry to develop special food products. | 2.88 | 1.312 | 39.31 |
| <i>Easy applicability</i> | | | |
| I prefer to keep my old dietary habits and supplement them with merely a few personalised products or dietary supplements. | 3.83 | 1.055 | 27.54 |
| I prefer to transform my earlier dietary habits. I will have to cut or to increase the consumption of some food items. Also, I need to fit an increasing number of new products into my diet. | 3.13 | 1.261 | 40.29 |
| <i>Freedom of choice</i> | | | |
| It is better if I can freely decide to choose genetic test based personal diet. | 4.52 | 0.817 | 18.07 |
| It is better if the genetic test based personal diet is compulsory for everyone. | 1.91 | 1.274 | 66.70 |

Source: SZAKÁLY et al., 2014. N=500

If the above findings are put into the conceptual framework of the model, *we can get the optimised model of the acceptance of new health-promoting technologies and new functional foods (Figure 1/b).*

Facts influencing consumer perception

Psychological processes

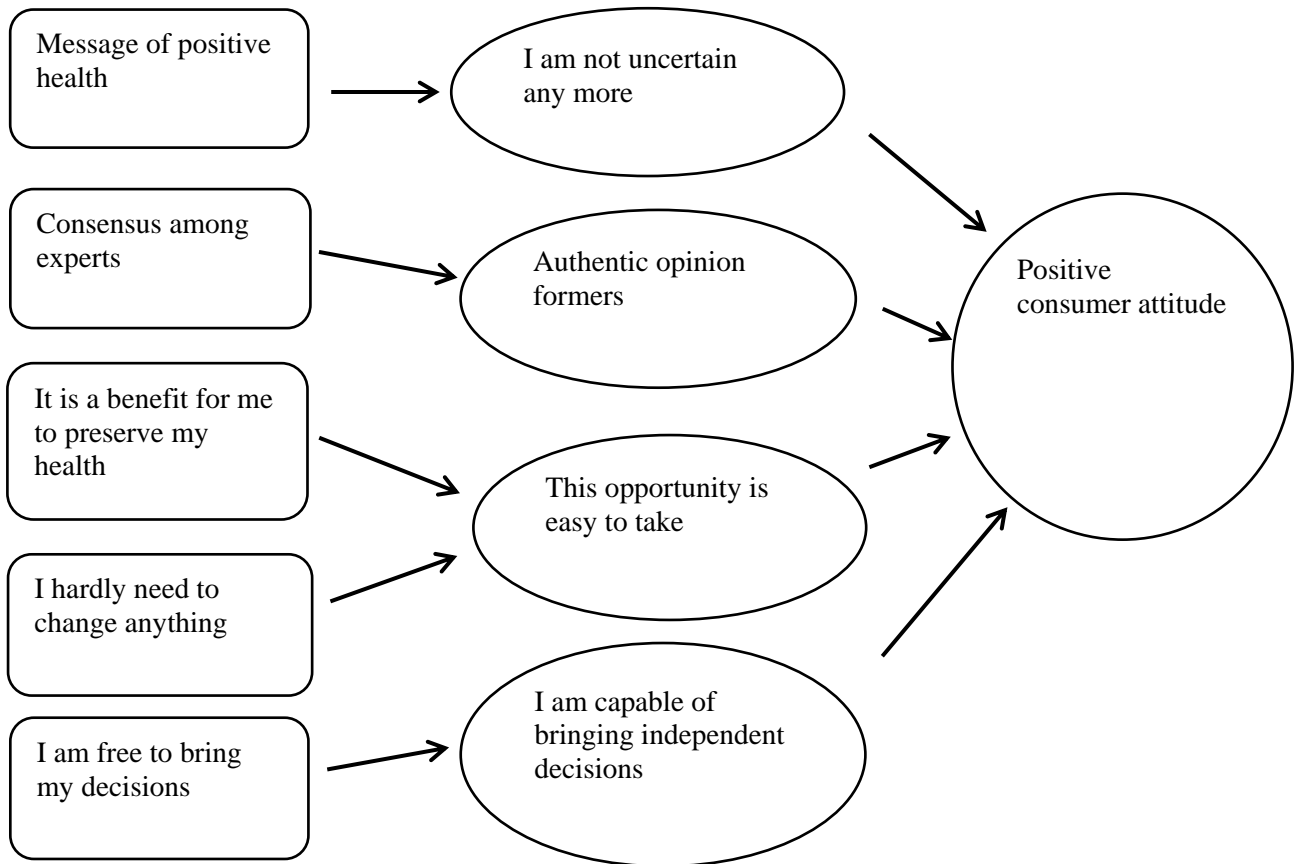


Figure 1/b: Optimised model: enhancement of consumer preference regarding personalised nutrition

Source: Authors' work based on RONTELTAP (2008)

5. Conclusions and recommendations

Nutrigenomics-based personalised nutrition, as a new technological and nutritional principle, may offer excellent opportunities to enhance the objective health status of the population substantively. However, research findings have revealed that Hungarian consumers are suspicious of and uncertain about the new technology despite its apparent benefits. This slightly positive attitude is likely to be due to the synergy of several factors. Traditional thinking, aversion towards novelty play a significant role in it, similarly to insufficient information and misperceptions about genetic testing. Consumers find the technology new to such an extent that we could find significant variations between socio-demographic segments in a few cases only, i.e. consumer preferences could not be grouped, and they showed a very high standard deviation. Consequently, the selection of target markets will be difficult or impossible. If we compare our findings with data from six European countries (STEWART-KNOX et al., 2009), it is evident that affinity to do genetic testing is the lowest in Hungary out of the studied countries. 48.5% of the respondents in Portugal, 44.3% in France would be willing to get genetic testing because of overall interest from the general public; this figure is merely 28.6% in Hungary. Great Britain



and Italy boast with the highest rates of those (38.7% and 38.3%), respectively, who would like to follow health-enhancing personalised diets based on their test results; this percentage is only 16.0 in Hungary. It suggests that three-quarters of the population in Hungary would not accept the new lifestyle changing program or would accept it only when some conditions are met.

The results obtained can be used in marketing communication targeting personalised nutrition. Our research suggests that consumers fail to differentiate between the messages of “live long in good health” and “live shorter in ill-health”. Both deliver positive messages; if communicators still face a choice between them, they will focus on “health”. Evidence-based research findings accepted by credible experts (e.g. physicians, researchers) in the related scientific field are essential for consumers. It is no coincidence that new health-promoting products are advertised with the “recommendations” of well-known professional organisations. The type of advantages and to whom the new technology can be offered are also important considerations. Consumers “save on their energy”, they cannot change their habits easily. Therefore each solution that promises a better life quality through slight lifestyle modifications seems to be a successful concept. The desire for freedom and the right of independent decisions run very high in consumers. The survey findings reveal the biggest difference between the assessment of free will and the obligatory nature of recommendations. “You are the decision maker” type messages focus on these consumer needs.

As a result, the strategic task is to reduce the rate of uncertain consumers and to increase their willingness to purchase in the market of functional foods. An excellent example of this is the optimised model which can be used in practice, constructed to influence personalised nutrition-based consumer preferences according to Ronteltap’s theoretical model. To summarize, the adoption of healthier lifestyles within the population is to be supported in any event, taking into consideration the external (motivating and hindering) circumstances (objective factors) and needs (subjective factors).

6. Acknowledgement

The publication is supported by the EFOP-3.6.2-16-2017-00003 project. The project is co-financed by the European Union and the European Social Fund.

7. References

- Agus, B. D. (2012): A betegségek kora lejárt. Athenaeum Kiadó, Budapest.
- Ayers, R. U. (1996): Statistical measures of unsustainability. *Ecological Economics*. 16 (3) 239–255. [https://doi.org/10.1016/0921-8009\(95\)00091-7](https://doi.org/10.1016/0921-8009(95)00091-7)
- Allianz Global Investors (2010): The sixth Kondratieff – long waves of prosperity. *Analysis & Trends*, Frankfurt, 1–26.
- Barnett, M. L. – Darnall, N. – Husted, B. W. (2015): Sustainable strategy in constrained economic times. *Long Range Planning*. 48 (2) 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2014.07.001>
- Baum, A. – Krantz, D. S. – Gatchel, R. J. (1997): An introduction to health psychology. McGraw-Hill, New York.
- Biró Gy. (2006): Táplálkozás és genetika. Az egészség feltérképezése. *Élelmiszervizsgálati Közlemények*. 52 (1) 30–42.
- Bosselmann, K. (2008): The principle of sustainability: Transforming law and governance. Farnham, Ashgate, 1–242.
- German, J. B. – Watzke, H. J. (2004): Personalizing foods for health and delight. *Comprehensive*



- reviews in food science and food safety. 3 (4) 145–151. <https://doi.org/10.1111/j.1541-4337.2004.tb00065.x>
- Gyulai I. (2012): A fenntartható fejlődés. Ökológiai Intézet a Fenntartható Fejlődésért Alapítvány. 1–105
- Hodas, D. (1995): The climate change convention and evolving legal models of sustainable development. *Pace Environmental Law Review*. 13 (1) 75–96.
- KPGM (2014): Future state 2030: The global megatrends shaping governments. PPGM International, 1–73.
- KSH (2016): Népesedési Világnap. Statisztikai Tükör, 1–7.
- Kussmann, M. – Fay, L. B. (2008): Nutrigenomics and personalised nutrition. *Personalised medicine*. 5 (5) 447–455. <https://doi.org/10.1007/s12263-007-0022-9>
- Mehrotra, I. (2004): A perspective on developing and marketing food products to meet individual needs of population segments. *Comprehensive reviews in food science and food safety*. 3 (4) 142–144. <https://doi.org/10.1111/j.1541-4337.2004.tb00064.x>
- Mutch, D. M. – Wahli, W. – Williamson, G. (2005): Nutrigenomics and nutrigenetics: the emerging faces of nutrition. *The FASEB Journal*. 19 (12) 1602–1616. <https://doi.org/10.1096/fj.05-3911rev>
- Nefiodow, L. A. (1999): Langfristiger Megamarkt. *Der 6. Kondratieff. Absatzwirtschaft*. 42 (4) S. 32–37.
- Ronteltap, A. (2008): Public acceptance of nutrigenomics-based personalised nutrition. Exploring the future with experts and consumers. PhD thesis, Wageningen University, The Netherlands.
- Stewart-Knox, B. J. – Bunting, B. P. – Gilpin, S. – Parr, H. J. – Pinhao, S. – Strain, J. J. – de Almeida, D. V. – Gibney, M. (2009): Attitudes toward genetic testing and personalised nutrition in a representative sample of European consumers. *British Journal of Nutrition*. 101 (7) 982–989. <https://doi.org/10.1017/S0007114508055657>
- Szabó S. (2016): Egészségorientált táplálkozási szokások és a fogyasztói magatartás kapcsolata. Doktori értekezés, Kaposvári Egyetem, Kaposvár, 1–196.
- Szabó S. A. (2013): Táplálkozásgenomika a sportban. *Magyar Sporttudományi Szemle*. 14 (53) 40–44.
- Szakály S. (2004): Táplálkozási dilemmák és az élelmiszerek fejlesztésének világstratégiai irányai. *Élelmiszer, táplálkozás és marketing*. 1 (1-2) 15–24.
- Szakály Z. – Soós M. – Polereczki Zs. (2014): Egészséges táplálkozás felmérés, 2014. Országos reprezentatív kérdőíves megkérdezés, Debreceni Egyetem, Debrecen.
- WHO (2014): World Health Statistics 2014. WHO Press, Geneva.



**DEBRECENI
EGYETEM**

2. TÁPLÁLKOZÁSMARKETING



Az ételmiszcímkek szerepe az egészségtudatos táplálkozás megvalósításában – ösztönző és gátló tényezők

KONTOR ENIKŐ

*PhD, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
kontor.eniko@econ.unideb.hu*

BALSA-BUDAI NIKOLETT

*MSc, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
budai.nikolett@econ.unideb.hu*

PAPP-BATA ÁGNES

*MSc, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
bata.agnes@econ.unideb.hu*

KISS MARIETTA

*PhD, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
kiss.marietta@econ.unideb.hu*

Absztrakt

A tanulmány célja feltárni, hogy az ételmiszcímkek milyen szerepet töltenek be az egészségtudatos döntéseket támogató környezet megteremtésében. A szakirodalomból az tűnik ki, hogy a címkéket tanulmányozók demográfiai-gazdasági sajátosságai még nem tisztázottak, de jellemzően a nők és az egészségtudatosak nézik azokat. Annak okai, hogy valaki figyelmen kívül hagyja a csomagolás információit többértékűek lehetnek: a megszokás, a márkahűség, a tájékozottság vagy éppen az ismeret hiánya, a hedonikus élvezetek prioritása, de ide tartoznak a címke értelmezési, olvashatósági problémái, vagy éppen az időhiány. A releváns szakirodalom feldolgozása után egy primer kutatás keretében négy fókuszcsoportos interjú adatait dolgoztuk fel. Az interjúk eredményei visszaigazolták a nemzetközi szakirodalom tapasztalatait. A résztvevők kevesebb mint fele nyilatkozott úgy, hogy rendszeresen tanulmányozza a címkéket, azon is elsősorban a lejáratidőt és a számukra kerülendő összetevőket keresik. A címkehasználat akadályai között elsősorban a bonyolult nyelvezet és desing-problémák merültek fel. Tudatos címkehasználatról még nem lehet beszélni, hiszen a fókuszalanyok többször önmaguknak ellentmondóan nyilatkoztak az egyes címkeinformációk fontosságát illetően a beszélgetés folyamán. A tanulmány konklúziója a fókusz és a nemzetközi irodalom eredményei alapján, hogy a címkehasználat előnyeinek a tudatosítása növelné a fogyasztók magabiztosságát. Ugyanakkor nem várható el a címkétől önmagában, hogy a magatartást egészségesebb irányba terelje, inkább az egészségtudatosabb életmódra ösztönző program részeként tölthet be fontos szerepet.

Kulcsszavak: ételmiszcímke, egészségtudatos táplálkozás



1. Bevezetés

Az élelmiszercímkék fontos szerepet játszanak abban, hogy releváns információkat szolgáltatassanak a fogyasztóknak az élelmiszerekkel kapcsolatban. A termék címkéjének kiemelt szerepe van annak a támogató környezetnek a megteremtésében, amely a fogyasztót segíti az (egészséges) élelmiszerválasztási döntéseiben. Teszi mindezt úgy, hogy mind verbális, mind szimbolikus úton információkat közvetít a termékről. A címkék hatékonysága azonban továbbra is sok kérdést vet fel. Még mindig feltáratlan terület, hogy a fogyasztók hogyan értelmezik és használják az élelmiszerek címkéit a vásárlás helyén meghozott döntéseik során. Egyfajta ellentmondás, hogy egyrésztől minél informáltabbá szeretnénk tenni őket, másrésztől korlátozott kognitív kapacitással, azaz limitált hajlandósággal és lehetőséggel rendelkeznek a csomagolások információinak a feldolgozására.

A tanulmány célja ezért feltárni azokat az objektív és szubjektív tényezőket, amelyek befolyásolják a fogyasztókat a vásárlás helyén, ezáltal is jobban megérteni az élelmiszer (ezen belül is a tápanyag)címkék működési mechanizmusát. A szakirodalom a befolyásoló faktorokat három tényezőcsoport köré építi: 1) a fogyasztók szocio-demográfiai, gazdasági háttere, 2) egészségaspektusok, 3) faktorok, amelyek eltántorítják az embereket a címkék használatától (HESS et al., 2011). A következőkben ezeket a tényezőket tekintjük át.

2. Az élelmiszercímkék használatát befolyásoló tényezők

2.1. Az élelmiszercímke-használat szocio-demográfiai és gazdasági tényezői

Az élelmiszercímkéket használók szocio-demográfiai és gazdasági jellemzőit illetően megállapítható, hogy a szakirodalomban még nem jutottak konszenzusra a kutatók e faktorokat vizsgálva. Mint legtöbbször előforduló eredményt, talán ki lehet emelni, hogy a nők és a magasabb képzettségűek azok, akik gyakrabban nézik a címkéket (többek között KIM et al., 2001; McLEAN-MEYINSSE, 2001; COWBURN – STOCKLEY, 2005; DRICHOUTIS et al., 2008; OLLBERDING et al., 2010; MANDLE et al., 2015). Mindazonáltal a kép nem teljesen tiszta, az eredmények vegyesek. Például a szocio-demográfiai tényezők közül – mint az előzőkben láttuk – a legtöbben úgy találták, hogy a férfiak ritkábban nézik a címkéket, mint a nők, mindazonáltal nagyon sok tanulmány nem tudta kimutatni a nemek hatását a címkehasználat szintjére (HESS et al., 2011). Ehhez hasonlóan, míg egyes tanulmányokban a kornak nem volt szignifikáns kapcsolata a címkék használatával (VIOLA et al. 2016), addig mások találtak összefüggést (GRUNERT – WILLS, 2007; BESLER et al., 2012), bár országonként változóan (MANDLE et al., 2015). A korcsoportok közül ki lehet emelni az idősebb korosztályt, melynek címkehasználatára vonatkozó vizsgálati eredmények különösen ellentmondóak (COWBURN – STOCKLEY, 2005; SATIA et al., 2005). Ugyanígy kevesen találtak szignifikáns kapcsolatot a képzettséggel és a jövedelem szintjével (DRICHOUTIS et al., 2008), de vannak ellenpéldák is, ahol a magasabb képzettség és jövedelem összefüggést mutatott a címkehasználattal (NAYGA Jr., 1996; McLEAN-MEYINSSE, 2001; WILES et al., 2009; OLLBERDING et al., 2010; BESLER et al., 2012).

2.2. Az élelmiszercímkék használatának egészségtudatossághoz kapcsolódó aspektusai

Az egészséghez kapcsolódó aspektusok, mint az egészséges életmód és étkezés fontos szerepet játszanak, amikor az emberek megnézik a (tápérték) címkéket. HESS és munkatársai (2011) szerint az embereket inkább az egészséges étkezés iránti érdeklődés motiválja a címkék



vizsgálatában, és kisebb motivációs erővel bír a betegség elkerülésének a vágya. CAMPOS munkatársaival (2011) 120 tanulmány adatait feldolgozva erős összefüggést talált a tápértékjelölések használata és az egészségesebb étrend követése, a rendszeres testmozgás, valamint a nemdohányzás között. Természetesen a címkét gyakran áttanulmányozók között szerepelnek azok is, akik valamilyen táplálkozási betegséggel rendelkeznek (allergia, intolerancia), vagy valamilyen diétát követnek (MANDLE et al., 2015). Ezt támasztja alá BESLER és munkatársainak (2012) vizsgálata is, mely szerint a válaszadók a legnagyobb érdeklődést az élelmiszercímkék iránt akkor tanúsítanak, mikor diabetikus, light, organikus és funkcionális élelmiszereket vásárolnak.

2.3. Az élelmiszercímkéket nem használók motivációi

Mindazonáltal nem mindenki érdeklődik az egészség és az egészséges táplálkozás iránt, és (főként a tápérték) címkék pusztán jelenléte nem feltétlenül vezet annak használatához és az egészséges élelmiszerek megvásárlására vonatkozó döntésekhez. Így a következő befolyásoló csoportot azok a motivációs faktorok alkotják, melyek miatt az emberek nem használják a címkéket. GORTON munkatársaival (2008) több tényezőt is feltárt erre vonatkozólag: amellyel, hogy sokan nem érdeklődnek az egészséges étkezés iránt, többen mondták, hogy a) nincs szükségük több információra a termékről, b) nem értik a címkéket, és c) más prioritásaik vannak, melyek eltérnek az egészséges étkezéstől.

a) BANDARA és munkatársai (2016) szerint a márkahűség az egyik legfőbb oka annak, hogy a fogyasztók nem nézik az élelmiszercímkéket. Mivel az emberek sokszor ugyanazt a terméket vásárolják, így nagyon jól ismerik azt. Egyébként is jellemző, hogy az élelmiszerek vásárlását a megszokások vezetik, így a címke használata feleslegessé válik. Jellemzően inkább a nem ismert termékeknél, az első vásárláskor nézik meg a csomagolás információit (GRUNERT – WILLS, 2007; WILES et al., 2009; BESLER et al., 2012; MANDLE et al., 2015).

Az élelmiszerekkel és a táplálkozással kapcsolatos tudás szintén meghatározó szerepet játszik a címkék használatában (FITZGERALD et al., 2008; VIOLA et al., 2016). Azoknak, akik bő ismerettel rendelkeznek az egészséges étkezéssel, nincs szükségük további tájékozódásra. Például a magasabb életkor több táplálkozásra vonatkozó ismerettel jár együtt, így egyes vélemények szerint ez is magyarázhatja azt, hogy az idősebbek miért nem figyelnek a táplálkozási információkra (DRICHOUTIS et al., 2008). Egy másik lehetséges magyarázat, hogy az előzetes ismeretekkel rendelkező fogyasztók hatékonyabban használják a címkeinformációkat, azaz a hangsúlyos információkra, az információk megértésére koncentrálnak, így nem töltenek sok időt a címkék tanulmányozásával (MILLER – CASSADY, 2015). Mások szerint a fogyasztók táplálkozás-élettani tájékozatlansága és ismereteik hiánya miatt nem tudják értelmezni a feltüntetett információkat, ezért nem is foglalkoznak velük (COWBURN – STOCKLEY, 2005). Ugyanakkor nagyon sok tanulmány nem talált összefüggést a táplálkozási ismeretek és a címke használatának a valószínűsége között (NAYGA Jr., 2000; DRICHOUTIS et al., 2008).

b) A következő nagyon gyakran megnevezett indok, ami miatt nem olvassák el a címkéket, hogy a fogyasztók nem értik a címkén írtakat; a címke nyelvezete, terminológiája, nehéz értelmezhetősége megnehezíti az olvasást, de sokszor egyszerűen a kis méret az, ami gátolja őket az elolvasásban (GORTON et al., 2008; CAMPOS et al., 2011; BESLER et al., 2012; TEMPLE – FRASER., 2014; MANDLE et al., 2015). Kvantitatív kutatások szerint még azok is, akik részben vagy teljesen megértik a címkén szereplő információkat, úgy vélik, hogy fejleszteni kell a címkéket, mivel nehéz megtalálni a táplálkozási információkat, nehéz elolvasni azokat (kis betűméret, nem kontrasztos betűk, többnyelvűek), ismeretlen kifejezéseket használnak, zavarosak, nem szótrendszerek (GRUNERT – WILLS, 2007).



GRUNERT és munkatársai (2010a, b) koncepcionális modellje szerint a címke észlelése és a címkén lévő információk használata közötti kapcsolatot befolyásolják a címke megértését meghatározó tényezők. Például az előbb felsoroltakon túl az egyik ilyen potenciális korlátozó faktor a számolóképesség.

c) GORTON és munkatársai (2008) további tényezőkként beazonosítottak az egészséges étkezéstől eltérő más prioritásokat, melyek befolyásolják a címke használatát. Például az ár fontossága az egyik ilyen tényező, mely negatívan kapcsolódik a címkehasználat gyakoriságához, többek között DRICHOUTIS és munkatársai (2008), valamint GRUNERT és WILLS (2007) szerint.

Az evés hedonikus élményként való megélése szintén korlátozhatja az embereket a címke elolvasásában, mivel úgy érzik, mintha a címke elrontaná az étkezés örömét. Így az íz fontossága negatív kapcsolatban van a fogyasztók címkehasználatával, akik nagyobb hangsúlyt helyeznek az ételek ízére, általában kevésbé figyelnek a táplálkozási információkra (NAYGA Jr., 1996).

Ha az egészségprioritást és a hedonikus élményt összevontan vizsgáljuk, ételkategóriánként a következő eredményeket kapjuk: a főételek tápanyagcímkei több figyelmet kaptak, mint a többi ételkategóriáé, mint például a snackek, desszertek. Az egészségtelen, de hedonikus élvezeti értékkel rendelkező termékek (jégkrémek, kekszek, chipsek) címkeit kevésbé nézik meg, mely összecseng az élvezeti termékek és az alacsony gyakoriságú címkehasználat feltárt összefüggéseivel. Emellett az egészségesebbnek gondolt (pl. a joghurt) és/vagy kevésbé feldolgozottként vélt élelmiszerek (pl. gyümölcsök-zöldségek) kevesebb vizuális figyelmet kapnak, mint az olyan jobban feldolgozott termékek, mint például a pizza, vagy a konzervek (GRUNERT – WILLS, 2007; MANDLE et al., 2015). Az eredmények alapján kijelenthető, hogy a fogyasztók az egészségtelen, vagy az egyértelműen egészséges élelmiszerek címkéire szánnak kevesebb figyelmet (GRAHAM – JEFFERY, 2011).

2.4. Az élelmiszercímke-használat egyéb aspektusai

NAYGA Jr. (1999) további tényezőket is beazonosított, amelyek befolyásolják a címkehasználatot: vizsgálatai szerint azok érzik úgy, hogy a termékek címkéi nem segítenek nekik az egészségesebb élelmiszer kiválasztásában, akik magas testtömeg-indexszel rendelkeznek, nem mozognak rendszeresen, nincsenek speciális diétán, dohányoznak; valamint akik úgy gondolják, hogy a testalkat leginkább genetikafüggő, és nem hisznek abban, hogy kapcsolat lenne a táplálkozás és a betegségek között. Úgy gondolják, hogy a címkék elolvasása nem függ össze az egészséggel, nem választanak a címke segítségével könnyebben terméket, nem vásárolnak a címkén szereplő információk miatt új élelmiszert, illetve úgy vélik, hogy az élelmiszerek kiválasztásánál jobb a saját tudásukra támaszkodni, mint a címkék által nyújtott információkra.

Más kutatók egyéb szocio-ökonómiai faktorokat is bevontak a vizsgálatba. Például DRICHOUTIS és munkatársai (2008) a végzett munka jellegét is figyelembe vették a címkehasználatot befolyásoló faktorok között. Eredményeik szerint a munkahelyi feszültség növeli a címkehasználat valószínűségét, mivel a fogyasztók megpróbálják kompenzálni a munkájuk negatív egészségügyi hatásait egészségesebb táplálkozással, ami egy aktívabb címkehasználattal megvalósítható. A fizikailag igénybe vevő munkák esetén, mivel táplálékos étrendre van szükségük, nagyobb valószínűséggel használják közepes mértékben a címkéket. Eredményeik szerint általánosan jellemző, hogy a nem ülőmunkát végzők nagyobb valószínűséggel nem veszik figyelembe a címkéket. Valószínűleg a munkájukra úgy tekintenek



mint ami hozzájárul a mindennapos testmozgáshoz, így szükségtelennek vélik a címkék használatát egy egészségesebb táplálkozás eszközeként.

További befolyásoló tényezőként kiemelhetjük, hogy az ismeretlen, új termékek címkéire több időt fordítanak a fogyasztók, viszont a szűkösen rendelkezésre álló idő, vagy a szűkös költségvetés inkább csökkenti az erre szánt figyelmet (GRUNERT – WILLS, 2007; WILES et al., 2009; HESS et al., 2011; BESLER et al., 2012; MANDLE et al., 2015).

2.5. A címkehasználat gyakorisága, hossza és a megvizsgált információk

A legtöbb koncepcionális modell különbséget tesz aközött, amikor egy fogyasztó aktív információgyűjtési magatartást végez, a címke „feldolgozását” is beleértve, szemben azzal a szituációval, amikor a fogyasztó véletlenül észreveszi a címkét, melynek az adatait vagy feldolgozza, vagy sem. Ez a megkülönböztetés fontos, mert ha a fogyasztók igazi keresést végeznek, akkor az információk későbbi feldolgozása mélyebb lesz, és nagyobb az esélye annak, hogy az információ valóban befolyásolja az élelmiszer-választásokat. A szakirodalom szerint azok aránya, akik valódi kutatást végeznek és mindig megnézik a címkéket, illetve a tápértéktáblázatot, nem túl magas 15-29% között változik. Azok aránya viszont, akik időnként, vagy alkalmanként nézik meg a címkéket nagy szórást mutat országonként, 40%-tól 60%-ig terjed (GRUNERT – WILLS, 2007; OLLBERDING et al., 2010; MANDLE et al., 2015; BANDARA et al., 2016; VIOLA et al., 2016). Nagyon fontos eredménye a vizsgálatoknak, hogy a megkérdezett fogyasztók rendkívül magas, 78-90 százaléka érzi úgy, hogy gyakran megnézi a tápértékcímkéket, ám szinte mindegyik kutató megjegyzi, hogy ez az arány megtévesztő, mivel a nagy többség nem tudja megfelelően értelmezni az adatokat (McLEAN-MEYINSSE, 2001; SATIA et al., 2005; BESLER et al., 2012; VIJAYKUMAR et al. 2013).

GRUNERT és munkatársai (2010a) vizsgálatokat végeztek arra vonatkozóan is az Egyesült Királyságban, hogy a fogyasztók mennyi időt szánnak a címkék tanulmányozására. Megfigyelésük eredménye alapján átlagosan 29 másodpercet szán egy címke egy fogyasztó. A legtöbb időt a készételek címkéire fordítják, 41 másodpercet, míg a legkevesebbet a szénsavas üdítőkre, 23 másodpercet. SZAKÁLY és szerzőtársai (2014) által feltárt adatok azt mutatják, hogy a magyar fogyasztók némileg több időt töltenek egy eddig számukra ismeretlen termék címkéjének a tanulmányozásával, 41,1 másodpercet. Ezen belül a legtöbb fogyasztó a húskészítményekre és a fagyasztott termékekre szán az átlagosnál hosszabb időt. A legkevesebb figyelmet a leginkább „rutin” terméknek tekinthető pékáruk, péksütemények termék kategóriákra fordítják, majd ezt követik az olyan tipikus impulzustermékek, mint a csokoládé, cukorka és az üdítőital, szörp.

A címkéken megvizsgált információkat illetően – bár országonként vannak kisebb eltérések a sorrendet illetően – alapvetően megegyeznek a kutatások eredményei. Az alábbi, *1. táblázat* három csoportban mutatja a címkéken megvizsgált információkat.



1. táblázat: A fogyasztók által a címkéken megvizsgált információk

| | |
|---|---|
| Leggyakrabban megnézett információk | kalóriatartalom, zsírtartalom, adalékanyagok, származási hely, minőségmegőrzési idő, szavatosság, speciális diéta információk, vitamintartalom, energiatartalom, fehérjetartalom, élelmiszer eredete, márkanev, tápanyagtartalom, rosttartalom, cukortartalom, sótartalom |
| Átlagos gyakorisággal megnézett információk | nátriumtartalom, sótartalom, szénhidrátartalom, rosttartalom, cukortartalom, fehérjetartalom tartósítószer |
| Ritkán megnézett információk | ásványi anyagok, napi ajánlott bevitel |

Forrás: GRUNERT – WILLS (2007), GRUNERT et al. (2010a), GRAHAM – JEFFERY (2011), BANDARA et al. (2016)

Megjegyzés: az egyes kategóriák között lehetnek átfedések az országonkénti eltérések miatt

3. Anyag és módszer

A primer kutatás módszere fókuszcsoportos megkérdezés volt, melyet a Szocio-Gráf Piac- és Közvélemény-kutató Intézet bonyolított le. A fókuszcsoport strukturálatlan és közvetlen kutatási módszer, melyben egy képzett moderátor beszélget a válaszadók kis csoportjával. Elsősorban feltáró jellegű kutatás, a miértekre ad választ. A négy fókuszcsoportos beszélgetés közül kettő 2018. március 9-én Pécsen, kettő pedig 2018. március 19-én és 21-én Debrecenben zajlott le. Mindegyik csoportban 8-8 fő vett részt. Kics csoportos vizsgálat révén a reprezentativitás biztosítása nem volt cél, de a résztvevők összeállításánál törekedtek arra, hogy a két nem és a különböző korosztályok képviselve legyenek. További szegmentációs szempontként két csoportba inkább egészségtudatosak, míg a másik kettőbe kevésbé egészségtudatosak kerültek. A fókuszokon az élelmiszerekkel és étrend-kiegészítőkkel kapcsolatos szokásokról beszélgettek a résztvevőkkel, melynek részeként a címkéhasználati szokásokra is rákérdeztek.

A termékcímkékkel kapcsolatosan kitértek:

- a címkék használati gyakoriságára, a tanulmányozásukra szánt időre,
- az érzékelt hasznokra és akadályokra,
- a címkék információinak hitelességére,
- a címke értelmezésének könnyűségére, valamint arra, hogy
- az egészséges étkezési szokások mennyire jelennek meg a címkék használatakor.

4. Eredmények

Az eredményeket a fent említett témakörök mentén – ahol lehetőség nyílik rá – a négy fókuszcsoport tapasztalatainak összevetésével ismertetjük.

A címkéhasználat gyakoriságát és időtartamát illetően egyértelműen visszaigazolódta a szakirodalmi tapasztalatok. A négy csoportból mindössze egyetlen ember mondta azt, hogy soha nem nézi meg a címkéket, a többiek 30%-70%-os arányban mindig, illetve alkalmanként vizsgálják meg azokat. Leginkább akkor nézik meg az élelmiszerek címkéit, amikor olyan terméket vesznek, amellyel eddig még nem találkoztak. A beszélgetések során a hedonikus szemlélet is visszatükröződött, hiszen például a csokoládék esetén azért nem fordítanak figyelmet a címkékre, mert úgymond „jobb, ha nem tudja, mi van benne”. A címkék



tanulmányozására – saját bevallásuk szerint – néhány másodpercet szánnak, ha ismert a termék, de ha ismeretlen, akkor sem töltenek vele fél percnél többet. Természetesen vannak olyan kényszerek, amikor muszáj megnézni az ételismiszerkeken feltüntetett információkat – valamilyen betegség, vagy diétás előírások miatt, például fehérjeallergia, cukorbetegség esetén. Az időkorlát is előkerült mint meghatározó tényező, sietős bevásárláskor olyan ételismiszert választanak, ami már ismert és megszokott.

Amikor a beszélgetés során a *címkék hasznára* kérdezett rá a moderátor, sokan úgy fogalmaztak, hogy egyfajta megerősítést jelent a vásárló felé. Alapesetben nem tudják, hogy miben bízhatnak és miben nem, a címke pedig megteremti azt a bázist, amihez tudnak viszonyítani. A legnagyobb haszonként a szavatossági időről való tájékoztatást nevezték meg, de jellemzően inkább azt keresik a címkéken, amit kerülniük kell: E-betűs összetevők, adalékanyagok stb., különösen allergia, érzékenység, betegség esetén létfontosságúak az összetevőkről szóló információk. Ehhez kapcsolódóan felmerült kérdésként, hogy vajon mennyire tartják *hitelesnek* ezeket az információkat, mellyel kapcsolatosan megoszlottak a vélemények. Egyesek szerint „muszáj hinni benne, hogy hitelesek, hiszen csak nem kockáztatják meg annak a következményeit, hogy átvernek”. Mások azonban úgy gondolják, hogy sok a csalás, több, ételismiszerehez kapcsolódó botrányt hoztak fel példaként (makói fokhagyma, paprika), de volt, aki olyanról is hallott, hogy bevizsgált termékekben nem volt annyi vitamin, mint amennyit feltüntettek.

Az *akadályokkal* kapcsolatos vélemények teljesen egybecsengenek a nemzetközi szakirodalom eredményeivel. Csak néhány problémát kiemelve: a címkék információi túlságosan apró betűsek; nem elég kontrasztosak; egybefolynak; olyan színekkel nyomtatnak, melyeket nem lehet látni; nem mindig van rajta magyarul; túl sok a szakzsargon, nem lehet érteni; keresni kell az összetevőket. Többször is felmerült kifogásként, hogy a csomagolások össze-vissza vannak ragasztgatva, és sokszor fontos információkat takarnak el. Számos résztvevő tapasztalta, hogy a leragasztott szöveg nem egyezett meg a magyar felirattal, ami egyértelműen bizalomromboló hatással jár.

Mint a szakirodalmi áttekintésből is kiderült, a termék címkéjének kiemelt szerepe lenne abban, hogy a fogyasztót segítse az egészséges ételismiszerválasztási döntésekben, ezért kíváncsiak voltunk arra, hogy a fogyasztók tudnak-e olyan *címkén szereplő ajánlásokat mondani, melyek kifejezetten egészségvédő funkcióra* utalnak. Az általános kategóriákat tekintve a zsírszegény, 0%-os, light, (E, C) vitaminnal dúsított termékekre (pl. joghurt) asszociáltak. Amikor konkrét ételismiszereket kellett megnevezni, akkor mindegyik csoport elsőként a Flóra szívbarát margarint hozta fel példaként, de gyakran előkerült a lightos Univer ketchup, majonéz, mustár, a koleszterincsökkentett Rama, a kalciumozott Nesquick kakaópor, a Vitajó cipó, a Danone, a Milli termékek, vagy a Kinder tejszelet, ami – ahogy az egyik résztvevő fogalmazott – „állítólag” egészséges a gyerekeknek. A felsorolásból egyértelműen kitűnik, hogy – egy-két kisebb márkától eltekintve – a gyakran reklámozott multimárkák azok, amelyek rögzülnek a fogyasztók memóriájában, ám sokszor szkeptikusak velük szemben.

Az egészséges étkezési szokások felderítésének részeként a moderátor azt kérte a fókusz résztvevőitől, hogy állítsanak fel egy *fontossági sorrendet a címkén található információk között*. Érdekes tapasztalat, hogy míg az általános kérdésekben nem volt érzékelhető lényeges eltérés az egészségtudatos és az egészségére kevésbé figyelő csoportok között, ez volt az első olyan feladat, amely során egyértelmű különbségeket lehetett felfedezni. A fontossági rangsort az 2. táblázat mutatja. A szempontok közül mindössze kettő olyan volt – az allergének és az összetevők – melyek mind a négy csoportnál bekerültek az első 10 szempont közé. A termék neve, az ár, az adalékanyagok, a fogyaszthatósági idő és a tömeg pedig három csoportnál került a leglényegesebbek közé. A tápértéktartalomra vonatkozó adatok: energia-, cukor-, szénhidrát-,



fehérje- és rosttartalom szórványosan, egy, maximum két csoportnál kerültek megemlítésre a legfontosabbak között.

Ugyanakkor a 2. táblázat adataiból egyértelműen kirajzolódik, hogy a *kevésbé egészségtudatosak* rangsorában inkább az olyan praktikus szempontok jelentkeztek az első 10 helyen, mint a termék neve, ára, a gyártó, a tömeg/térfogat. Ezen felül olyan szempontok kerültek az első tíz helyre, melyek az interjú során többször is előkerültek: az allergének, az adalékanyagok, cukor- és kalóriatartalom. Ezzel szemben az *egészségtudatos csoportokban* inkább a tápanyagtartalomra vonatkozó információkat tartották a legfontosabbnak (különösen a debreceni csoportban), bár a pécsi egészségtudatos résztvevőknél az ár, márkanev, a termék neve és gyártója „befutott” a 7-10. helyre.

Ami viszont egyáltalán nem érdekli a fogyasztókat, az a nyereséjyáték, mely az abszolút utolsó helyet szerezte meg minden csoportban. Ezen kívül a napi ajánlott beviteli érték, a minőségi garancia, illetve az organikus/bio eredetnek is csekély információértéke van számukra, ami komoly kommunikációs hiányosságokra hívja fel a figyelmet.

2. táblázat: Az ételcímkeken található információk fontossága

| Fókusz 1. – Debrecen Nem egészségtudatos | Fókusz 2. – Debrecen Egészségtudatos | Fókusz 3. – Pécs Nem egészségtudatos | Fókusz 4. – Pécs Egészségtudatos |
|---|--|---|--|
| 1. Termék neve | 1. Energiatartalom (kalóriatartalom) | 1. Termék neve | 1. Allergének |
| 2. Allergének | 2. Adalékanyagok (E- számok) | 2. Ár | 2. Származási hely |
| 3. Összetevők | 3. Fehérjetartalom | 3-4. Tömeg/térfogat Allergének | 3. Összetevők |
| 4. Ár | 4. Cukortartalom | | 4. Tápanyag-összetétel, tápanyag-összetétel |
| 5. Cukortartalom | 5. Minőségmegőrzési (fogyaszthatósági) idő | 5-6. Származási hely Természetes összetevőkre utaló állítások | 5. Használati útmutató |
| 6. Gyártó | 6. Tömeg/térfogat | | 6. Minőségmegőrzési (fogyaszthatósági) idő |
| 7. Adalékanyagok (E- számok) | 7. Allergének | 7. Összetevők | 7. Ár |
| 8. Energiatartalom (Kalóriatartalom) | 8. Tápanyag-összetétel, tápanyag-összetétel | 8. Adalékanyagok (E- számok) | 8-10. Márkanév Gyártó Termék neve |
| 9. Szénhidráttartalom | 9. Összetevők | 9-10. Minőségmegőrzési (fogyaszthatósági) idő Egészségességre utaló állítások | |
| 10. Tömeg/Térfogat | 10.Élelmi rosttartalom | | |
| 11. Sótartalom | 11.Sótartalom | 11-17. Tápanyag-összetétel Sótartalom Fehérjetartalom Zsírtartalom Cukortartalom Élelmi rost tartalom Tápanyag-összetétel Minőségi garancia | 11. Tömeg, térfogat |
| 12. Fehérjetartalom | 12.Szénhidráttartalom | | 12. Természetes összetevőkre utaló állítások |
| 13. Zsírtartalom | 13.Ajánlott napi beviteli érték | | 13. Sótartalom |
| 14. Ajánlott napi beviteli értékek | 14.Márkanév | | 14. Cukortartalom |
| 15. Márkanév | 15.Zsírtartalom | | 15. Egészségre vonatkozó állítások |
| 16. Egészségre vonatkozó állítások | 16.Organikus/bio eredetre vonatkozó jelölés | | 16-17. Fehérjetartalom Szénhidráttartalom |
| 17. Származási hely | 17.Termék neve | | |



| | | | |
|--|--|---|--|
| 18. Élelmi rosttartalom | 18. Használati útmutató | 18. Márkanév | 18-19. Zsírtartalom |
| 19. Természetes összetevőkre utaló állítások | 19. Elérhetőség | 19. Szénhidrátartalom | Élelmi rosttartalom |
| 20. Minőségmegőrzési (fogyaszthatósági) idő | 20. Ár | 20-21. Organikus/bio eredetre vonatkozó jelölés | 20. Energiatartalom (kalóriatartalom) |
| 21. Elérhetőség | 21. Gyártó | Energiatartalom (kalóriatartalom) | 21. Minőségi garancia |
| 22. Használati útmutató | 22. Származási hely | 22. Használati útmutató | 22. Organikus/bio eredetre vonatkozó jelölés |
| 23. Organikus/bio eredetre vonatkozó jelölés | 23. Egészségre utaló állítások | 23. Elérhetőség | 23. Elérhetőség |
| 24. Minőségi garancia | 24. Minőségi garancia | 24. Gyártó | 24. Ajánlott napi beviteli értékek |
| 25. Tápértékadatok, tápanyag-összetétel | 25. Természetes összetevőkre utaló állítások | 25. Ajánlott napi beviteli értékek | 25. Adalékanyagok (E-számok) |
| 26. Nyereményjáték, promóció | 26. Nyereményjáték, promóció | 26. Nyereményjáték, promóció | 26. Nyereményjáték, promóció |

Forrás: saját szerkesztés

5. Következtetések

Előjáróban megállapítható, hogy a fókuszcsoportos vizsgálatok eredményei összecsengenek a nemzetközi kutatások tapasztalataival a címke-használatot illetően. A fókuszban résztvevők 30%-a saját bevallása szerint mindig, míg a többiek alkalmanként megnézik a termékek címkéit. Ez az arány megfelel a nemzetközi szakirodalomban feltárt átlagos címkehasználati gyakoriságnak és jónak tekinthető (GRUNERT – WILLS, 2007; OLLBERDING et al, 2010; MANDLE et al., 2015; BANDARA et al., 2016; VIOLA et al., 2016). Felmerül kérdésként ugyanakkor, hogy ha meg is nézik, mennyire tudják értelmezni a címke információit. A tapasztalatok nem pozitívak, a legtöbben nem értik a szaknyelven feltüntetett információkat, vagy egyszerűen csak nem tudják elolvasni a túlsúfolt, apró betűs szövegeket. Így mindenképpen ajánlható a termékcímkék designjának a megfontoltabb kialakítása. Persze nem könnyű a vállalatoknak a törvény által előírt információk mellett biztosítani a csomagolás vonzerejét, ám az információs túlterheltség negatívabb következményekkel jár. A fókuszalanyok szerint a fogyasztók – az öncélú designelemek helyett – egyszerű, érthető, áttekinthető és hiteles címkéket várnának el. Az irodalom szerint a minél kevesebb technikai információ mellett a szimbólumok, képi üzenetek növelnék a címkék értelmezhetőségét és hatékonyságát. Például az ún. közlekedési lámpa rendszer (traffic light), ahol piros, sárga és zöld színekkel jelzik az egyes összetevők jelenlétét, hazánkban még nem megszokott, de tanulmányok szerint növelik a címkék értelmezhetőségét és így hatékonyságát (TEMPLE – FRASER., 2014). Ezen felül továbbra is komoly kommunikációs kihívást jelent a vállalatok számára a címkéken megjelenő információk hitelességének a javítása, mivel a fókuszok résztvevőinek inkább negatív példák jutottak az eszükbe.

A címkékhez kapcsolódó előnyök között legtöbben a szavatossági időről, illetve azokról az összetevőkről történő tájékoztatást említették, melyeket mindenképp el szeretnének kerülni (E-számok, adalékanyagok, allergének stb.). Érdekes ellentmondás, hogy amikor a címkén található információkat kellett rangsorolni, ezek a tényezők sok csoportnál fel sem merültek a legfontosabbak között. Ez az eltérés egyértelműen jelzi, hogy a tudatosság szintjének az emelése a címkék használatában továbbra is hangsúlyos feladata az egészségügyi politikának. Annál is inkább, mivel a címkék egyik deklarált funkciója lenne az egészségesebb élelmiszerválasztások



támogatása. Amikor azonban a fókuszok résztvevőinek a csomagolásokon feltüntetett ajánlásokat kellett mondani, melyek kifejezetten egészségvédő funkcióhoz kapcsolódnak, csak sztereotípiákban tudtak gondolkodni, olyan kategóriákat soroltak fel, mint zsírszegény, cukormentes, light. A címkeinformációk rangsorában a tápanyag-összetevők közül a kalória-, cukor-, esetenként a fehérjetartalom viszonylag előkelő helyen szerepelt, ami pozitívumként értékelhető. Ugyanakkor ez is aláhúzza annak a fontosságát, hogy nem csak a cukor- és kalóriatartalom ellenőrzése fontos a csomagolásokon, hanem számos más tápanyag együttes értelmezése lenne megfelelő, amire rá kellene irányítani a fogyasztók figyelmét. Elengedhetetlen, hogy a fogyasztók tisztában legyenek a tápanyag-információk jelentésével, ezáltal elkerülvén az egészségtelen élelmiszerek vásárlását, ezzel pedig a szükségtelen egészségügyi kockázatot.

Összességében megállapítható, hogy a címkék használatára irányuló oktatásnak ki kellene emelnie, hogy a címke információi által hozott döntés megfelelőbb az élelmiszerek esetében, mint a saját tudásra való hagyatkozás. Azt azonban le kell szögezni, hogy a címke önmagában nem elegendő a viselkedés egészségesebb irányba történő módosításához, hiszen míg a címkék értelmezése a tudástól függ, addig használatuk inkább az egészséges életmódra való törekvéstől. A feladat tehát összetett. Az egészségügyi-társadalmi szervezeteknek az egészséges életmódot ösztönző programok részeként, azaz e programokat támogató környezet megteremtésének egy elemeként kellene a termékcímkék tudatos és helyes használatára megtanítani az embereket.

6. Összegzés

Az élelmiszercímkék kiemelkedő funkciója – a vásárlók vonzása mellett –, hogy releváns információkkal szolgáljanak a termékről és támogatást nyújtsanak az egészségtudatosabb választáshoz. Ugyanakkor a címkék a nemzetközi szakirodalom állításai szerint sem töltik be a nekik szánt szerepet. Jelen tanulmány ezért a fogyasztók címkehasználati szokásainak egyes tényezőit próbálta meg feltárni egyrészt az irodalom elemzésével, másrészt négy fókuszcsoporthoz vizsgálat eredményeinek a feldolgozásával. A szakirodalom alapján világosan kirajzolódik, hogy az élelmiszercímkéket használók szocio-demográfiai, gazdasági szempontból nehezen jellemezhetők, a kutatások eredményei meglehetősen ellentmondásosak. Az egyetlen, amiben konszenzus alakult ki, hogy leginkább a nők tanulmányozzák a címkéket, emellett kutatók összefüggést találtak az egészséges életmódra törekvés és a gyakoribb címkehasználat között is. A csomagoláson található információk figyelmen kívül hagyására számos tényező motiválja a fogyasztókat azon kívül, hogy nem érdeklődnek az egészséges étkezés iránt. Sok embert a megszokás, márkahűség irányítja az élelmiszer-vásárláskor, míg mások úgy érzik, hogy nincs szükségük több információra, mivel eléggé informáltak. Ezen túl nagyon sok fogyasztónál az értelmezés, vagy egyszerűen az elolvasás nehézsége gátolja a tájékozódást. Továbbá az evés hedonikus élményként való megélését sorolták fel, mely a címkehasználatot háttérbe szorítja, de gátló tényező még – sok más mellett – a magas testtömeg-index, a fizikai munka, a kevés mozgás, illetve olyan szituációs tényező, mint az idő hiánya.

Fókuszcsoporthoz vizsgálatunk egyértelműen visszaigazolták a nemzetközi tapasztalatokat. A résztvevők kevesebb mint harmada nyilatkozott úgy, hogy rendszeresen megnézi a címkéket, azon is a figyelmük arra irányul, hogy mit nem tartalmaz a termék (adalékanyag, cukor, allergének stb.). A fókusz tapasztalatai is rámutattak, hogy tudatosság terén még van hova fejlődnie a magyar fogyasztóknak is, hiszen többször előfordult, hogy nem volt összhang a megkérdezettek egyes kérdésekre adott válaszai között.



A tanulmány konklúziója, hogy a címke használatának a „megtanítása” növelné a fogyasztók bizalmát, magabiztosságát és tudatosságát. Ugyanakkor azt is látni kell, hogy nem várható el a címkétől önmagában, hogy a magatartást egészségesebb irányba terelje, inkább egy egészségtudatosabb életmódra ösztönző program részeként tölthet be fontos szerepet.

7. Köszönetnyilvánítás

A publikáció elkészítését az EFOP-3.6.2-16-2017-00003 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

8. Irodalomjegyzék

- Bandara, B. E. S. – De Silva, D. A. M. – Maduwanthi, B. C. H. – Warunasinghe, W. A. A. I. (2016): Impact of food labeling information on consumer purchasing decision: with special reference to faculty of Agricultural Sciences. *Procedia Food Science*. 6 309–313. <https://doi.org/10.1016/j.profoo.2016.02.061>
- Besler, H. T. – Buyuktuncer, Z. – Uyar, M. F. (2012): Consumer understanding and use of food and nutrition labeling in Turkey. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 44 (6) 584–591. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2012.01.005>
- Campos, S. – Doxey, J. – Hammond, D. (2011): Nutrition labels on pre-packaged foods: a systematic review. *Public Health Nutrition*. 14 (8) 1496–1506. <https://doi.org/10.1017/s1368980010003290>
- Cowburn, G. – Stockley, L. (2005): Consumer understanding and use of nutrition labelling: a systematic review. *Public Health Nutrition*. 8 (1) 21–28. <https://doi.org/10.1079/phn2004666>
- Drichoutis, A. C. – Lazaridis, P. – Nayga, R. M. – Kapsokefalou, M. – Chryssochoidis, G. (2008): A theoretical and empirical investigation of nutritional label use. *The European Journal of Health Economics*. 9 (3) 293–304. <https://doi.org/10.1007/s10198-007-0077-y>
- Fitzgerald, N. – Damio, G. – Segura-Pérez, S. – Pérez-Escamilla, R. (2008): Nutrition knowledge, food label use, and food intake patterns among latinás with and without type 2 diabetes. *Journal of the American Dietetic Association*. 108 (6) 960–967. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2008.03.016>
- Gorton, D. – Ni Mhurchu, C. – Chen, M. – Dixon, R. (2008): Nutrition labels: a survey of use, understanding and preferences among ethnically diverse shoppers in New Zealand. *Public Health Nutrition*. 12 (9) 1359–1365. <https://doi.org/10.1017/s1368980008004059>
- Graham, D. J. – Jeffery, R. W. (2011): Predictors of nutrition label viewing during food purchase decision making: an eye tracking investigation. *Public Health Nutrition*. 15 (02) 189–197. <https://doi.org/10.1017/s1368980011001303>
- Grunert, K. G. – Wills, J. M. (2007): A review of European research on consumer response to nutrition information on food labels. *Journal of Public Health*. 15 (5) 385–399. <https://doi.org/10.1007/s10389-007-0101-9>
- Grunert, K. G. – Wills, J. M. – Fernández-Celemín, L. (2010a): Nutrition knowledge, and use and understanding of nutrition information on food labels among consumers in the UK. *Appetite*. 55 (2) 177–189. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.05.045>
- Grunert, K. G. – Fernández-Celemín, L. – Wills, J. M., Storcksdieck genannt Bonsmann, S. – Nureeva, L. (2010b): Use and understanding of nutrition information on food labels in six European countries. *Journal of Public Health*. 18 (3) 261–277. <https://doi.org/10.1007/s10389-009-0307-0>



- Hess, R. – Visschers, V. H. – Siegrist, M. (2011): The role of health-related, motivational and sociodemographic aspects in predicting food label use: a comprehensive study. *Public Health Nutrition*. 15 (03) 407–414. <https://doi.org/10.1017/s136898001100156x>
- Kim, S-Y. – Nayga, R. M. Jr. – Capps, O. Jr. (2001): Health knowledge and consumer use of nutritional labels: the issue revisited. *Agricultural and Resource Economics Review*. 30 (1) 1–10. <https://doi.org/10.1017/S1068280500000502>
- Mandle, J. – Tugendhaft, A. – Michalow, J. – Hofman, K. (2015): Nutrition labelling: a review of research on consumer and industry response in the global South. *Global Health Action*. 8 (1) 25912. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.25912>
- McLean-Meyinsse, P. E. (2001): An analysis of nutritional label use in the Southern United States. *Journal of Food Distribution Research*. 32 (1) 110–114.
- Miller, L. M. S. – Cassady, D. L. (2015): The effects of nutrition knowledge on food label use. A review of the literature. *Appetite*. 92 207–216. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.05.029>
- Nayga Jr., R. M. (1996): Determinants of consumers' use of nutritional information on food packages. *Journal of Agricultural and Applied Economics*. 28 (02) 303–312. <https://doi.org/10.1017/s107407080000732x>
- Nayga Jr., R. M. (1999): Toward an understanding of consumers' perceptions of food labels. *The International Food and Agribusiness Management Review*. 2 (1) 29–45. [https://doi.org/10.1016/s1096-7508\(99\)00011-7](https://doi.org/10.1016/s1096-7508(99)00011-7)
- Nayga Jr., R. M. (2000): Nutrition knowledge, gender, and food label use. *Journal of Consumer Affairs*. 34 (1) 97–112. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6606.2000.tb00086.x>
- Ollberding, N. J. – Wolf, R. L. – Contento, I. (2010): Food label use and its relation to dietary intake among US adults. *Journal of the American Dietetic Association*. 110 (8) 1233–1237. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2010.05.007>
- Satia, J. – Galanko, J. – Neuhouser, M. (2005): Food nutrition label use is associated with demographic, behavioral, and psychosocial factors and dietary intake among African Americans in North Carolina. *Journal of the American Dietetic Association*. 105 (3) 392–402. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2004.12.006>
- Szakály Z. – Horvát A. – Soós M. – Pető K. – Szenté V. (2014): A minőségre és származásra utaló jelölések szerepe a fogyasztói döntéshozatalban. *Élelmiszer, Táplálkozás és Marketing*. 10 (1) 3–10.
- Temple, N. J. – Fraser, J. (2014): Food labels: A critical assessment. *Nutrition*. 30 (3) 257–260. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2013.06.012>
- Vijaykumar, S. – Lwin, M. O. – Chao, J. – Au, C. (2013): Determinants of food label use among supermarket shoppers: A Singaporean perspective. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 45 (3) 204–212. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2012.09.001>
- Viola, G. C. V. – Bianchi, F. – Croce, E. – Ceretti, E. (2016): Are food labels effective as a means of health prevention? *Journal of Public Health Research*. 5 (3) 139–142. <https://doi.org/10.4081/jphr.2016.768>
- Wiles, N. L. – Paterson, M. – Meaker, J. L. (2009): What factors determine the use of the nutrition information on the food label when female consumers from Pietermaritzburg select and purchase fat spreads?. *South African Journal of Clinical Nutrition*. 22 (2) 69–73. <https://doi.org/10.1080/16070658.2009.11734221>



Életstílus alapú fogyasztói szegmensek étrend-kiegészítők vásárlásában megjelenő sajátosságai

NÁBRÁDI ZSÓFIA

*MSc, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
nabradi.zsofia@econ.unideb.hu*

SZAKÁLY ZOLTÁN

*CSc, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
szakaly.zoltan@econ.unideb.hu*

Absztrakt

A magyar lakosság körében évről évre nő az étrend-kiegészítő termékek vásárlásának aránya. A fogyasztói csoportok vizsgálatával meghatározhatunk jellegzetes tényezőket, amelyek befolyásoló erővel bírnak az étrend-kiegészítők igénybevételével kapcsolatos attitűdökre. Szekunder elemzés keretében globális szinten vizsgáltuk az étrend-kiegészítők fogyasztását meghatározó tényezőket. Az eredményeknek megfelelően, előre meghatározott kritériumok alapján vontunk be résztvevőket kutatásunkba. Célkitűzésünk fókusz csoportos vizsgálattal feltárni, a hazánkban már korábban azonosított, fogyasztói életstílus szegmensek étrend-kiegészítők piacán mutatkozó sajátosságait. Kvalitatív kutatásunk eredményeként megállapítottuk, hogy az életstílus alapú fogyasztói szegmensek közül az étrend-kiegészítők vásárlása, valamint fogyasztása a „Sikeres”, „Minőségorientált-sikeres” és a „Márkahű-szerény” csoportokra jellemző leginkább. Mindhárom struktúrában ellentmondásos attitűdök mutatkoznak a termék minőségével és a fizetési hajlandósággal kapcsolatban. Az étrend-kiegészítő termékek vásárlásakor - a magyar fogyasztókat jellemző ár-érzékenység mellett - a vizsgált mintában dominánsan megjelenik a márka-érzékenység is.

Kulcsszavak: étrend-kiegészítők, fogyasztói szegmensek



1. Bevezetés

1.1. Az étrend-kiegészítők fogalmi meghatározása

Az Amerikai Gyógyszer- és Élelmiszerügyi Hatóság (FDA) szerint étrend-kiegészítő mindazon (nem dohány jellegű) termék, melynek célja az étrend kiegészítése, és amely tartalmaz egy, vagy több összetevőt az alábbiak közül: vitamin, ásványi anyag, aminosav, gyógynövény, vagy egyéb növényi anyag, illetve ezek koncentrátumai, összetevői, vagy kombinációi. (AKILEN, et al., 2014).

Magyarországon az étrend-kiegészítőkre vonatkozó európai uniós direktívával harmonizál az étrend-kiegészítőkről szóló 37/2004. (IV. 26.) ESZCSM- (Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium) rendelet. Ez alapján az étrend-kiegészítők olyan élelmiszerek, amelyek koncentrált formában tartalmazznak –táplálkozási vagy élettani szempontból fontos– tápanyagokat, külön-külön, vagy kombináltan. Céljuk a hagyományos étrend kiegészítése, megjelenési formájuk pedig eltérő a hagyományos élelmiszerekétől. Az EU vonatkozásában egységes megközelítésként jelenik meg, hogy a fogyasztók felé történő kommunikációban az egészségre és nem a betegség kezelésére vonatkozó állítások jelenhetnek meg az étrend-kiegészítők esetén. Ennek ellenére a témával foglalkozó szakirodalom számos fogyasztói tévhitet azonosított, amelyek arra irányulnak, hogy a fogyasztók különböző típusú betegségek kezelése érdekében vásárolnak ilyen készítményeket (LUGASI, 2014).

1.2. Étrend-kiegészítők fogyasztása és a termékekre fordított költési arány

Az étrend-kiegészítők piacán számos típus és megjelenési forma található, azonban jelen tanulmányban csupán a vitamin- és ásványianyag fogyasztásra térünk ki. Az EUROMONITOR 2017-es felmérése alapján a magyarok egyre nagyobb figyelmet fordítanak az egészség megőrzésre, a súlyos egészségügyi problémák elkerülése érdekében. Bár a dúsított / funkcionális ételek és italok fontos szereppel bírnak a piacon, a legtöbb magyar ember mégis nagyobb bizalmat fűz a tabletták (azon belül is a vitaminok és ásványi anyagok) hatékonyságához (EUROMONITOR, 2017). A különböző étrend-kiegészítők közül világszerte a vitaminok fogyasztása a legjellemzőbb. Az USA-ban az öt leggyakrabban fogyasztott étrend-kiegészítő terméket az 1. táblázat szemlélteti.

1. táblázat: Az USA-ban leggyakrabban fogyasztott étrend-kiegészítő termékek

| Termék típusa | Fogyasztási arány (%) |
|---------------------|-----------------------|
| Multivitamin | 73 |
| D vitamin | 37 |
| C vitamin | 32 |
| Calcium | 26 |
| B vitamin / komplex | 24 |

Forrás: STATISTA (2017)

Az Európai Unió egységét tekintve nem találtunk konkrét fogyasztási adatokat. Az EUROMONITOR 2019-es vizsgálata alapján a magyar fogyasztók inkább a különböző étrend-kiegészítők kombinációját részesítik előnyben, mint egy specifikus készítményt.



A Nutrition Business Journal felmérése alapján, amely az eladásokat rögzítette az étrend-kiegészítő iparban, 2015-ben a vitaminokat és ásványi anyagokat tartalmazó termékek a teljes vásárlások 43%-át tették ki (JOHNSON, 2015). Az Európai Unió egyes tagállamaiban felmérték a „self medication” piacon történt vitamin- és ásványianyag költségeket. A kutatás szerint az Egyesült Királyságban áldoztak legtöbbet étrend-kiegészítő termékekre, összesen 472,03 millió eurót. Őket követte Lengyelország 411,95 millió, majd Németország 256 millió eurós költséssel. Magyarország a 12. helyen állt a rangsorban, 64,79 millió eurós költséssel (STATISTA, 2018).

1.3. Az étrend-kiegészítők fogyasztását meghatározó demográfiai és életstílus jellemzők

Számos korábbi vizsgálat megerősíti, hogy a táplálék-kiegészítők fogyasztása az életkor előre haladtával nő, valamint nők körében sokkal magasabb arányú (BAILEY et al. 2011, 2013; RADIMER et al. 2004; DICKINSON&MACKAY, 2014; ROVIRA et al. 2013). A táplálkozási faktorok azonosításával az is megállapításra került, hogy az étrend-kiegészítőket fogyasztók közt magas arányban találhatunk olyanokat, akiknek valójában nincs is szükségük extra tápanyagbevitelre. Ez első sorban olyan nők közt jelenik meg, akik egészséges életmódot élnek (magas zöldség- és gyümölcsfogyasztás jellemző rájuk, fizikailag aktívak, nem dohányoznak és nem fogyasztanak alkoholt), továbbá magas szocio-ökonómiai státusz jellemző rájuk (VANTANPARAST et al., 2010). REEDY és munkatársai (2005) az egészségmagatartás egyes tényezőit vizsgálva kutatási mintájukban azt találták, hogy az étrend-kiegészítőket igénybe vevők magasabb zöldség- és gyümölcsfogyasztással jellemezhetők.

A NHANES (National Health and Nutrition Examination Surveys) felmérései alapján az elmúlt közel 20 évre visszamenőleg igazolt, hogy a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők körében jóval elterjedtebb az étrend-kiegészítők fogyasztása, mint az alacsonyabb szocio-ökonómiai státuszúak között (DICKINSON&MACKAY, 2014). Globális érvényű az a megállapítás, hogy a rendszeres fizikai aktivitást végző fogyasztók jelentős hányada vásárol legalább egyféle táplálék-kiegészítő készítményt. Kivételt képez egy, a mediterrán országokban – Girona és Spanyolország - végzett felmérés (ROVIRA et al., 2013) amely nem talált szignifikáns összefüggést az étrend-kiegészítők fogyasztása és a rendszeres fizikai aktivitás között. Egyéb életmódtényezőket vizsgálva a kutatások azt bizonyítják, hogy szignifikáns összefüggés mutatható ki a dohányzás és az étrend-kiegészítő fogyasztás között. Ez alapján elmondható, hogy azok, akik korábban dohányoztak, de már leszoktak a cigarettáról, nagyobb valószínűséggel fogyasztanak étrend-kiegészítőket, mint azok, akik sosem dohányoztak, vagy jelenleg is dohányoznak (KNUDSEN et al., 2002; DICKINSON & MACKAY, 2014). RADIMER és munkatársai (2004) az alkoholfogyasztással összefüggésben azt találták, hogy azok az egyének, akik havonta több mint 4 alkalommal fogyasztanak bort, vagy röviditalt, nagyobb valószínűséggel használnak valamilyen táplálék-kiegészítőt. Kutatási mintájuk eredményei alapján, aki ennél ritkábban vagy egyáltalán nem fogyaszt alkoholt, kisebb valószínűséggel szed étrend-kiegészítő terméket. BAILEY és munkatársai (2013) eredményei alapján az amerikai felnőttek azért vásárolnak étrend-kiegészítőket, hogy megőrizzék és biztosítsák egészségüket. A termékek vásárlása azonban döntő többségében nem orvosi javaslatra történt, tehát a fogyasztók személyes választás alapján döntöttek a táplálék-kiegészítők mellett. Ez igazolja a már számos korábbi kutatásban említett inverz hipotézist, amely szerint a fogyasztók az étrend-kiegészítőknek olyan szerepet tulajdonítanak, ami által elkerülhetik a rossz egészségi állapot kialakulását (BAILEY, 2013).

Az életstílus-kutatások a 70-es évektől kezdtek elterjedni, két fő csoportját a családra és az egyénekre összpontosító vizsgálatok jelentik. Az egyéni életstílusra irányuló elemzések a fogyasztói életstílus egy- vagy többdimenziós bemutatására törekednek. (ANDICS in VERES,



2010). Az életstílus alapú fogyasztói szegmensek azonosítása hazánkban az étrend-kiegészítőket fogyasztók között eddig feltáratlan kutatási területet képeztek.

2. Anyag és módszer

Az életstílus-alapú fogyasztói szegmensek 2010-ben kerültek meghatározásra Magyarországon. (VERES et al, 2010). Veres és munkatársai feltárták az egyes csoportok demográfiai tényezőit, vásárlással és fogyasztással kapcsolatos attitűdjeiket, márkához való viszonyukat, valamint a fogyasztók által preferált hobbi- és szabadidős tevékenységeket. A vizsgálat alapján három nagy kategória különíthető el, amelyekbe különböző csoportok tartoznak. Az életstílus-kategóriákat és a hozzájuk tartozó fogyasztói csoportokat a 2. táblázat szemlélteti.

2. táblázat: Életstílus-kategóriák és az azokba tartozó csoportok

| Életstílus-kategória | Fogyasztói csoportok |
|-----------------------|---|
| Fogyasztói „elit” | Sikeres Minőségorientált sikeres |
| Fogyasztói középréteg | Presztízsfogyasztó Otthonülő igényes Márkahű szerény |
| Lemaradók | Otthonülő leszakadó Kalandor lemaradó Konzervatív szegényes |

Forrás: VERES et al. (2010) alapján saját szerkesztés

Az összes felsorolt fogyasztói réteg értékeiben, attitűdjeiben rendelkezik olyan minőségi jellemzőkkel, amelyek a csoport hovatartozást magyarázzák. Ezek az értékek, attitűdök bizonyos mértékig követik ugyan a vagyoni, fogyasztói státusz helyzetet, de attól részben függetlenek. Vizsgálatunkban arra kívántunk fényt deríteni, hogy a korábban meghatározott életstílus-csoportok közül melyik/melyek jelennek meg az étrend-kiegészítőket vásárló és használó fogyasztók között. Szekunder kutatásunk alapján azt találtuk, hogy az étrend-kiegészítők vásárlása és használata szignifikánsan magasabb bizonyos demográfiai, és életstílus-jellemzőkkel rendelkező fogyasztók között. Ennek megfelelően vizsgálatunkba olyan személyeket vontunk be, akiknél az alábbi kritériumok teljesültek:

- Az elmúlt egy évben fogyasztott legalább egy típusú étrend-kiegészítő készítményt
- Felsőfokú végzettséggel rendelkezik
- 25 évesnél idősebb
- Fontos számára az egészséges táplálkozás
- Rendszeresen végez valamilyen fizikai aktivitást

Kvalitatív kutatásunkat - 8 fő (5 nő és 3 férfi) részvételével - fókusz csoportos interjú képezte, melynek forgatókönyvét három nagyobb vizsgálati területre osztottuk. Az első részben az étrend-kiegészítők vásárlásával és fogyasztásával kapcsolatos attitűdöket tártuk fel. A második blokkban az életstílus alapú fogyasztói szegmensek kerültek meghatározásra, majd a harmadik részben a csoport-attitűdök azonosítása ment végbe.



3. Eredmények

3.1. Az étrend-kiegészítők vásárlásával és fogyasztásával kapcsolatos attitűdök

A vizsgált mintában három fő motivációs tényező jelent meg az étrend-kiegészítők használatával kapcsolatban. A legfontosabb hajtóerő e készítmények vásárlásakor az egészség megőrzése, és az immunrendszer erősítése. Korábbi kutatások alátámasztják, hogy számos esetben felmerül az a fogyasztói tévhit, miszerint az étrend-kiegészítők használata alkalmas egyes betegségek kezelésére. Mintánkban a felmérés során vita tárgyát képezte, hogy az étrend-kiegészítők alkalmazása milyen kapcsolatban áll a betegségek megelőzéssel, valamint egyes betegségek kezelésével. A kutatás résztvevői fizikálisan aktívak, rendszeresen végeznek valamilyen sporttevékenységet. A vásárlás motivációs tényezői közt kiemelkedő volt náluk a teljesítménynövelés fontossága.

A csoport tagjai között homogén válaszok érkeztek a fogyasztással kapcsolatos kérdéskörre. Ennek alapján elmondható, hogy a vitaminokat (különös tekintettel a C, D, E és K vitamin, valamint a multivitamin), és az ásványi anyagokat (kálium, magnézium) tartalmazó készítmények a leginkább preferált termékek. Az egyes termékek vásárlásakor befolyásoló erővel bír az ár, valamint a márka, míg az étrend-kiegészítő termékek eredete kevésbé meghatározó. Hazai és külföldi étrend-kiegészítőket egyaránt vásárolnak és fogyasztanak, az egyes márkáknak magasabb bizalmi szintet tulajdonítva.

A vásárlás helyszíne jellemzően a patika, drogéria és a testépítő boltok. A csoport körében elterjedt az online rendelés is, azonban az interneten csak a számukra megbízható, „jól bevált” készítményeket vásárolják. A termékekről való információkeresés online és offline felületen egyaránt történik, azonban kiemelt fontosságú számukra a referencia személy (pl. orvos, dietetikus, patikus, edző). Költségi hajlandóságuk az étrend-kiegészítők kapcsán jövedelemszintükhöz igazodik, ám elmondható, hogy a vizsgált minta, étrend-kiegészítő termékek vásárlásakor egyöntetűen hajlandó a minőségért magasabb árat fizetni.

3.2. Életstílus alapú fogyasztói szegmensek meghatározása és a csoport-attitűdök azonosítása

Vizsgálati mintánk a Veres és munkatársai alapján képzett életstílus szegmensek közül hárommal tudott azonosulni. Megállapítható, hogy az a fogyasztói klaszter, amelyre leginkább jellemző az étrend-kiegészítők vásárlása és használata, a „Fogyasztói elit” és a „Fogyasztói középréteg” csoportjaiból tevődik össze. Ebben az alfejezetben azt a három életstílus-csoportot jellemezzük Veres és munkatársai leírása alapján, amellyel kutatási mintánk azonosult. Azokra a csoportokra, amelyekkel a résztvevők nem tudtak azonosulni - annak ellenére, hogy érintettnek tartják őket az étrend-kiegészítő termékek vásárlásában - jelen kutatás nem tér ki.

„Minőségorientált sikeres”

Csak jó minőségű termékeket vásárol, kitart a megkedvelt márkák mellett. Ő a termékek minőségét a márka alapján dönti el, ismeretlen márkájú termékeket nem szokott vásárolni. Vannak olyan márkák, amelyekről úgy gondolja, hogy jellemzik őt, ezért egyes márkák jobban illenek hozzá. Szerinte sokat elmond az emberről, hogy milyen márkákat használ vagy fogyaszt. Szeret olyan márkákat választani, amelyeket hozzá közel álló ismerősei is kedvelnek. Gyakran próbál ki új termékeket. Sok időt fordít a külsejére, lépést tart a divattal, élvezzi a ruhavásárlást. Nagyobb arányban költ piperecikkekre és kozmetikumokra. Néha olyasmit is megvesz, amire nincs igazán szüksége. Ha valami megtetszik neki, egyből megveszi, nem számít a termék minősége. Szabad idejét szívesen tölti a családjával. Az átlagosnál több időt fordít a sportolásra.



Szívesen mozdul ki otthonról családjával, barátaival, ismerőseivel kikapcsolódni / szórakozni (étterem, söröző, vendéglő, diszkó, stb.). Az átlagosnál gyakrabban megy vendégségbe, vagy fogad vendégeket. Sokat internetezik, szeret filmeket nézni. Kedveli a könnyűzenét, a hetilapokat.

Az étrend-kiegészítők vásárlásával és fogyasztásával kapcsolatos csoport-attitűd: *„Csak a jól bejáratott márkában bízok meg, az ismeretlen márkájú termékeknek egészségkárosító hatása lehet.”*

„Sikeres”

Ha valamit megszeret (pl. egy terméket), kitart mellette, általában a jól ismert márkákat vásárolja. Amiket jó minőségű márkáknak tart, azokhoz ragaszkodik, mert fontos számára a minőség. Úgy gondolja, hogy márkás termékeket vásárolni gazdaságosabb, mert bár drágább, minőségével „visszahozza” az árát. Szabad idejét általában a családjával szereti eltölteni. Ha otthon van, inkább TV-t néz, de nem szereti a sorozatokat. Viszonylag sok időt internetezik. Inkább nem szeret vásárolni. Ez az élelmiszer vásárlására és a ruha vásárlására egyaránt vonatkozik, a „shoppingolás” nem tartozik a preferált tevékenységei közé. Az anyagi javakkal való ellátottsága jónak mondható. Kedveli a könnyűzenét, nyomtatott sajtót és könyveket ritkán olvas.

Az étrend-kiegészítők vásárlásával és fogyasztásával kapcsolatos csoport-attitűd: *„Az általam jónak tartott termékeket vásárlom, fontos számomra a minőség.”*

„Márkahű szerény”

Bevásárláskor jellemző rá a takarékoskodás, ennek ellenére fontosnak tartja a márkákat. A jól ismert márkákat vásárolja, kitart a megkedvelt márkák mellett. Törekszik csak jó minőségű terméket vásárolni, az alkalmi vételek és akciós ajánlatok az átlagosnál kevésbé érdeklik. Úgy gondolja, hogy márkás termékeket vásárolni gazdaságosabb, mert minőségükkel „visszahozzák” az árukat. Nagyon gyakran próbál ki új termékeket. Viszonylag keveset költ piperecikkekre, kozmetikumokra, ennek ellenére törekszik külsejét nem elhanyagolni. A jó minőségért rendszerint nem hajlandó többet fizetni. Nem foglalkozik azzal, hogy a környezete milyen márkákat használ. Szabad idejében szeret kimozdulni otthonról. Az átlagosnál lényegesen kevésbé jellemző rá a TV nézés, a TV sorozatok nyomon követése, viszont a filmeket kedveli. Nagyon jellemző rá a könnyűzene hallgatása, és gyakran internetezik. Az átlagosnál lényegesen gyakoribb a családdal, barátokkal, ismerősökkel való szórakozás (étterem, söröző, vendéglő, diszkó, stb.).

Az étrend-kiegészítők vásárlásával és fogyasztásával kapcsolatos csoport-attitűd: *„Takarékosan vásárolok, általában nem fizetek többet a jó minőségért, de vannak olyan termékek, amikhez ragaszkodom.”*

A kutatás során a további életstílus-szegmensek is azonosításra kerültek, ám azok attitűdjeit idegennek élték meg sajátjaiktól. Az étrend-kiegészítők vásárlásával kapcsolatos kérdéskörök rávilágítottak, hogy a résztvevők véleménye szerint egyetlen csoport tekinthető elzárkózónak, kettő semlegesnek, az összes többi pedig érintett az érintett-kiegészítők használatában. Eredményeinket az 1. ábra szemlélteti.



1.ábra: Az étrend-kiegészítő termékek fogyasztása az egyes életstílus-szegmensekben

Forrás: saját szerkesztés

Veres és munkatársai az iskolai végzettség és a társadalmi státusz kérdéskörei mentén vizsgálták az életstílus-csoportokat. Szekunder kutatásunkban hasonló eredményeket kaptunk az egyes életstílus-csoportok demográfiai tényezőinek azonosításakor. Ennek alapján, az étrend-kiegészítők vásárlását és fogyasztását tekintve elzárkózónak mondható az „Otthonülő leszakadó” életstílus-csoport. Ez a legidősebb fogyasztói réteg, amely közép- vagy alacsony végzettséggel rendelkezik, alacsony jövedelem és gyenge tartós fogyasztási cikkekkel való ellátottság jellemző rájuk. Semleges kategóriába tartozik a „Kalandor lemaradó”, valamint a „Konzervatív szegényes” életstílus-szegmens csoport. Iskolai végzettségüket tekintve mindkét csoport az átlag körül mozog, társadalmi státusz vizsgálatában a csoportok heterogenitást mutatnak, azonban lényegesen nem mozdulnak el egyik irányban sem. Összességében megállapítható, hogy az étrend-kiegészítők vásárlása és fogyasztása a „Fogyasztói középréteg” és a „Fogyasztói elit” szegmensek csoportjaira jellemző leginkább.

4. Következtetések és javaslatok

Az életstílus alapú fogyasztói profilok az étrend-kiegészítők használatával kapcsolatban eddig feltáratlan kutatási területet képeztek. Az étrend-kiegészítő termékek vásárlása és fogyasztása magasabbnak mondható bizonyos demográfiai és életstílus jellemzőkkel rendelkező fogyasztók között. Vizsgálatunk célja volt feltárni, hogy ez a vásárlói réteg milyen attitűddel rendelkezik az étrend-kiegészítőkkel kapcsolatban. Az életstílus-alapú fogyasztás mélyrehatóbb vizsgálata további kutatások segítségével közelebb vihet a vásárlói csoportok részletesebb megismeréséhez, ez által fogyasztási és a költési sajátosságok feltárásához.



5. Köszönetnyilvánítás

A publikáció elkészítését az EFOP-3.6.2-16-2017-00003 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

6. Irodalomjegyzék

- Akilen, R. – Tsiami, A. – Robinson, N. (2014): Individuals at risk of metabolic syndrome are more likely to use a variety of dietary supplement. *Advances in Integrative Medicine*. (1) 131–137. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aimed.2014.12>.
- Andics J. (2010): Életstílus-kutatások. In: Veres Z. (szerk): Életstílus alapú fogyasztói szegmensek Magyarországon. Tanulmánykötet. Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar, Szeged.
- Bailey, R. L. – Fulgoni, V. L. – Keast, D. R. – Dwyer, J. T. (2011): Dietary supplement use is associated with higher intakes of minerals from food sources. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 94 (5) 1376–1381. <http://dx.doi.org/10.3945/ajcn.111.020289>
- Bailey, R. L. – Gahche, J. J. – Miller, P. E. – Thomas, P. R. – Dwyer, J. T. (2013): Why US adults use dietary supplements. *JAMA Internal Medicine*. 173 (5) 355–361. <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.2299>
- Brown, A. C. (2017): An overview of herb and dietary supplement efficacy, safety and government regulations in the United States with suggested improvements. Part 1 of 5 series. *Food and Chemical Toxicology*. (107) 449–471. <http://dx.doi.org/101016/j.fct.2016.11.001>
- Dickinson, A. – MacKay, D. (2014): Health habits and other characteristics of dietary supplement users: a review. *Nutrition Journal* 13:14. <https://doi.org/10.1186/1475-2891-13-14>
- EUROMONITOR (2017): Country Report – Vitamins in Hungary. Euromonitor International. (Letöltés dátuma: 2018.04.20.)
- EUROMONITOR (2019): Country report – Dietary supplements in Hungary. Euromonitor International. (Letöltés dátuma: 2019.05.15.)
- Johnson, J. (2015): NBJ Supplement Business Report: a Tough Year for Supplements by the Numbers (Letöltés dátuma: 2018.02.26.)
- Knudsen, V. K. – Rasmussen, L. B. – Haraldsdóttir, J. – Ovesen, L. – Bülow, I. – Knudsen, N. – Jørgensen, T. – Laurberg, P. – Perrild, H. (2002): Use of dietary supplements in Denmark is associated with health and former smoking. *Public Health Nutrition* 5 (3) 463–468. <https://doi.org/10.1079/PHN2001276>
- Lugasi A. (2014): Az étrend-kiegészítők kockázati tényezői. *Magyar Tudomány*. 175 (11) 1354–1365.
- OGYÉI (2016): Étrend-kiegészítők. Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet. (Letöltés dátuma: 2018.03.05.)
- Pajor, E. M. – Eggers, S. M. – Curfs, K. C. J. – Oenema, A. – de Vries, H. (2017): Why do Dutch people use dietary supplements? Exploring the role of socio-cognitive and psychosocial determinants. *Appetite* 114 161–168. <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2017.03.036>
- Radimer, K. – Bindewald, B. – Hughes, J. – Ervin, B. – Swanson, C. – Picciano, M. F. (2004): Dietary Supplement Use by US Adults: Data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999–2000. *American Journal of Epidemiology* 160 (4) 339–349. <https://doi.org/10.1093/aje/kwh207>



- Reedy, J. – Haines, P. S. – Campbell, M. K. (2005): Differences in fruit and vegetable intake among categories of dietary supplement users. *Journal of the American Dietetic Association*. 105 1749–1756. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2005.08.009>
- Rovira, M. A. – Grau, M. – Castañer, O. – Covas, M. I. – Schröder, H. – REGICOR Investigators (2013): Dietary supplement use and health-related behaviors in a Mediterranean population. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 45 (5) 386–391. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2012.03.007>
- STATISTA (2017): Top 5 types of vitamin and mineral supplements among U.S. adults in 2017. (Letöltés dátuma: 2018.11.17.)
- STATISTA (2018): Sales of vitamin and mineral products in the self medication market in Europe in 2017, by country (in million euro). (Letöltés dátuma: 2019.03.27.)
- Vatanparast, H. – Adolphe, J. L. – Whiting, S. J. (2010): Socio-economic status and vitamin/mineral supplement use in Canada. *Health Reports*. 21 (4) 19.
- Veres Z. (szerk.) (2010): *Életstílus alapú fogyasztói szegmensek Magyarországon. Tanulmánykötet.* Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar, Szeged.



A pozitív attitűd és a hiteles információ jelentősége a funkcionális élelmiszerek fogyasztásában

PAPP-BATA ÁGNES

*MSc, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
bata.agnes@econ.unideb.hu*

SZAKÁLY ZOLTÁN

*CSc, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
szakaly.zoltan@econ.unideb.hu*

Absztrakt

A funkcionális élelmiszerek piaca dinamikus bővülést mutat, melynek háttérében a kutatás-fejlesztés és élelmiszertechnológiai innovációk mellett a lakosság fokozódó egészségtudatossága és folyamatos ismeretbővülése áll. Habár gyakorlatilag bármelyik élelmiszertípus gazdagítható úgynevezett funkcionális tulajdonságokkal, hazánkban elsősorban a szív- és érrendszeri problémák megelőzésére, a baktériumflóra befolyásolására, a testtömeg-szabályozásra, az energia- valamint a vitaminpótlásra alkalmas készítmények a dominálóak. Egy új funkcionális készítmény kifejlesztése igen magas költségekkel jár, továbbá a technikai nehézségek mellett a fő kihívást az élelmiszergyártók számára a fogyasztók meggyőzése jelenti a termékük kipróbálására, illetve annak folyamatos használatára. A funkcionális élelmiszerek piaci sikerességében a kutatás-fejlesztés és innováción túlmenően a vásárlói tudatformálás és a folyamatos ismeretbővítés játszik kulcsszerepet. Mindezek tükrében különösen indokolt a hiteles egészségügyi szakemberek és az egészségvédő élelmiszereket gyártó vállalatok közötti kollaboráció megerősítése, ugyanis egy eredményes és széleskörű együttműködés igen előnyös hatást gyakorolhat az új funkcionális termékek kifejlesztésére, illetve azok társadalmi elfogadottságára egyaránt.

Kulcsszavak: egészség; táplálkozás; funkcionális élelmiszerek; fogyasztói magatartás; attitűd



1. Bevezetés

Az elmúlt évtizedekben az úgynevezett civilizációs betegségek rohamos terjedése következtében világszerte növekszik a szív- és érrendszeri betegségek, magas vérnyomás, cukorbetegség, elhízás, illetve bizonyos rosszindulatú daganatok (pl. colorectalis rák) előfordulási gyakorisága. E betegségek kialakulása szoros összefüggést mutat az egyén életmódjával, illetve az általa fogyasztott ételek minőségével és mennyiségével (JANCSÓ et al., 2011; BARNA et al., 2018; HAGYMÁSI – TULASSY, 2007). A szív- és érrendszeri betegségek által okozott halálozások arányszáma 2014-ben Magyarországon több mint kétszerese volt az uniós átlagnak, a nők haláleseteinek 55%-át, míg a férfiak haláleseteinek 45%-át tette ki, melynek háttérében leginkább az elhízás és a dohányzás magasabb hazai előfordulási gyakorisága állhat. A nemzetközi trendekhez hasonlóan, a magyar nők és férfiak körében a második vezető halálokként a daganatos betegségek szerepelnek (2014-ben az összes haláleset 23%-a, illetve 29%-a) (OECD, 2017). A jövőt illető tendenciák felmérésénél sajnos nyomatékosan figyelembe kell venni, hogy hazánkban az elmúlt évtizedekben folyamatos és töretlen növekedést mutat az elhízás gyakorisága. Míg 2000-ben a magyar felnőttek átlagos BMI értéke 23,5 volt, dinamikus növekedésének köszönhetően 2014-ben 25,4-re emelkedett, sőt 2016-ra már elérte a 26,4 értéket. Mindezzel hazánk a második a rangsorban az EU-n belül közvetlenül Málta után (WHO, 2016). Ezáltal a jövőbeni kilátások is meglehetősen borúsak, hiszen az elhízás arányának jelentős és folyamatos emelkedése nemcsak orvosi, de komoly népegészségügyi és gazdasági problémákat vetít elő hazánkban (ERDEI et al., 2014). Mindezek miatt a betegségmegelőzés szerepe napjainkra stratégiai fontosságúvá vált, és egyre több hazai fogyasztóban tudatosul, hogy egészséges táplálkozással és életmóddal javítható az egészségi állapot és megelőzhetővé válhat a betegségek jelentős része (GOETZKE et al., 2014). A megfelelő táplálkozás jelentősége nemzetközi viszonylatban is különösen kiemelkedő, mivel a fejlett országok mellett immár a fejlődő országok többségében is jelentősen emelkedik a táplálkozással összefüggő betegségek előfordulása, melyek így világszerte súlyos egyéni, társadalmi és gazdasági terhekké válnak (MENDIS et al., 2011). Mindezek miatt egyre növekvő érdeklődés mutatkozik az egészségvédő élelmiszerek irányába az egészségügyi szakemberek, a fogyasztók, illetve az egész társadalom részéről. Habár Magyarországon e speciális egészségi előnyökkel rendelkező élelmiszerek nincsenek jogilag meghatározva és kategorizálva, a nemzetközi szakirodalomban elterjedt az ún. funkcionális élelmiszer megnevezés. Az International Life Sciences Institute nemzetközileg alkalmazott meghatározása alapján a fogalom olyan élelmiszerekre vonatkozik, melyek bizonyítottan előnyös hatással vannak egy vagy több célfunkcióra a szervezetben, az alapvető táplálkozási hatásaikon túlmenően olyan módon, amely által jobb egészségi és jóléti állapot érhető el, vagy csökkenthető valamely betegség kifejlődésének kockázata (ILSI, 2002). Tehát a jó minőségű, bioaktív összetevőket is tartalmazó funkcionális élelmiszerek az alapvető táplálkozás-élettani következményeiken kívül növelik a szubjektív egészségérzetet, javítják a közérzetet és az életminőséget, csökkenthetik bizonyos betegségek kockázatát, és a hétköznapi táplálkozás részét alkotva hatásuk a szokványos napi mennyiség elfogyasztása mellett is megmutatkozik (SZAKÁLY et al., 2012).

2. A funkcionális élelmiszerek

A „funkcionális élelmiszer” fogalmát eredetileg az 1980-as évek végén, Japánban alkották meg, az olyan esszenciális alkotókkal dúsított termékeket jelölve vele, melyek kedvező élettani hatásokat váltanak ki (HARDY, 2000). Nem sokkal később Európában és az USA-ban is megjelent a fogyasztók részéről az igény az előnyös egészségügyi tulajdonságokkal rendelkező



élelmiszerekre, mely új kihívásokat, de egyúttal ígéretes piaci lehetőségeket is nyújtott az élelmiszeripar számára. A funkcionális élelmiszerek Japánban külön élelmiszertípusnak számítanak, melyeket elsősorban egészségügyi okokból fogyasztanak, és ennek megfelelően ízük és élvezeti értékük csupán másodlagos tényező. Ezzel szemben Európában és az USA-ban gyakorlatilag nem különülnek el markánsan a hagyományos élelmiszerkategóriáktól, és az előnyös egészségügyi hatásuk mellett a kellemes ízvilág alapvető követelmény a fogyasztók részéről (SIRÓ et al., 2008). A funkcionális élelmiszerek fogalmának részben ezen eltérő történeti és kulturális megközelítések következtében sincsen jelenleg világszerte elfogadott és jogilag szabályozott definíciója.

Európában az International Life Sciences Institute fentebb hivatkozott meghatározása alapján a funkcionális élelmiszereknek megjelenésüket tekintve a konvencionális ételeknek kell megfelelniük, tehát a tablettákat vagy kapszulákat nem tekinthetjük Európában funkcionális élelmiszereknek, holott Japánban e termék kategória egyre jelentősebb része kerül ilyen formában forgalomba (OHAMA et al., 2006). Az Európai Bizottság ajánlásában az alábbi csoportokat különbözteti meg a funkcionális élelmiszerekben belül (EURÓPAI BIZOTTSÁG, 2010): (1) Természetes étel, amely mentes bármiféle technológiai vagy növény-nemesítési eljárástól (pl: gyümölcs, zöldség); (2) Étél hozzáadott speciális komponenssel (pl: gabona hozzáadott vitaminnal); (3) Étél, amiből bizonyos komponenseket csökkentettek/vontak ki (pl: zsírszegény vagy cukormentes joghurt); (4) Étél, amiben bizonyos komponenseket módosítottak vagy helyettesítettek annak érdekében, hogy növeljék az egészségre gyakorolt pozitív hatását (pl: joghurt hozzáadott probiotikumokkal).

Mindezek alapján az élelmiszerek tulajdonképpen minden kategóriájában kifejleszthetők funkcionális készítmények. Különböző vitaminokkal (pl. C-vitamin, E-vitamin, folsav), ásványi anyagokkal (pl. kalcium, vas, cink), esszenciális aminosavakkal és zsírsavakkal, vagy növényi rostokkal történő dúsítás és gazdagítás, továbbá a nagy mennyiségben káros egészségügyi hatásokkal rendelkező összetevők (pl. só, cukor) csökkentése széleskörű lehetőségeket kínál az élelmiszeripar számára. A funkcionális élelmiszerek azonban nem egyenletesen oszlanak el a különböző élelmiszerpiaci szegmensekben, mivel jellemzően a tejtermékek, a pékáruk, az édesipari készítmények, az üdítőitalok és a bébiételek köréből kerülnek ki (SIRÓ et al., 2008).

A jellegzetes különbségek ellenére az Európai Unió és Japán funkcionális élelmiszerpiacait hagyományosan a probiotikus baktériumokat tartalmazó tejtermékek és étrendkiegészítők dominálják (STANTON et al., 2001). A probiotikus baktériumok egészségre gyakorolt előnyös hatásai tudományosan igazoltak. Fogyasztásuk során segítenek visszaállítani a normál bélflórát fertőzés vagy antibiotikum kúrát követően, csökkentik a béltartalom pH értékét, részt vesznek a szervezet számára emészthetetlen tápanyagok lebontásában, a karcinogének béllumenből való eltávolításában, különböző vitaminokat szintetizálnak, javítják a kalcium felszívódását, szerepük lehet a vér koleszterinszintjének csökkentésében, illetve az immunrendszert támogató és a patogén mikrobáktól védő hatásuk által fokozzák szervezetünk ellenálló képességét (PAPP-BATA et al., 2014). A probiotikumok hatásának fokozására szolgálnak az ún. prebiotikumok, amelyek olyan emészthetetlen élelmiszerösszetevőket jelölnek, melyek szelektíven fokozzák a probiotikus baktériumok szaporodását és számos egyéb egészségmegőrző funkcióval bírnak (CSIKI et al., 2010). Az emészthetetlen rostokat, oligoszacharidokat tartalmazó gabonaszemeket, jellemzően a zab- és árpszemeket elsősorban a sütőiparban dolgozzák fel, azonban a belőlük nyerhető egyes összetevőket a tejipar is felhasználja prebiotikumként egyes joghurt és jégkrém készítményekben (BRENNAN – CLEARY, 2005). A különböző vitaminokkal, nyomelemekkel, esszenciális aminosavakkal és zsírsavakkal dúsított üdítőitalok az ezredfordulót követően Európában az üdítőitalok piacának már 7-8%-át alkották, és azóta évről évre dinamikusan növekszik arányuk. A vaj- és margarinkészítmények piacán egyre nagyobb teret hódítanak a



koleszterincsökkentő összetételű termékek, továbbá a tojás- és húskészítmények esetében is megjelentek a módosított zsírsavprofilú, omega-3 zsírsavval dúsított élelmiszerek (SIRÓ et al., 2008). Hazánkban a jelenleg kapható funkcionális élelmiszerek elsősorban a szív- és érrendszeri problémák megelőzésére, a baktériumflóra befolyásolására, a testtömeg-szabályozásra, az energia- valamint a vitaminpótlásra helyezik a hangsúlyt.

3. A tudatos táplálkozás és fogyasztói attitűd jelentősége

Egy új konvencionális élelmiszer kifejlesztésének összköltsége körülbelül 1-2 millió USD körül mozog, melyet messze meghaladnak egy új funkcionális élelmiszer kifejlesztésének, egészségügyi vizsgálatának és marketingjének költségei. Mivel az új funkcionális összetevők kifejlesztése, illetve a technológiai kihívások megoldása igen költséges és rizikós vállalkozás, alapvetően a több lábbon álló, és már közismert márkákkal rendelkező multinacionális vállalatok képesek hatékonyan alakítani a funkcionális élelmiszerek piacát (PAPP-BATA et al., 2014). A funkcionális élelmiszerek legnagyobb piacainak továbbra is Európa, Japán és az USA számít. Jelentős különbségek azonban nem csak a fejlett nyugati és a távol-keleti piacok között figyelhetők meg, hanem az észak-amerikai és az európai viszonyok között is. Európában jellemzően a különféle tejtermékek és probiotikus készítmények a legelterjedtebbek, addig az USA-ban a különféle vitaminokkal és ásványi anyagokkal dúsított italok és élelmiszerek a dominánsak (STANTON et al., 2001). A funkcionális élelmiszerek értékesítésének üteme a világszerte tapasztalható trendeknek megfelelően Magyarországon is meghaladja a konvencionális élelmiszerek értékesítésének átlagos növekedési ütemét (SZAKÁLY, 2009).

Mindazonáltal a funkcionális élelmiszerek piaca állandó változást mutat, és a vásárlók megnyeréséért és megtartásáért folyó verseny egyre intenzívebb. Mivel az új funkcionális összetevők kifejlesztése, továbbá a vonatkozó élelmiszertechnológiai kihívások megoldása igen költséges és rizikós vállalkozás, a beruházások sikertelenségének megelőzése céljából a gyártóknak különösen fontos a termékek vásárlását befolyásoló fogyasztói magatartás vizsgálata. Az eredményesség érdekében az élelmiszeripari vállalatoknak folyamatosan figyelemmel kell kísérniük a fogyasztó funkcionális élelmiszerekkel kapcsolatos attitűdjeinek változását ahhoz, hogy hatékonyan tudják kommunikálni az egészséggel kapcsolatos információkat, és az újonnan kifejlesztett termékeik valóban megfeleljenek a vásárlói elvárásoknak. Az attitűdök alapjaiban határozzák meg a közvetített információk észlelését, megértését, elfogadását, illetve elutasítását (WILCOCK et al., 2004). A funkcionális élelmiszerekkel kapcsolatos attitűdök vizsgálatánál azonban fontos figyelembe venni, hogy ezek a termékek igen sokszínűek, és fogyasztói szempontból egyáltalán nem képeznek homogén kategóriát. Mindennek megfelelően a funkcionális élelmiszereket vásárló személyek jellemvonásai nem általánosíthatóak, ugyanis a különböző funkcionális termékek fogyasztói egyértelműen különböznek egymástól (DE JONG et al., 2003). Az attitűdök az életmódbeli tényezőkkel és szocio-demográfiai faktorokkal (nem, életkor, iskolai képzettség) együtt alapjaiban határozzák meg a funkcionális élelmiszerek vásárlásával kapcsolatos hozzáállást és szándékot (VERBEKE, 2005; VECCHIO et al., 2016). Az 1990-es évek eleje óta egyre nagyobb az érdeklődés az egészséges táplálkozással kapcsolatos attitűdök és hiedelmek tanulmányozása iránt, ekkor dolgozták ki az élelmiszer-választási kérdőívet (Food Choice Questionnaire - FCQ), mely kilenc tényezőből állt össze: egészség, hangulat, kényelem, érzékszervi jellemzők, természetes tartalom, ár, testtömeg-szabályozás, ismertség és etikai megfontolás (STEPTOE et al. 1995). Urala és Lähteenmäki tanulmánya alapján a funkcionális élelmiszerekkel kapcsolatos egyéni attitűdök négy dimenzióból állnak (URALA – LÄHTEENMÄKI, 2007): (1) Észlelt jutalom: hogyan segítheti az egészség, a hangulat és az általános jólét e funkcionális élelmiszerek fogyasztását. Az a gondolat, hogy az



ilyen termékek fogyasztása a testünk gondozásának módja. (2) Funkcionális élelmiszerek szükségessége: A funkcionális élelmiszerek az egészség javításához szükségesek (mint a gyógyszerek). (3) A bizalom és a hitelesség, hogy az ilyen élelmiszerek fogyasztása által ígért előnyök valóban léteznek. (4) Végül a fogyasztó által a funkcionális élelmiszerekkel kapcsolatos biztonság érzése. Verbeke tanulmánya megerősítette, hogy a hiedelmek, a tudás és az egészség fölötti kontroll a meghatározó tényezők a funkcionális élelmiszerek elfogadásában, továbbá alátámasztotta a funkcionális élelmiszerekkel kapcsolatos racionális / kognitív döntéshozatali folyamat elméletét (VERBEKE, 2005). Több tanulmány is rámutatott a funkcionális élelmiszerekkel kapcsolatban, hogy az íz, minőség, ár/érték arány, kényelem és egészségügyi hatások azok a kulcstényezők, melyek hatással vannak a vásárlási szándékra (BHASKARAN – HARDLEY, 2002; GRAY et al., 2003). Azonban a megfigyelések alapján különösen hangsúlyozni kell az ízvilág jelentőségét, ugyanis szemben a távol-keletiekkel, az európai fogyasztók nem hajlandóak a kompromisszumra a termék ízét illetően az általa nyújtott egészségi előnyökért cserében (VERBEKE, 2006). Egy észak-európai vizsgálat alapján a funkcionális élelmiszerek fogyasztási hajlandóságával a leginkább összefüggő tényező az azok elfogyasztásából eredő egészségjavító, illetve betegségmegelőző hatás volt, függetlenül a nemtől és egyéb demográfiai faktoroktól (URALA – LÄHTEENMÄKI, 2007). Egy dél-amerikai vizsgálat is hasonló eredményt hozott, azonban náluk a motiváció elsősorban a testi szépséget, másodsorban a jobb fizikai és szellemi teljesítőképességet jelentette (DE BARCELLOS – LIONELLO, 2011). Egy nemrégiben közzétett magyarországi vizsgálat eredményei alapján a legerősebb hatással az bír a funkcionális élelmiszerek fogyasztására, ha a fogyasztók ismeretében vannak a funkcionális élelmiszerek nyújtotta előnyöknek, és bizalommal viseltetnek e kategória irányában (JASÁK, 2015).

4. A hiteles információforrás szerepe – Következtetések

Az elmúlt évtizedben számos tanulmány fényt derített arra, hogy a személyes motivációk, az egészségtudatos életmód és a bizalomteljes fogyasztói attitűd fontos szerepe mellett a megfelelő és hiteles információforrás is kulcsszerepet játszik az egészségvédő élelmiszerek fogyasztásában. Az egészségi hatásokra vonatkozó információk nyújtása ugyanis a fogyasztók számára fokozza a funkcionális élelmiszerek fogyasztásából eredő előnyök érzékelését és tudatosulását (KAUR – SINGH, 2017). Az egészségügyi hatásokkal kapcsolatos információk iránti hit és bizalom kulcsszerepet játszik a funkcionális termékek vásárlásában. Ennek függvényében a fogyasztók három kategóriába sorolhatók a bizalom szempontjából: bizalomteljes, kételkedő és érdektelen (NIVA et al., 2003). Mindezeket túl egyes szerzők rámutatnak arra, hogy az egészségügyi ismeretek növelik a funkcionális élelmiszerek vásárlásának valószínűségét (NAYLOR et al., 2009), míg az egészségügyi ismeretek hiánya mellett kisebb az érdeklődés a funkcionális élelmiszerek iránt (RAGHUNATHAN et al., 2006)). Ezért fontos a Downes (DOWNES, 2008) által javasolt modell, mely szerint az egészséges életmód pozitív hatással lehet a funkcionális élelmiszerek iránti attitűdre, illetve e termékek fogyasztására. Az egészséges életmód magában foglalja a rendszeres fizikai aktivitást és bizonyos táplálkozási szokásokat. Downes (DOWNES, 2008) megfogalmazza az egészséges életmód akadályait és ösztönzőit is egyaránt. A személyes motivátorok (megnövekedett energiát, lelki hiedelmek, testsúlykontroll és kívánt eredmény) mellett környezeti motivátorokat (szerepmodellek, szociális támogatás, szolgáltatói tanácsadás, egészségügyi információ) különít el. Hasonlóképpen, kétféle akadályt különböztet meg a szerző: személyes (motiváció hiánya, időhiány) és környezeti akadályokat (szociális támogatás hiánya, biztonsági aggályok, erőforrások hiánya). Urala és Lähteenmäki (URALA – LÄHTEENMÄKI, 2003) szerint a motivációs tényezőként szerepel a jólét és a betegségek megelőzése, melyek



egyenként elősegítik a funkcionális élelmiszerek vásárlását. Az egészséges táplálkozásra való hajlandóságot tekintve a fogyasztói egészségtudatosság szintje is befolyásolja a funkcionális élelmiszerek iránti attitűdöket. Azok a fogyasztók, akik jobban aggódnak az egészségükért és ismerik az egészséges életmódot, jobban hajlandóak a funkcionális élelmiszerek fogyasztására, mint az egészségükért kevésbé aggódók (CHEN, 2011). Verbeke úttörő tanulmányában arra is rámutat, hogy a funkcionális élelmiszerek egészségügyi előnyeinek megerősítése és egy beteg rokon nagyobb mértékű befolyással rendelkezik, mint a szociodemográfiai/kognitív faktorok és attitűdbeli változók a funkcionális élelmiszerek elfogadása kérdésében (VERBEKE, 2005). Ennek háttérében több tanulmány is leírta az egészségügyi szakemberek, elsősorban az orvosok és dietetikusok kiemelt szerepét, akik mint megbízható információforrások hatékonyan előmozdíthatják nem csak a beteg, de az egészséges fogyasztók körében is az egészségvédő élelmiszerek elfogadottságát és rendszeres fogyasztását (PATCH et al., 2005; SANDMANN et al., 2015). Másrészt, az akadályokkal kapcsolatban Miles, Ueland és Frewer (MILES, 2005) megerősítik, hogy a génkezelt élelmiszerekre vonatkozó információhiány és csökkent bizalom a fogyasztás egyik fő akadálya, és ezért a jó címkézés szükségessége és az átláthatóság szükséges feltétele ennek az akadálnak az ilyen élelmiszerek fogyasztásának terén. Hasonlóképpen, Abood és munkatársai (ABOOD et al., 2003) azt állítják, hogy a táplálkozási ismeretek hiánya fordítottan hat az egészséges élelmiszerek kiválasztására. Friss hazai kutatások eredményei egyfelől Magyarországon is megerősítik a megfelelő tájékoztatás és hiteles információs források népszerűsítésének jelentőségét (SZŰCS et al., 2015), másfelől rávilágítanak a hazai egészségvédelemmel és tudatos betegségmegelőzéssel foglalkozó oktatási programok hiányosságaira (FEITH et al., 2016). Ahogy fentebb írtuk, egy beteg családtag jelenléte jelentősen fokozhatja a funkcionális élelmiszerek fogyasztását az egészséges családtagok körében is. Ennek háttérében leírták az egészségügyi szakemberek, elsősorban az orvosok és dietetikusok kiemelt szerepét, akik mint megbízható információforrások hatékonyan előmozdíthatják nem csak a beteg, de az egészséges fogyasztók körében is az egészségvédő élelmiszerek elfogadottságát és rendszeres fogyasztását (VERBEKE, 2005).

Mindezek tükrében különösen indokolt az egészségügyi szakemberek és kutatók, illetve az egészségvédő élelmiszereket gyártó vállalatok közötti kollaboráció megerősítése, ugyanis egy eredményes és széleskörű együttműködés jelentős hatást gyakorolhat az új funkcionális élelmiszerek kifejlesztésére, illetve e termékek társadalmi elfogadottságára. A technológiai problémák mellett azonban a legnagyobb nehézséget az érthető és megbízható információk közvetítése jelenti a fogyasztók felé Magyarországon is (SZAKÁLY et al., 2011). Erre megoldást nyújthat, ha a funkcionális élelmiszereket gyártó, illetve forgalmazó vállalatok egészségügyi szakemberek bevonásával határozzák meg marketingstratégiájukat, továbbá az egészséges táplálkozást népszerűsítő promóciós programjaikba a társadalom számára hiteles orvosokat és dietetikusokat vonnak be.

5. Köszönetnyilvánítás

A publikáció elkészítését az EFOP-3.6.2-16-2017-00003 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.



6. Irodalomjegyzék

- Abood, D. A. – Black, D. R. – Feral, D. (2003): Nutrition education worksite intervention for university staff: Application of the health belief model. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 35 (5) 260–267. [https://doi.org/10.1016/s1499-4046\(06\)60057-2](https://doi.org/10.1016/s1499-4046(06)60057-2)
- Barna I. – Nyúl D. – Szentés T. – Schwab R. (2018): A bélmikrobiom, a metabolikus betegségek és a hipertónia kapcsolatának irodalmi áttekintése. *Orvosi Hetilap*. 159 346–351. <https://doi.org/10.1556/650.2018.30787>
- Bhaskaran, S. – Hardley, F. (2002): Buyer beliefs, attitudes and behaviour: foods with therapeutic claims. *Journal of Consumer Marketing*. 19 591–606. <https://doi.org/10.1108/07363760210451410>
- Brennan, C.S. – Cleary, L. J. (2005): The potential use of cereal (1→3, 1→4)-β-d-glucans as functional food ingredients. *Journal of Cereal Science*. 42 1–13. <https://doi.org/10.12691/ajfn-4-3-2>
- Chen, M. (2011): The joint moderating effect of health consciousness and healthy lifestyle on consumers' willingness to use functional foods in Taiwan. *Appetite*. 57 (1) 253–262. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.05.305>
- Csiki Z. – Zeher M. – Papp G. – András CS. – Takáts A. – Csiki E. (2010): Pre-, pro- és szinbiotikumok szerepe, kedvező élettani hatásai. *Metabolizmus*. 8 288–292.
- de Barcellos, M. D. – Lionello, R. L. (2011): Consumer market for functional foods in South Brazil. *International Journal on Food System Dynamics*. 2 126–144.
- de Jong, N. – Ocké, M. C. – Branderhorst, H. A. C. – Friele, R. (2003): Demographic and lifestyle characteristics of functional food consumers and dietary supplement users. *British Journal of Nutrition*. 89 273–281. <https://doi.org/10.1079/BJN2002772>
- Downes, L. (2008): Motivators and barriers of a healthy lifestyle scale: Development and psychometric characteristics. *Journal of Nursing Measurement*. 16 (1) 3–15.
- Erdei G. – Kovács V. A. – Bakacs M. – Martos E. (2017): Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat 2014. I. A magyar felnőtt lakosság tápláltsági állapota. *Orvosi Hetilap*. 158 533–540. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30700>
- Európai Bizottság (2010): Functional Foods. European Commission. Publications Office of the European Union, Luxembourg. (Letöltés dátuma: 2019.05.25.)
- Feith H. J. – Melicher D. – Máthé G. – Gradwohl E. – Fűzi R. – Darvay S. – Hajdú Zs. – Nagyné Horváth E. – Soósné Kiss Zs. – Bihariné Krekó I. – Földvári-Nagy Lászlóné Lenti K. – Molnár E. – Szalainé Tóth T. – Urbán V. – Kassay A. – Falus A. (2016): Tapasztalatok és motiváltság: magyar középiskolások véleménye az egészségvédő programokról. *Orvosi Hetilap*. 157 65–69. <https://doi.org/10.1556/650.2015.30338>
- Goetzke, B. – Nitzko, S. – Spiller, A. (2014): Consumption of organic and functional food. A matter of well-being and health? *Appetite*. 77 96–105. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.02.012>
- Gray, J. – Armstrong, G. – Farley, H. (2003): Opportunities and constraints in the functional food market. *Nutrition & Food Science*. 33 213–218. <https://doi.org/10.1108/00346650310499730>
- Hagymási K. – Tulassay Z. (2007): Az elhízás szerepe a vastagbélbetegségek kialakulásában. *Orvosi Hetilap*. 148 2411–2416. <https://doi.org/10.1556/OH.2007.28244>
- Hardy, G. (2000): Nutraceuticals and functional foods introduction and meaning. *Nutrition*. 16 688–689.
- ILSI (2002): Concepts of functional foods. International Life Sciences Institute. ILSI Press, Brussels. (Letöltés dátuma: 2019.05.25.)



- Jancsó Z. – Márton H. – Simay A. – Újhelyi I. – Ilyés I. (2011): The effect of eating habits on cardiovascular risk factors and the assessed cardiovascular risk. *Acta Alimentaria*. 40 254–261.
- Jasák H. (2015): Funkcionális élelmiszerek fogyasztását befolyásoló attitűdök vizsgálata. *Journal of Central European Green Innovation*. 3 (3) 95–112.
- Kaur, N. – Singh, D. P. (2017): Deciphering the consumer behaviour facets of functional foods: A literature review. *Appetite*. 112 167–187. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.01.033>
- Mendis, S. – Puska, P. – Norrving, B. (2011): Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. World Health Organization, Geneva.
- Miles, S. – Ueland, Ø. – Frewer, L. J. (2005): Public attitudes towards genetically-modified food. *British Food Journal*, 107(4), 246–262. <https://doi.org/10.1108/00070700510589521>
- Naylor, R. W. – Droms, C. M. – Haws, K. L. (2009): Eating with a purpose: Consumer response to functional food health claims in conflicting versus complementary information environments. *Journal of Public Policy & Marketing*. 28 (2) 221–233.
- Niva, M. – Mäkelä, J. – Piironen, S. (2003): Domestic berries and plant stanols. Acceptability of functional foods in Finland. Publications 9. National Consumer Research Centre, Helsinki.
- OECD (2017): OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Hungary: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. (Letöltés dátuma: 2019.04.15.)
- Ohama, H. – Ikeda, H. – Moriyama, H. (2006): Health foods and foods with health claims in Japan. *Toxicology*. 221 95–111. <https://doi.org/10.1016/j.tox.2006.01.015>
- Papp-Bata Á. – Csiki Z. – Nábrádi A. – Szakály Z. (2014): A probiotikumok táplálkozás-élettani és piaci jelentősége. *Tejgazdaság*. 74 47–52.
- Papp-Bata Á. – Csiki Z. – Szakály Z. (2014): A funkcionális élelmiszerek egészségügyi és gazdasági jelentősége. *Magyar Gasztroenterológia (Suppl 2.)* 1–5.
- Patch, C. S. – Tapsell, L. C. – Williams P. G. (2005): Overweight consumers' salient beliefs on omega-3-enriched functional foods in Australia's Illawarra region. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 37 83–89.
- Raghunathan, R. – Naylor, R. – W. – Hoyer, W. D. (2006): The unhealthy = tasty intuition and its effects on taste inferences, enjoyment, and choice of food products. *Journal of Marketing*. 70 (4) 170–184. <http://dx.doi.org/10.1509/jmkg.70.4.170>
- Sandmann, A. – Brown, J. – Mau, G. – Saur, M. – Amling, M. – Barvencik, F. (2015): Acceptance of vitamin D-fortified products in Germany - a representative consumer survey. *Food Quality and Preference*. 43 53–62. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2015.02.011>
- Siró I. – Kápolna E. – Kápolna B. – Lugasi A. (2008): Functional food. Product development, marketing and consumer acceptance – A review. *Appetite*. 51 456–467. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.05.060>
- Stanton, C. – Gardiner, G. – Meehan, H. – Collins, K. – Fitzgerald, G. – Lynch, P. B. – Ross, R. P. (2001): Market potential for probiotics. *American Society for Clinical Nutrition*. 73 (2 Suppl): 476S–783S. <https://doi.org/10.1093/ajcn/73.2.476s>.
- Stephoe, A. – Pollard, T. M. – Wardle, J. (1995): Development of a measure of the motives underlying the selection of food: The food choice questionnaire. *Appetite*. 25 (3) 267–284. <https://doi.org/10.1006/appe.1995.0061>
- Szakály Z. – Szenté V. – Kövér Gy. – Polereczki Zs. – Szigeti O. (2012): The influence of lifestyle on health behavior and preference for functional foods. *Appetite*. 58 406–413. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.11.003>



- Szakály Z. – Szente V. – Polereczki Zs. – Szigeti O. (2011): Health conscious consumer and functional foods – Exploration of factors affecting consumer behaviour in Hungary via focus group discussions. *Acta Alimentaria*. 40 335–344. <https://doi.org/10.1556/AAlim.40.2011.3.4>
- Szakály Z. (2009): Egészségmagatartás és funkcionális élelmiszerek: Hogyan vélekednek a hazai fogyasztók? *Élelmiszer, Táplálkozás és Marketing*. 6 9–18.
- Szűcs V. – Szabó E. – Bánáti D. (2015): Az egészséges táplálkozással kapcsolatos attitűdök feltárása kérdőíves megkérdezés alapján. *Orvosi Hetilap*. 156 636–643. <https://doi.org/10.1556/OH.2015.30129>
- Urala, N. – Lähteenmäki, L. (2003): Reasons behind consumers' functional food choices. *Nutrition & Food Science*. 33 (4) 148–158. <https://doi.org/10.1108/00346650310488499>
- Urala, N. – Lähteenmäki, L. (2007): Consumers' changing attitudes towards functional foods. *Food Quality and Preference*. 18 (1) 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2005.06.007>
- Vecchio, R. – Van Loo E. J. – Annunziata, A. (2016): Consumers' willingness to pay for conventional, organic and functional yogurt: Evidence from experimental auctions. *International Journal of Consumer Studies*. 40 368–378. <https://doi.org/10.1111/ijcs.12264>
- Verbeke, W. (2006): Functional foods: Consumer willingness to compromise on taste for health? *Food Quality and Preference*. 17 126–131. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2005.03.003>
- Verbeke, W. (2005): Consumer acceptance of functional foods: Socio-demographic, cognitive and attitudinal determinants. *Food Quality and Preference*. 16 (1) 45–57. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2004.01.001>
- Wilcock, A. – Pun, M. – Khanona J. et al. (2004): Consumer attitudes, knowledge and behaviour: a review of food safety issues. *Trends In Food Science & Technology*. 15 56–66. <https://doi.org/10.1016/j.tifs.2003.08.004>
- WHO (2016): Targets and indicators for health 2020. Version 3. World Health Organization, Geneva, 2016.



A kényelmi étkezés és az íz kapcsolatának meghatározása

KISS VIRÁG ÁGNES

*MSc, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
kiss.virag.agnes@econ.unideb.hu*

SOÓS MIHÁLY

*PhD, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
soos.mihaly@econ.unideb.hu*

SZAKÁLY ZOLTÁN

*CSc, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
szakaly.zoltan@econ.unideb.hu*

Absztrakt

A kényelmes étkezés, azaz hogy minél kevesebb időt és energiát fordítsunk az ételek elkészítésére, már egyre jellemzőbb elvárásként jelentkezik, melyekre egyre több nagyvállalat reagál a joghurtos müzlitől az étel házhozszállításig. Azonban az emberek alapvető elvárása a jó és friss íz is, mely külön kihívást jelent a vállalatok számára.

A kutatásunkat az idevonatkozó irodalmak áttekintése után egy reprezentatív mintán végeztük, ahol egy korábban validált állítássor segítségével mértük az otthoni kényelmi étkezéssel és az íz fontosságával kapcsolatos attitűdöket. Az adatokat leíró statisztikai elemzés után korrelációs elemzéssel vizsgáltuk.

Eredményeink alapján elmondható, hogy a kényelmi élelmiszerek és a nem-tudatos ételválasztással kapcsolatos állításokkal való azonosulás közepesnek mondható, míg az íz fontosságához kapcsolódó attitűdök azok, melyekkel a leginkább egyetértett a hazai lakosság. Az elemzések során arra is fény derült, hogy a jó ízzel kapcsolatos elvárások és a kényelmi élelmiszerek, mint az ételízesítők vagy kész ételek fogyasztása enyhén ellentétes irányú viszonyban vannak.

Kulcsszavak: kényelmi étel, íz, fogyasztás, preferenciák



1. Bevezetés

Napjainkban a felgyorsult életvitel magával hozott néhány olyan tevékenységről való lemondást, melyek elhagyásával időt és energiát takaríthatunk meg. A kényelmes ügyintézés, utazási vagy kulturális programok jegyeinek megvásárlása kényelmes és gyors formában már évek óta elérhető számunkra. Ilyen az étkezésünk is, melyben már évtizedek óta dolgoznak az élelmiszertechnológia szakértői (BALOGH, 2006), és fejlődésének hála egyre nagyobb segítséget kap a fogyasztó a gyors étkezéshez, nem csak a gyorséttermeken keresztül. Előre elkészített egytál ételek, főtt étel konzervek vagy az elmúlt pár évtizedben óriási népszerűsége szert tevő étel házhozszállítás. A kényelmes étkezés már mindenki számára elérhető, ám a fogyasztói preconcepciók a kényelmi ételekkel kapcsolatban nem mindig pozitívak. Sok esetben azok egészségességét kérdőjelezi meg, de előfordul, hogy az ízélmény kapcsán vannak fenntartásaik. A mai élelmiszeriparban egyre nagyobb küzdelem folyik a fogyasztókért, és mivel a kényelmi étkezés nem mindig pozitív megítélésű egyre nagyobb hangsúlyt kapnak a fejlesztések során a finom és egészséges kényelmi fogyasztási cikkek.

2. Szakirodalmi áttekintés

Az élelmiszerfogyasztás és –vásárlás életünk szerves része. Funkciója mára túlmutat a fiziológiai szükségleteken (TÖRŐCSIK, 2014). Maga az adott élelmiszer kiválasztása egy komplex folyamat, melyre számos befolyásoló tényező hathat. Ezeket a szakirodalom két csoportba osztja: belső és külső. Belső tényezők *az élelmiszerhez közvetlenül kapcsolódó hatások*, mint a *szenzori aspektusok*, míg a külső esetében az előzőkön túli, *nem-közvetlen kapcsolódó* faktorok, mint a *pszichológiai, szociológiai* vagy egyéb hatások (EERTMANS et al., 2005, KONTOR et al., 2018:18).

Az élelmiszerfogyasztás kapcsán is megfigyelhettünk új trendeket az elmúlt évtizedekben, melyek detektálása már a 2000-es években megtörtént, de mai napig erősödnek. Ilyenek többek között a globalizáció regionális és helyi szintű, vagy az ökológiai aspektusa, a materialista és immaterialista értékek együttes megjelenése, illetve a kényelmi vagy egészség trendek (LEHOTA, 2004).

2.1. Kényelmi fogyasztás

Amennyiben étkezésről van szó, a kényelem fogalma már túlmutat a konyhában eltöltött időn, és magában foglalja mind azt az időt és energiát, amit a beszerzésre, eltárolásra, előkészítésre és elfogyasztásra szentelünk (BUCKLEY et al., 2007).

Felgyorsult világunk életritmusához alkalmazkodva a ma embere érzi magán az időkénszert, melyet jellemzően bizonyos folyamatok lerövidítésével vagy elhagyásával igyekszik orvosolni. A kommunikációtól a tanuláson keresztül, a mindennapi rutinokon át ott spórolunk az időnkkel, ahol tudunk. Az étkezéssel sincs ez másképp. Az alapanyagok előzetes kiválasztása, a beszerzése, otthoni elő- és elkészítése, majd az étkezés utáni eltakarítás hosszas procedúráként nehezedik az emberek vállára (STEENKAMP, 1996 idézi BRÁVÁ CZ, 2015).

DOUGLAS (1976) DE BOER és társai (2004) úgy gondolták kényelmi étkezésnek számít menzán vagy étteremben ebédelni, ezenkívül CAPPS (1983) és de BOER és társai (2004) úgy határozták meg a kényelmi ételleket, mint félig vagy teljesen elkészített hozzávalók, amelyekhez az időt, energiát, főzési tudást részben vagy teljes mértékben a gyártó teszi hozzá, nem igényelnek további otthoni munkát (OSMAN et al., 2014).



2.2. Az íz faktor és jelentősége

Az, hogy egyes ételeket milyenek érzékelünk tudományosan bizonyítottan személyes jellegű, azaz minden érzékszervünk dolgozik az étellel kapcsolatos információk gyűjtésében – a tapintás, a látás, a hallás, a szaglás és az ízlelés. Ma már több kutatás is vizsgálja, hogy az ízlelésen kívül a többi érzékszervünk, mint a látás, befolyásolja, hogy milyenek ítéljük meg az adott ételt (BRAUN, 2014). POULSEN és munkatársai (1996) szerint *az íz mint szenzori tulajdonság a termék bel-ső (azaz intrinsic) tulajdonságai közé tartozik, és mint ilyen úgy definiálható, mint a fizikai termék bármely olyan ingere, amely nem változtatható meg anélkül, hogy ne változna a termék lényege* (KONTOR et al., 2018:20). Szóval magára az íz érzékelésére hat az étel látványa, az illata, maga az állaga és maga az íz (HARRAR – SPENCE, 2013).

A legtöbb 2000-es években és azelőtt készült kutatásban egyértelműen arra találtak bizonyosságot, hogy az élelmiszerválasztás elsődleges szempontja az íz, míg a másodlagos az ár volt (GLANZ et al., 1998). illetve ezt erősítette meg megannyi nemzetközi és hazai tanulmány olvashatjuk Kontor és munkatársainak irodalmi gyűjteményében (POULSEN, 1999; GILBERT, 2000; TUORILA és CARDELLO, 2002; SZAKÁLY, 2008; SZAKÁLY et al., 2014; KONTOR et al., 2018). A magyar kutatások alapján csak a fogyasztók 14%-a vesz meg olyan élelmiszert, melynek az ízével nem elégedett (Szakály, 2008), illetve több mint a vásárlók fele akkor is megeszik egy ételt az íze miatt, ha egészségtelennek minősítik azt (SZAKÁLY et al., 2014; KONTOR et al., 2018)

Egy 2016-os kutatás azonban már felhívja a figyelmet arra, hogy az egyre növekvő egészségtudatosság erős hatással van az élelmiszerválasztásra, így egyre nagyobb szegmenstum jelenik meg, akiknek az íz az egészségességgel szemben kevésbé erős hívószó (AGGARWAL et al., 2016)

2. Anyag és módszertan

A kutatás a szakirodalom áttekintése után primer vizsgálattal folytattuk. A kérdőívben WYCHERLEY és munkatársai (2008) által létre hozott Food-Related Lifestyle modelljét és annak kérdéssorát emeltük be. Jelen tanulmányban ennek a modellnek két értékdimenzióját vizsgáltuk a megkérdezettek válaszai alapján – a kényelmi étkezés és az íz dimenziókat.

Az adatokat először leíró statisztikai mutatók segítségével vizsgáltuk, melyek megmutatták, hogy a lakosság hogyan vélekedik az egyes dimenziókhoz kapcsolódó állításokról, mennyire érzik azokat magukra érvényesnek.

Ezek után a két dimenziót együttesen korrelációs elemzés keretében tanulmányoztuk. Csak a szignifikáns eredményeket vettük figyelembe. A korrelációs elemzések közül a Spearman-féle korrelációt alkalmaztuk, és a korrelációs koefficiensek alapján definiáltuk az egyes tényezők közötti kapcsolatokat.

A megkérdezés módszerét választva egy 1000 fős nemre, korra reprezentatív kérdőíves megkérdezést végeztünk a magyar lakosság körében. A minta összetételét az 1. táblázat mutatja. A mintában felülreprezentáltak a házas vagy élettársi kapcsolatban élők, illetve a középfokú végzettséggel rendelkezők a többi kategóriához képest.



1. táblázat: A minta bemutatása

| Demográfiai háttérváltozók | | Összes |
|---------------------------------|--|--------|
| N= | | 1000 |
| Neme | férfi | 48,0% |
| | nő | 52,0% |
| Legmagasabb iskolai végzettsége | maximum 8 általános | 10,4% |
| | szakmunkásképző, szakiskola | 33,9% |
| | érettségi | 39,6% |
| | felsőfokú diploma | 16,1% |
| Családi állapota | házas | 42,3% |
| | élettárssal él | 20,2% |
| | özvegy | 0,8% |
| | nőtlen / hajadon | 18,5% |
| | elvált | 10,9% |
| | külön él házastársától | 0,6% |
| Jogi státusza | aktív fizikai dolgozó | 39,3% |
| | aktív szellemi dolgozó | 26,1% |
| | GYES-en, GYED-en lévő | 0,3% |
| | nyugdíjas | 22,5% |
| | tanuló | 0,4% |
| | háztartásbeli | 0,1% |
| | munkanélküli | 0,3% |
| | egyéb inaktív kereső | 0,2% |
| | egyéb eltartott | 0,0% |
| Korcsoportok | 18-29 éves | 23,0% |
| | 30-39 éves | 14,5% |
| | 40-49 éves | 20,1% |
| | 50-59 éves | 18,3% |
| | 60 éves és feletti | 24,1% |
| Szubjektív jövedelem* | Nagyon jól megél(nek) belőle és félre is tud(nak) tenni | 4,0% |
| | Megél(nek) belőle, de keveset tud(nak) félre tenni | 28,6% |
| | Éppen elegendő, hogy megéljen(ek) belőle, de félretenni már nem tudnak | 52,6% |
| | Néha arra se nagyon elég, hogy megéljen(ek) belőle, Rendszeres gondok | 10,2% |



| | | |
|-----------------------------|-------------------|-------|
| Település típusa | Főváros | 18,0% |
| | Megyei jogú város | 22,3% |
| | Város | 31,9% |
| | Község | 27,8% |

Forrás: saját szerkesztés, 2019

Megjegyzés: *Ebben a kérdésben a válaszadóknak nem volt kötelező a válaszadás. A hiányzó adatok aránya 4,6% volt.

3. Eredmények

3.1. Az otthoni kényelmi étkezéshez kapcsolódó attitűdök és az íz fontosságának vizsgálata

Megkérdezésünk keretében a fogyasztói szokásokra voltunk kíváncsiak elsősorban az otthoni kényelmi és az íz fontosságának témájában. Az íz fontosságával kapcsolatos attitűdök jóval nagyobb egyetértést mutatnak a lakosság körében, mint a kényelmi étkezéshez kapcsolódó felsorolt állítások.

A kényelmi étkezés kapcsán a 2. táblázatban látszik, hogy a megkérdezettek közepes arányban mondták magukra jellemzőnek, hogy a vacsorájuk csak közvetlenül étkezés előtt döntik el (átlag 4,14 a 7 fokú Likert-skálán), azaz kevésbé terveznek az esti étkezések kapcsán előre. Jellemzőnek rájuk, hogy nem egy adott napi rend szerint, hanem aktuális inger alapján étkeznek. Szintén közepesen jellemzőnek mondható az ételkeverékek, -ízesítők, illetve a félkész és konyhakész termékek használata, bár itt érdemes kiemelni, hogy a módusz 1, azaz a legtöbb válaszadó ezeket egyáltalán nem érzi magára érvényesnek.

Ahogy már korábban említettük, az íz kapcsán már jóval nagyobb érdeklődést, elköteleződést tapasztalhatunk. Itt az íz fontossága kapcsán mindhárom állításnál a módusz 7, azaz a legtöbben ezekkel teljes mértékben egyetértenek. Szívesen választják a jó ízű ételeket, illetve a választásukat is erősen befolyásolja.



1. táblázat: Attitűdvizsgálat kényelmi szokások és az íz kapcsán

| Állítások | Átlag | Medián | Módusz | Szórás | Ferdeség |
|---|-------|--------|--------|--------|----------|
| (Otthoni) kényelmi étkezés | | | | | |
| Gyakran csak az utolsó pillanatokban döntjük el, hogy mit fogunk vacsorázni. | 4,14 | 4,00 | 4 | 1,702 | -,244 |
| Mindig eszem, amikor egy kicsit is éhesnek érzem magam. | 3,97 | 4,00 | 4 | 1,789 | -,138 |
| A sütés-főzés olyan feladat, amin jobb hamar túl lenni. | 3,93 | 4,00 | 4 | 1,816 | -,077 |
| Gyakran használok ételkeverékeket, például sütőporokat és levesporokat. | 3,27 | 3,00 | 1 | 1,800 | ,248 |
| Sok félkész- vagy konyhakész (pl. elősütött, panírozott) ételt használunk a háztartásban. | 3,24 | 3,00 | 1 | 1,721 | ,220 |
| Íz | | | | | |
| Az élelmiszerek ízét fontos tényezőnek tekintem. | 6,11 | 7,00 | 7 | 1,325 | -1,593 |
| Élvezettel fogyasztom az igazán jó ételeket. | 6,01 | 7,00 | 7 | 1,309 | -1,293 |
| A friss élelmiszereket előnyben részesítem a konzerv- és a fagyasztott élelmiszerekkel szemben. | 5,58 | 6,00 | 7 | 1,583 | -1,017 |

Forrás: saját szerkesztés, 2019.

3.2. A kényelmi étkezéshez kapcsolódó attitűdök és az íz fontosságának kapcsolata

A két korábbi dimenziót közösen Spearman-féle korrelációval vizsgáltuk (3. táblázat).

Itt látszik a korrelációs együtthatók eredményeiből, hogy az egyes dimenziókon belül erős pozitív hatás mutatkozik, míg egymással inkább ellentétes irányú hatás érzékelhető.

Ezenkívül a spontán étkezés és a sütés-főzéssel kapcsolatos negatív érzellettel a kényelmi étkezésnek az átlagosnál gyengébb kapcsolata van, míg az ízzel kapcsolatos attitűdökkel egyáltalán nincs ($p > 0,05$).

Az eredményekből kiderült, hogy a kényelmi étkezés kapcsán a legerősebb kapcsolat a gyors, félkész vagy készételek és a különböző ételkeverék fogyasztása között van. Illetve a sütés és főzést nyugként megélők azok, akik preferálják a félkész és konyhakész ételeket.

Az ízzel kapcsolatos állítások esetében mindhárom igen szoros kapcsolatban van egymással. A korábban említett ellentétes hatás a friss ételek és ízek preferálása és a konyhakész ételek rendszeres fogyasztása között a legerősebb, azaz akik a friss ételeket kedvelik, nem szívesen választják az ezeket az előre elkészített termékeket, valószínűleg tartva attól, hogy az ízélmény nem lenne azonos a házi jellegű, friss ételekével. A másik két állítás esetében enyhe, de szignifikáns ellentétet láthatunk.

Ezek alapján elmondható, hogy az ízélményt keresők és a friss ízek kedvelői szkeptikusak az előre elkészített vagy nem-természetes, friss anyagok használatával kapcsolatban.

3. táblázat: A kényelmi étkezés és az íz korrelációs vizsgálata

| Állítások | A sütés-főzés olyan feladat, amin jobb hamar túl lenni. | Gyakran használok ételkeverékeket, például sütőporokat és levesporokat. | Sok félkész- vagy konyhakész (pl. elősütött, panírozott) ételt használunk a háztartásban. | Gyakran csak az utolsó pillanatokban döntjük el, hogy mit fogunk vacsorázni. | Mindig eszem, amikor egy kicsit is éhesnek érzem magam. | Élvezettel fogyasztom az igazán jó ételeket. | Az élelmiszerek ízét fontos tényezőnek tekintem. | A friss élelmiszereket előnyben részesítem a konzerv- és a fagyasztott élelmiszerekkel szemben. |
|---|---|---|---|--|---|--|--|---|
| A sütés-főzés olyan feladat, amin jobb hamar túl lenni. | 1,000 | 0,224** | 0,307** | 0,130** | 0,157** | n.k. | n.k. | n.k. |
| Gyakran használok ételkeverékeket, például sütőporokat és levesporokat. | 0,224** | 1,000 | 0,525** | 0,109** | 0,235** | -0,165** | -0,109** | -0,110** |
| Sok félkész- vagy konyhakész (pl. elősütött, panírozott) ételt használunk a háztartásban. | 0,307** | 0,525** | 1,000 | 0,214** | 0,233** | -0,174** | -0,172** | -0,259** |
| Gyakran csak az utolsó pillanatokban döntjük el, hogy mit fogunk vacsorázni. | 0,130** | 0,109** | 0,214** | 1,000 | n.k. | 0,138** | 0,125** | n.k. |
| Mindig eszem, amikor egy kicsit is éhesnek érzem magam. | 0,157** | 0,235** | 0,233** | n.k. | 1,000 | n.k. | n.k. | n.k. |
| Élvezettel fogyasztom az igazán jó ételeket. | n.k. | -0,165** | -0,174** | 0,138** | n.k. | 1,000 | 0,793** | 0,502** |
| Az élelmiszerek ízét fontos tényezőnek tekintem. | n.k. | -0,109** | -0,172** | 0,125** | n.k. | 0,793** | 1,000 | 0,530** |
| A friss élelmiszereket előnyben részesítem a konzerv- és a fagyasztott élelmiszerekkel szemben. | n.k. | -0,110** | -0,259** | 0,073* | n.k. | 0,502** | 0,530** | 1,000 |

Forrás: saját szerkesztés, 2019. *Megjegyzés:* n.k. = nincs kapcsolat, $p > 0,05$; ** a korreláció szignifikancia szintje $p < 0,001$, * a korreláció szignifikancia szintje $p < 0,05$



4. Következtetések és javaslatok

A vállalatok az elmúlt évtizedekben folyamatos versenyben állnak egymással a fogyasztókért, Az állandó piacfragmentációs és -konszolidációs helyzetek magukkal hozzák, hogy csak folyamatos fejlesztésekkel és az aktuális igényekre reagáló innovatív megoldásokkal lehetséges a vevőt, a hűséget megtartani.

Az ízes ételhez való kötődésünk, az ízélmény megtapasztalása erős ösztönként él a legtöbb fogyasztóban, de mégis elvárják, hogy emellett az étel egészséges, környezettudatos, vagy a jelen témához kapcsolódóan gyors, egyszerű, időtakarékos, kényelmes legyen.

A nemzetközi kutatások alapján a kényelmet előnyben részesítők csoportja folyamatosan növekszik, míg a párhuzamos az egészségtudatos, a slow- vagy az öko-food trendekre is választ vár termékek, szolgáltatások formájában a fogyasztó. Napjaink reklámjait és bolti kínálatát figyelve, a legtöbb vállalat már el is indult ebbe a hibrid irányba, mely szembe menve a korábbi prekonceptiókkal egészséges és gyors, ízletes és kényelmi, illetve esetleg több irányzatot is magába tömörítve győzi meg a fogyasztót saját kiválóságáról (pl: Spar Enjoy termékek). A siker kulcsa valószínűleg ezekben a megoldásokban lesz.

5. Köszönetnyilvánítás

A publikáció elkészítését az EFOP-3.6.2-16-2017-00003 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

6. Irodalomjegyzék

- Aggarwal, A. – Rehm, C. D. – Monsivais, P. – Drewnowski, A. (2016): Importance of taste, nutrition, cost and convenience in relation to diet quality: Evidence of nutrition resilience among US adults using National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2007–2010. *Preventive Medicine*. 90, 184–192. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.06.030>
- Balogh S. (2006): Élelmiszeripari termékfejlesztés Európában és a tengeren túl. *Tejgazdaság*. 64 (2) 8–17.
- Braun T. (2014): Gasztronómiai íz-, illat- és zamatpárosításokmolekuláris háttere és új lehetőségei. *Magyar Kémikusok Lapja*. 69 (2) 347–351.
- Brávác I. (2015): Az élelmiszerfogyasztói magatartás két dimenziója: az egészség-és a környezettudatosság. PhD értekezés, Szent István Egyetem, Gödöllő. 183.
- Buckley, M. – Cowan, C. – McCarthy, M. (2007): The convenience food market in Great Britain: convenience food lifestyle (CFL) segments. *Appetite*. 49 (3) 600–617. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.03.226>
- Capps, O. – Tedford, J. R. – Havlicek, J. (1983): Impacts of household composition on convenience and nonconvenience food expenditures in the South. *Southern Journal of Agricultural Economics*. December, 111–118.
- De Boer, M. – McCarthy, M. – Cowan, C. – Ryan, I. (2004): The influence of lifestyle characteristics and beliefs about convenience food on the demand for convenience foods in the Irish market. *Food Quality and Preference*. 15, 155–165.
- Douglas, S. P. (1976): Cross-National Comparisons and Consumer Stereotypes: A Case Study of Working and NonWorking Wives in U.S. and France. *Journal of Consumer Research*. 3, 12–20.



- Eertmans, A. – Victoir, A. – Vansant, G. – Van den Bergh, O. (2005): Food-Related Personality Traits, Food Choice Motives and Food Intake: Mediator and Moderator Relationships. *Food Quality and Preference*. 16 (8) 714–726. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2005.04.007>
- Gilbert, L. (2000): The Functional Food Trend: What's Next and what Americans Think About Eggs. *Journal of the American College of Nutrition*. 19, 507–512. <https://doi.org/10.1080/07315724.2000.10718973>
- Glanz, K. – Basil, M. – Maibach, E. – Goldberg, J. – Snyder, D. (1998): Why Americans Eat What They Do: Taste, Nutrition, Cost, Convenience, and Weight Control Concerns as Influences on Food Consumption. *Journal of the American Dietetic Association*. 98 (10) 1118–1126.
- Harrar, V. – Spence, C. (2013): The taste of cutlery: how the taste of food is affected by the weight, size, shape, and colour of the cutlery used to eat it. *Flavour*. 2 (21) <https://doi.org/10.1186/2044-7248-2-21>
- Kontor E. – Szakály Z. – Véha M. – Kiss M. (2018): Egészség vagy íz? Fogyasztói dilemmák a funkcionális élelmiszerekkel kapcsolatban – Szakirodalmi áttekintés. *Táplálkozásmarketing*. 5 (2) 17–29. <https://doi.org/10.20494/TM/5/2/2>
- Lehota J. (2004). Az élelmiszerfogyasztói magatartás hazai és nemzetközi trendjei. *Élelmiszer Táplálkozás Marketing*. 2004 (1-2) 7–13.
- Osman, I. – Osman, S. – Makhtar, I. – Setapa, F. – Shukor, S. A. M. – Temyati, Z. (2014): Family Food Consumption: Desire towards Convenient Food Products. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 121 223–231.
- Poulsen, J. P. (1999): Danish Consumers' Attitude Towards Functional Foods. MAPP Working paper no. 62. Centre for Market Surveillance, Research and Strategy for the Food Sector, Aarhus, Denmark.
- Steenkamp, J. B. E. M. (1996): Conceptual model of the quality perception process. *Journal of Business Research* 1996 (21) 309–333.
- Szakály Z. – Kiss M. – Jasák H. (2014): Funkcionális élelmiszerek, fogyasztói attitűdök és személyre szabott táplálkozás. *Táplálkozásmarketing*. 1 (1-2) 3–17. <https://doi.org/10.20494/TM/1/1-2/1>
- Szakály Z. (2008): Trendek és tendenciák a funkcionális élelmiszerek piacán: Mit vár el a hazai fogyasztó? *Élelmiszer, Táplálkozás és Marketing*. 5 (2-3) 3–11.
- Töröcsik M. (2014): Az ételfogyasztás megatrend kapcsolódásai. *Táplálkozásmarketing*. 1 (1-2) 19–27. <https://10.20494/TM/1/1-2/2>
- Tuorila, H. – Cardello, A. (2002): Consumer Response to an Off-Flavor in Juice in the Presence of Specific Health Claims. *Food Quality and Preference*. 13 (7-8) 561–569. [https://doi.org/10.1016/S0950-3293\(01\)00076-3](https://doi.org/10.1016/S0950-3293(01)00076-3)
- Wycherley, A. – McCarthy, M. – Cowan, C. (2008): Speciality food orientation of food related lifestyle (FRL) segments in Great Britain. *Food Quality and Preference*. 19 (5) 498–510. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2008.02.006>



**DEBRECENI
EGYETEM**

Nemzetközi piacszegmentáció az alkoholtermékek piacán

KOVÁCS BENCE

*MsC, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
kovacs.bence@econ.unideb.hu*

VUKOSZAVLYEV SZLOBODAN

*ügyvezető, Premium Genom Kft.
szlobodan@gmail.com*

SZAKÁLY ZOLTÁN

*CSc, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
szakaly.zoltan@econ.unideb.hu*

Absztrakt

Az alkoholos italok és ételek fogyasztása hosszú idő óta kíséri az emberiséget, annak ellenére is, hogy ma már tudjuk a túlzott, nagy mennyiségű (nagyivás) vagy rendszeres alkoholfogyasztás káros egészségünkre. Ezzel szemben az egészséges életstílus megjelenése, s az azzal szembeni igény ma már nemcsak, hogy trend, de egyre fontosabb mind egyéni, mind társadalmi jóléti szempontból. Jelen tanulmányban nemzetközi piacszegmentációt végzünk az alkoholtermékek piacán 127 országot vizsgálva. A szegmentáció alapjául szolgáló ismérveink: egy főre eső éves sör, bor és rövidital fogyasztás tiszta alkohol literben számítva. A szegmentumok kialakítását a faktorelemzésen alapuló hierarchikus klaszterelemzéssel (HCPC) végeztük el, majd a szegmentumokat jellemeztük az alábbi tényezők segítségével: egy főre eső bruttó hazai termék (GDP) vásárlóerő-paritáson számítva (PPP), emberi fejlettségi index (HDI), munkanélküliségi ráta (u), születéskor várható élettartam és a nyers halálozási ráta.

Kulcsszavak: alkohol, egészség, nemzetközi piacszegmentáció



1. Bevezetés

Az alkoholos italok és ételek fogyasztása hosszú idő óta kíséri az emberiséget, annak ellenére is, hogy ma már tudjuk a túlzott, nagy mennyiségű (nagyivás) vagy rendszeres alkoholfogyasztás káros egészségünkre. Ezzel szemben az egészséges életstílus megjelenése, s az azzal szembeni igény ma már nemcsak, hogy trend, de egyre fontosabb mind egyéni, mind társadalmi jóléti szempontból.

A kutatás célkitűzése egy nemzetközi piacszegmentáció végrehajtása az egy főre eső alkoholdermékek fogyasztási volumene alapján. A szegmensképző ismérvek az egyes nemzetgazdaságok egy főre eső sör-, bor-, illetve a rövidital fogyasztási mennyiségei tiszta alkohol liter/év mértékegységben. További cél a szegmentáció elvégzését követően, hogy jellemezzük a kialakított szegmentumokat az alábbi makro-tényezőkkel:

- egy főre jutó bruttó hazai termék (GDP) USA dollárban (USD) kifejezve vásárlóerő-paritáson (PPP) számítva,
- emberi fejlettségi index (HDI),
- születéskor várható élettartam alapján,
- nyers halálozási ráta alapján,
- munkanélküliségi ráta szerint.

A kutatás eredménye hozzájárul ahhoz, hogy feltárjuk, vajon miként szegmentálódnak az egyes országok az alkoholdermékek egy főre eső fogyasztási volumene szerint, és hazánk e szegmentumok között hol helyezkedik el. Továbbá a kutatás eredményeként fény derülhet arra, hogy az eltérő alkoholdermék-fogyasztási volumenű szegmensek a vizsgált makro-tényezőket tekintve, miben és mennyiben különböznek egymástól.

2. Anyag és módszer

A kutatás módszertana és koncepciója SZAKÁLY et al. (2018) alapján került kidolgozásra. A kutatás alapjául szolgáló adatbázis a The World Bank Data (WORLD BANK, 2019), a World Health Organization (WHO, 2019) és a The Human Development Reports (HDRO, 2019) online adattárából került összeállításra. Az adatok összefűzését követően a teljes minta 127 elemből (országból) áll. Az egyes vizsgálatoknál az elemszám eltérő lehet az esetlegesen hiányzó adatok miatt. Az alkoholfogyasztási adatok (évente egy főre eső sör, bor és rövidital tiszta alkohol literben) 2013-as adatfelvételből származnak (ez a legutolsó elérhető legfrissebb adat), így ehhez mérten a további változókat is 2013-ra vonatkozóan gyűjtöttük össze. A rövidital/tömény kategóriába számos alkoholdermék tartozik, néhány a példa kedvéért: whisky, gin, vodka, pálinka, grappa stb.), minden egyéb alkoholdermék fogyasztási mennyisége is e kategóriában kerül számításra.

A piacszegmentációt a HCPC módszerrel, azaz főkomponens elemzésen alapuló hierarchikus klaszterelemzéssel végeztük el (ARGÜLLES et al., 2014). A klaszterelemzés elvégzését követően a kialakított klaszterek egymástól való különbözőségét varianciaelemzéssel, illetve TukeyHSD post-hoc próbával vizsgáltuk. A kialakított szegmensek kapcsolatát a makro-tényezőkkel varianciaelemzéssel, illetve Tukey post-hoc teszttel elemeztük. A kutatás során végül megvizsgáltuk, hogy milyen kapcsolatban állnak az egyes termékkategóriák egy főre eső fogyasztási volumenei és a vizsgált makro-tényezők, ezt a Pearson-féle lineáris korrelációval vizsgáltuk (HUNYADI – VITA, 2003). Az adatok grafikus megjelenítését (térkép) a Microsoft Excel segítségével végeztük.



Az elemzést az R Statistics 3.5.2-es verziójával végeztük az R Studio szerkesztőben, a vizsgálatok során az alábbi bővítmények kerültek alkalmazásra: psych; factoextra; FactoMineR; Hmisc; corrplot (R CORE TEAM, 2019).

3. Eredmények

3.1. A mintasokaság leíró statisztikai elemzése

A vizsgálatban 127 nemzetgazdaságot vizsgáltunk. A vizsgált országok egy főre eső sörfogyasztásának átlaga 2,44 liter tiszta alkohol/fő/év 1,86 liter/fő/év szórás mellett. A legkisebb egy főre eső sörfogyasztás 0,00 liter tiszta, sörből származó alkohol/fő/év Pakisztánra és Szaúd-Arábiára jellemző, ez az érték természetesen nem az abszolút nullát jelenti, míg a legtöbb sört, átlagosan évi 9,01 liter tiszta alkohol/fő/év mennyiségben Egyenlítői-Guineában fogyasztják el.

A vizsgált országok átlagos egy főre eső borfogyasztásának átlaga 1,27 liter tiszta alkohol/fő/év jelentős, 1,65 liter/fő/év szórás mellett. A legkisebb egy főre eső borfogyasztás 0,00 liter tiszta, borból származó alkohol/fő/év (ami jelen esetben sem az abszolút nullát jelöli) több ország esetében megfigyelhető: Pakisztán, Szaúd-Arábia, Afganisztán, Yemen, Indonézia, Észak-Korea, Egyiptom, Nepál, India, Srí Lanka, Mianmar és Etiópia. Ezzel szemben a legtöbb bort Franciaországban fogyasztanak, évi 6,5 liter borból származó alkoholt fejenként.

A vizsgált országok egy főre eső rövidital (és egyéb alkohol) fogyasztásának átlaga 1,83 liter tiszta alkohol/fő/év 2,56 liter/fő/év szórás mellett. A legkisebb egy főre eső sörfogyasztás 0,00 liter tiszta, röviditalból származó alkohol/fő/év Afganisztánra, Yemenre és Egyenlítői-Guineára jellemző, ez az érték természetesen itt sem az abszolút nullát jelenti, míg a legtöbb röviditalból származó alkoholt Fehéroroszországban fogyasztják el, ami évi 6,45 liter tiszta alkohol/fő/évet jelent.

Összevontan a legtöbb tiszta alkoholt évente, fejenként 12,46 litert Litvániában, míg a legkevesebbet 0,01 litert Afganisztánban. A 127 ország átlagos alkoholfogyasztása 5,54 liter/fő/év. Magyarország a teljes alkoholfogyasztás 2013-ban 10,89 liter/fő/év tiszta alkohol volt, ebből 3,79 litert sörből, 3,35 litert borból, míg 3,76 litert röviditalból (és egyéb alkoholokból) fogyasztottunk el, ez alapján elmondható, hogy hazánkban több sört fogyasztunk (tiszta alkohol literjében kifejezve), mint más alkoholt, s megdőlni látszik az a mondás, hogy „a magyar csak bort iszik”, ugyanakkor látható, hogy az alkoholtermékek között igencsak kiegyenlített a verseny a hazai fogyasztási szerkezetben.

3.2. A szegmensképző ismérvek kapcsolata

Megvizsgálva a 2013-as alkoholfogyasztási adatokat a 217 országban, arra jutottunk, hogy szignifikáns, pozitív, közepesen erős kapcsolat van a sör és a bor fogyasztása között (Pearson-féle korrelációs együttható és a korrelációs koefficiens szignifikanciáját mérő *t*-teszt alapján), ez azt jelenti, hogy azokban az országokban, ahol több sört fogyasztanak, ott a borból is nagyobb mennyiség fogy. Szintén pozitív, gyenge/közepes kapcsolat van a sör és a rövidital között, míg a bor és a rövidital között szignifikáns kapcsolat nem mutatható ki, ez megerősíteni látszik azt a népi vélekedést, hogy a sörhöz könnyebben csúszik a tömény, mint a borhoz (1. táblázat).



1. táblázat: Az alkoholdermékek fogyasztásának Pearson-féle lineáris korrelációs kapcsolata (2013., N=217)

| | Sör | Bor | Rövidital |
|-----------|-------|-------|-----------|
| Sör | 1,00* | 0,47* | 0,34* |
| Bor | 0,47* | 1,00* | 0,10 |
| Rövidital | 0,34* | 0,10 | 1,00* |

* $p < 0,01$

Forrás: saját számítások

3.3. A nemzetközi piacszegmentáció eredményei

A szegmensképző ismérveink (egy főre eső éves sörből, borból és röviditalból elfogyasztott tiszta alkohol literben kifejezve) a klaszterelemzés követelményeinek megfelelnek. A hagyományos klaszterelemzési módszerekkel azonban nem alakíthatók ki homogén klaszterek (ezek esetében a relatív szórás klaszterenként és változónként legalább 50% fölötti) éppen ezért a PCA-n (főkomponens elemzésen) alapuló hierarchikus módszert választottuk a szegmentáció elvégzésére, az így létrejött klaszterek elemszámai kiegyensúlyozottabbak, a relatív szórások alacsonyabbak és a kialakított klaszterek/szegmensek pedig szakmailag értelmezhetőbbek. A 2. táblázatban a létrejött klasztereket mutatjuk be az egy főre eső fogyasztási adatok átlagai, valamint a szórások, a maximum és minimum értékek, illetve a ferdeségi és csúcsossági mutatók segítségével.

2. táblázat: A kialakított szegmensek jellemzői a szegmensképző adatok alapján (mértékegység: liter/fő/év, 2013., N=217)

| Szegmens | Alkoholtermék | Átlag | Szórás | Minimum | Maximum | Ferdeség | Csúcsosság |
|--------------------|---------------|-------|--------|---------|---------|----------|------------|
| 1. sz. $n_1=34$ | Sör | 4,33 | 1,48 | 1,80 | 9,01 | 0,91 | 1,02 |
| | Bor | 3,09 | 1,63 | 0,37 | 6,50 | 0,27 | -0,92 |
| | Rövidital | 2,74 | 1,51 | 0,00 | 6,45 | 0,55 | -0,47 |
| | Összesen | 10,16 | 1,15 | 8,69 | 12,46 | 0,63 | -0,97 |
| 2. sz. $n_2=41$ | Sör | 2,98 | 1,20 | 0,01 | 5,42 | -0,07 | -0,54 |
| | Bor | 1,23 | 1,34 | 0,02 | 4,86 | 0,96 | -0,32 |
| | Rövidital | 2,45 | 1,47 | 0,52 | 5,65 | 0,52 | -0,96 |
| | Összesen | 6,66 | 1,22 | 3,98 | 8,55 | -0,31 | -0,89 |
| 3. sz. $n_3=52$ | Sör | 0,78 | 0,73 | 0,00 | 2,96 | 1,19 | 0,75 |
| | Bor | 0,11 | 0,14 | 0,00 | 0,81 | 2,74 | 10,92 |
| | Rövidital | 0,74 | 0,89 | 0,00 | 3,26 | 1,36 | 0,88 |
| | Összesen | 1,63 | 1,27 | 0,01 | 4,16 | 0,51 | -1,13 |

Forrás: saját számítások

A klaszterek elemszámai kiegyenlítették, boxplotokon a klaszterek a különböző termékek egy főre eső fogyasztási adatai alapján jól elkülönülnek. A klaszterelemzés eredményeit varianciaelemzéssel validáltuk, az ANOVA eredményei: $F_{\text{sör}}(2)=108,8$, $p_{\text{sör}}=0,001 < \alpha=0,05$; $F_{\text{bor}}(2)=70,34$, $p_{\text{bor}}=0,001 < \alpha=0,05$; $F_{\text{rövidital}}(2)=32,49$, $p_{\text{rövidital}}=0,001 < \alpha=0,05$. Továbbá



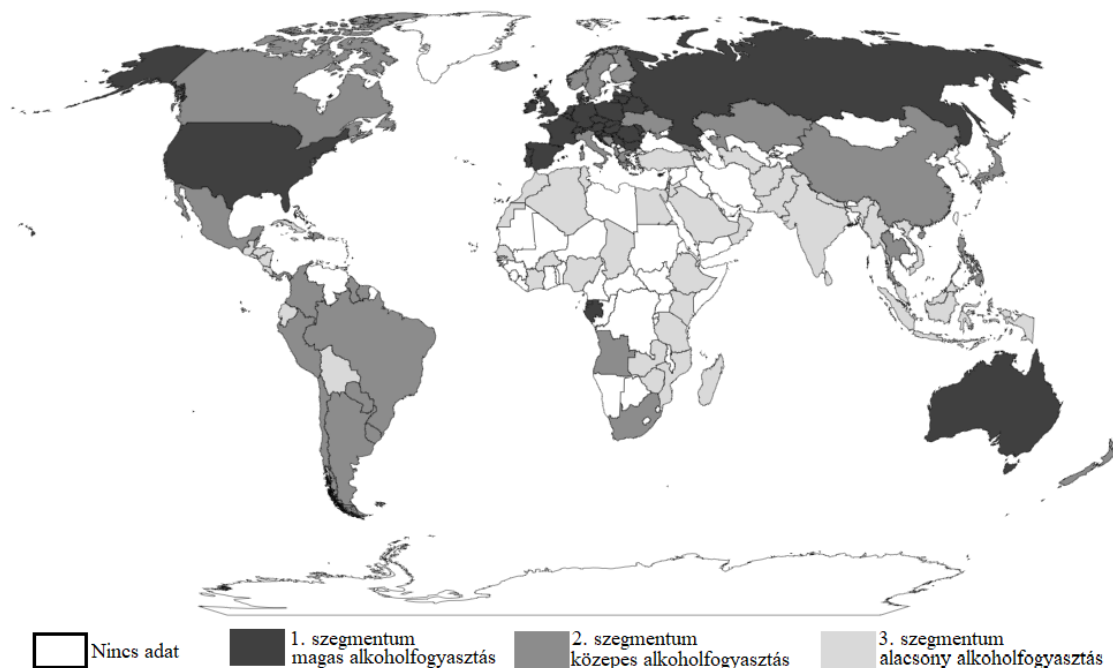
Tukey-féle post-hoc teszttel azt is megnéztük, hogy a szignifikáns különbség jelentkezik-e a szegmensképző ismérvekben is a klaszterek között, ez alapján mindössze egy esetben nincs szignifikáns eredmény: a röviditaloknál az első és a második klasztert tekintve ($p_{HSDrövidital}=0,59 > \alpha=0,05$). Ugyanakkor az ANOVA eredményei alapján megállapítható, hogy a klaszterek szignifikánsan különböznek egymástól nemcsak 95, hanem 99%-os megbízhatósági szint mellett is, így a klaszterelemzés eredményeit elfogadjuk.

Az első klaszterbe (1. szegmentum) azok az országok kerültek, ahol relatíve magasnak tekinthető mindhárom alkoholtermék fogyasztása, míg a második klaszterbe (2. szegmentum) azok, melyeket közepes alkoholfogyasztásúnak tekintünk, bár meg kell jegyezni, hogy a rövidital fogyasztás szignifikánsan nem különbözik (még ha átlagra alacsonyabb is) az 1. szegmentumtól. A harmadik klaszter (3. szegmentum) az alacsony alkoholfogyasztású országokat tartalmazza.

Az alacsony alkoholfogyasztású országok közé tartozik: Csád, Nigéria, Elefántcsontpart, Mozambik, Örményország, Észak-Macedónia, Zimbabwe, Burkina Faso, Észak-Korea, Zambia, Dzsibuti, Myanmar, Kuba, Tanzánia, Bolívia, Pakisztán, Etiópia, India, Afganisztán, Türkmenisztán, Indonézia, Jamaica, Madagaszkár, Jemen, Rep.Srí Lanka, El Salvador, Szenegál, Nepál, Tunézia, Mikronézia, Kenya, Törökország, Azerbajdzsán, Vietnam, Dél-Korea, Izrael, Marokkó, Ecuador, Guatemala, Honduras, Algéria, Costa Rica, Malaysia, Nicaragua, Singapore, Libanon, Jordánia, Szaud-Arábia, Omán, Bahrein, Egyiptom, Katar.

A közepes alkoholfogyasztású országok közé tartozik: Ukrajna, Grúzia, Dél-Afrika, Bosznia és Hercegovina, Barbados, Görögország, Japán, Olaszország, Finnország, Svédország, Uruguay, Trinidad és Tobago, Angola, Haiti, Norvégia, Guyana, Kazahsztán, Málta, Argentína, Thaiföld, Grenada, Kanada, Kína, Suriname, Szent Vincent és a Grenadine-szigetek, Albánia, Izland, Új Zéland, Fülöp-szigetek, Dominikai Köztársaság, Brazília, Chile, Antigua és Barbuda, Colombia, Peru, Paraguay, Belize, Venezuela, Panama, Mexikó, St. Kitts és Nevis.

A magas alkoholfogyasztású országok: Bulgária, Lettország, Szerbia, Litvánia, Fehéroroszország, Oroszország, Magyarország, Románia, Horvátország, Moldova, Németország, Egyenlítői-Guinea, Cseh Köztársaság, Portugália, Lengyelország, Belgium, Szlovák Köztársaság, Ausztria, Szlovénia, Dánia, Egyesült Királyság, Franciaország, Hollandia, Spanyolország, Gabon, Egyesült Államok, Svájc, Szent Lucia, Luxemburg, Ciprus, Ausztrália, Írország, Bahamák, Andorra. A könnyebb áttekinthetőség érdekében térképen ábrázoljuk a három klasztert (*1. ábra*). Fehér színnel jelöltük azokat az országokat, melyek alkoholfogyasztásáról nem rendelkezünk információval, világos szürkével az alacsony alkoholfogyasztásúakat, 20%-os szürkével a közepeseket, míg sötét szürke színnel a magas alkoholfogyasztású országokat.

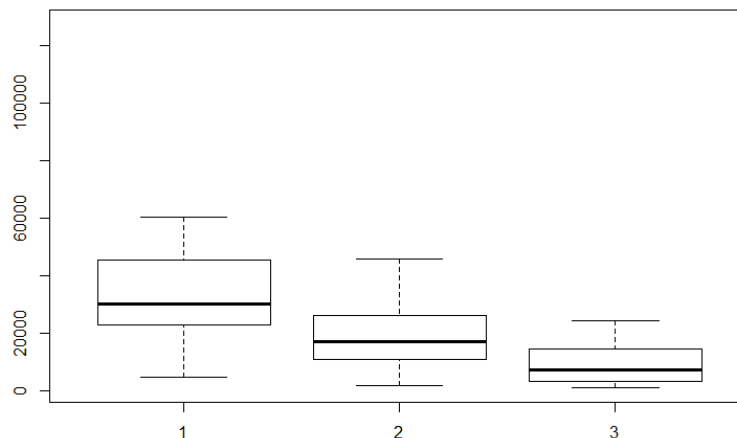


1. ábra: A kialakított klaszterek világtérképen

Forrás: saját szerkesztés saját számítások alapján

3.4. A kialakított szegmentumok vizsgálata a makro-változókkal

A bruttó hazai termék vásárlóerő-paritáson számított értékét vettük figyelembe a vizsgálatok során az összehasonlíthatóság miatt. A varianciaelemzés eredményei alapján szignifikáns különbség van a három szegmentum között a GDP vonatkozásában: $F_{GDP(2)}=8,52$, $p_{GDP}=0,001 < \alpha=0,05$. A post-hoc teszt ezt csak részben erősíti meg, szignifikáns a különbség az első és a második, valamint az első és a harmadik szegmentum között, azonban az alacsony és a közepes alkoholfogyasztású szegmentum között ez a különbség, már statisztikailag nem igazolható. A szegmentumonkénti eltérések bemutatása doboz ábra (box plot) segítségével történik. Az ábra vízszintes tengelyén az egyes szegmensek láthatók, az 1. a magas, a 2. a közepes, míg a 3. a magas alkoholfogyasztású szegmentumot jelöli. A függőleges tengelyen a bruttó hazai termék értéke található. Az ábráról leolvasható a terjedelem, az interkvartilis terjedelem, a medián, a minimum és a maximum érték. Az interkvartilis terjedelmet szegmentumonként egy téglalap jelöli, ebben van behúzva a medián vastag vonallal, a legnagyobb és legkisebb értékek pedig egy-egy talppal vannak ábrázolva. A doboz elhelyezkedése a teljes talphoz viszonyítva, illetve a medián helyzete a dobozon belül információt ad az eloszlásról. A dobozban (téglalapban) található klaszterenként az országok 50%-a, míg a két talp 25-25%-át ábrázolja szegmentumonként az egyes országoknak (HUZSVAI, 2012).

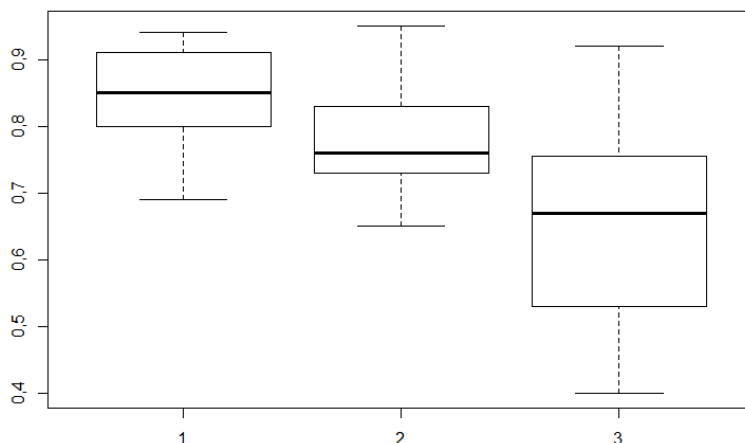


2. ábra: A bruttó hazai termék leíró mutatói szegmentumonként ábrázolva (N=217)

Forrás: saját számítások alapján saját szerkesztés

Megállapítható, hogy a magasabb jövedelmű országokban több alkoholt fogyasztanak (ezt alátámasztja az egyes változók közötti korrelációs együttható is, melyek az *1. sz. mellékletben* láthatók), ami arra vezethető vissza, hogy a lakosságnak nagyobb fogyasztásra fordítható jövedelme van, valamint a jövedelemmel a bor erősebb pozitív kapcsolatban van, mint a sör, illetve a rövidital, azaz levonható az a következtetés is, hogy a magasabb jövedelem inkább a bor preferálásával jár együtt (pontosabban jár nagyobb mértékben együtt).

Az emberi fejlettségi index tekintetében szintén különbség van az egyes szegmentumok között a varianciaelemzés alapján $F_{HDI}(2)=30,15$, $p_{HDI}=0,001 < \alpha=0,05$. A Tukey post-hoc tesz megerősíti a szignifikáns különbséget mindhárom klaszter között. A dobozábrán (*3. ábra*) észre vehetjük, hogy az alacsony alkoholfogyasztású klaszter esetében jelentős a szórás, továbbá a korrelációs táblázatot (*1. sz. melléklet*) tanulmányozva erősebb kapcsolatot mutat az alkoholfogyasztás a HDI-vel, mint a GDP-vel. Ennek oka abban keresendő, hogy a HDI a GDP mellett további két tényezőt aggregál: egyrészt az oktatásban szerzett tudást, másrészt a születéskor várható élettartamot (HUSZ, 2001).



3. ábra: Az emberi fejlettségi index leíró mutatói szegmentumonként ábrázolva (N=217)
Forrás: saját szerkesztés saját számítások alapján.

A munkanélküliségi ráta vonatkozásában is megerősíthető a különbség a három klaszter között ($F_u(2)=3,404$, $p_u=0,03 < \alpha=0,05$), ám a post-hoc teszt alapján ez a különbség már csak az magas és az alacsony alkoholfogyasztású ország között tapasztalható. A korrelációs táblázatból látható, hogy szignifikáns kapcsolat az alkoholtermékek fogyasztása és a munkanélküliségi ráta között nincs, tehát nem jelenthető ki, hogy a magasabb egy főre eső alkoholfogyasztás magasabb munkanélküliséggel járna (bár a korrelációs koefficiens értéke 0,21, a t -próba ezt a kapcsolatot nem erősíti meg). A 2. sz. melléklet dobozábrája szemlélteti a munkanélküliségi ráta jellemző statisztikai mutatóit alkoholfogyasztási klaszterenként.

A születéskor várható élettartamban szintén szignifikáns különbség van a klaszterek között a varianciaelemzés szerint ($F_{ex.t2}=3,404$, $p_{ex.t}=0,03 < \alpha=0,05$), ami a Tukey-teszt alapján csupán a magas és a közepes alkoholfogyasztású klaszter között nem mutatható ki statisztikailag 95%-os megbízhatósági szint mellett. Ettől függetlenül megállapítható, hogy ott, ahol nagyobb az egy főre eső éves alkoholfogyasztás a várható élettartam is magasabb. Ugyanakkor azt mindenképp ki kell itt emelniük a szerzőknek, hogy a kutatás során nem vizsgáltunk ok-okozati összefüggéseket, hatásvizsgálatokat nem készítettünk, csupán pozitív, leíró közgazdasági szemlélettel vizsgáljuk a kutatás tárgyát. A tanulmány szerzőinek meglátása szerint az a pozitív kapcsolat, ami a várható élettartam és az alkoholfogyasztás között van, olyan háttérelemek miatt alakul, melyeket a kutatás során nem vettünk figyelembe, tehát nem zárható ki egy harmadik tényező (pl. a jövedelem) áttételes hatása. Jól mutatja ezt a mortalitási ráta és az alkoholfogyasztás kapcsolata, ugyanis ez esetben (a klaszterenkénti szignifikáns különbség, lsd. 4. sz. melléklet) a pozitív lineáris kapcsolat a halálozási ráta és az alkoholfogyasztás között disszonanciát kelt a kutatóban a halálozási ráta és a várható élettartam közötti negatív kapcsolat miatt. Tehát azokban az országokban, ahol magasabb az egy főre eső éves alkoholfogyasztás, magasabb a várható élettartam, de a halálozási ráta is szintén magasabb. Vegyük észre, hogy ez a disszonancia megerősíti azt a feltevésünket, miszerint az alkoholfogyasztás és a várható élettartam közötti pozitív kapcsolat sokkal inkább egy háttérváltozó (például a jövedelem) műve.



4. Következtetések és javaslatok

A kutatás során megvizsgáltuk az alkoholdermékek fogyasztását és ezek összefüggését jóléti mutatókkal. 127 vizsgált ország alapján arra jutottunk, hogy pozitív kapcsolatban áll az egy főre eső alkoholfogyasztás a jövedelemmel, az emberi fejlettségi indexszel és a várható élettartammal, valamint a halálozási rátával. Ugyanakkor ezek az eredmények nem ok-okozati összefüggéseket takarnak és feltehetően valamely háttérváltozó áttételes hatása jelenhet meg több esetben is, melyek miatt disszonáns eredmények is tapasztalhatók (például a várható élettartam esetében).

Megállapítható, hogy hazánk a magas alkoholfogyasztású országok közé esik, sőt, ha az összesített alkoholfogyasztási rangsor nézzük Magyarországot a 7. legnagyobb alkoholfogyasztó a vizsgált változók alapján. Bár az alkoholfogyasztásnak lehetnek pozitív egészségügyi, szocio-kulturális és lelki hatásai az egyénre nézve, ezeket a negatív hatások túlszárnyalják és árnyalják a képet. Bár a születéskor várható élettartam alapján az a következtetés vonható le, hogy a nagyobb mértékű alkoholfogyasztás hosszabb élettel párosul, a kutatók hangsúlyozzák azt, hogy ez csupán egy helyzetkép, leírás és feltehetőleg a nemzeti jövedelem mértéke az, amin keresztül realizálódik a hosszabb várható élet és az alkoholfogyasztás közötti pozitív kapcsolat. Azaz, ha egy nemzet gazdagabb, több alkoholt fogyaszt, de feltehetően a több alkoholt fogyasztó nemzetek esetében, azért mutat jobb helyzetet a várható élettartam, mert magasabb a jövedelem és ez a jóllét az, ami az igazi hatást fejt ki a születéskor várható élettartamra. Ezt igazolja az is, hogy egyértelműen a magasabb alkoholfogyasztás nagyobb halálozási rátával jár együtt, ami már hűen tükrözheti az alkoholfogyasztás közvetlen hatásait.

5. Köszönetnyilvánítás

A publikáció elkészítését az EFOP-3.6.2-16-2017-00003 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

6. Felhasznált irodalom

- Argülles, M. – Benavides, C. – Fernández, I. (2014): A new approach to the identification of regional clusters: hierarchical clustering on principal components. *Applied Economics*. 46 (21) 2511–2519. <https://doi.org/10.1080/00036846.2014.904491>
- HDRO (2019): Human Development Data (1990-2017). United Nations Development Programme - Human Development Reports. URL <http://hdr.undp.org/en/data> (Letöltés dátuma: 2019.05.02)
- Hunyadi L. – Vita L. (2003): Statisztika közgazdászoknak – Segédlettel. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- Husz I. (2001): Az emberi fejlődés indexe. *Szociológiai Szemle*. 2001 (2) 72–83.
- Huzsvai L. (2012): Statisztika gazdaságelemzők részére, Excel és R alkalmazások. Seneca Books.
- R Core Team (2019): R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>
- Szakály Z. – Kiss M. – Gál T. – Kovács B. (2018): Nemzetközi piacszegmentáció a tejtermékek piacán. *Tejgazdaság: Tudomány és Gyakorlat*. 75 (1) 43–54.
- WHO (2019): Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). World Health Organization. URL <https://www.who.int/gho/alcohol/en/> (Letöltés dátuma: 2019.05.10.)



World Bank (2019): Data, Indicators. The World Bank. URL
<https://data.worldbank.org/indicator> (Letöltés dátuma: 2019.05.10)

Melléletek

1. sz. melléklet: A változók Pearson-féle közötti korrelációs együtthatók és szignifikanciaszintek

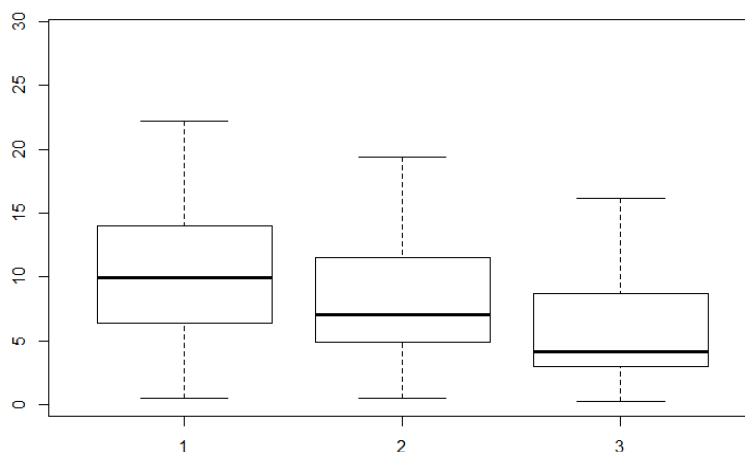
| | Összes alkohol | Sör | Bor | Rövidital | GDP | HDI | u | Exp.l | M.r. |
|----------------|----------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Összes alkohol | 1 | 0,84** | 0,72** | 0,63** | 0,32** | 0,61** | 0,21 | 0,45** | 0,49** |
| Sör | 0,84** | 1 | 0,47** | 0,34** | 0,27* | 0,47** | 0,15 | 0,28** | 0,35** |
| Bor | 0,72** | 0,47** | 1 | 0,1 | 0,42** | 0,56** | 0,23 | 0,49** | 0,38** |
| Rövidital | 0,63** | 0,34** | 0,1 | 1 | 0,01 | 0,3* | 0,08 | 0,22* | 0,34** |
| GDP | 0,32** | 0,27** | 0,42** | 0,01 | 1 | 0,72** | -0,18* | 0,6** | -0,18* |
| HDI | 0,61** | 0,47** | 0,56** | 0,3** | 0,72** | 1 | 0,1 | 0,9** | -0,04 |
| u | 0,21 | 0,15 | 0,23 | 0,08 | -0,18* | 0,1 | 1 | 0,1 | 0,29* |
| Exp.l | 0,45** | 0,28** | 0,49** | 0,22* | 0,6** | 0,9** | 0,1 | 1 | -0,23* |
| M.r. | 0,49** | 0,35** | 0,38** | 0,34** | -0,18* | -0,04 | 0,29* | -0,23* | 1 |

**p<0,01; *p<0,05.

GDP: Bruttó hazai termék vásárlóerő-paritáson számítva, HDI: emberi fejlettségi index, u: munkanélküliségi ráta, Exp.l: születéskor várható élettartam, M.r.: halálozási ráta.

Forrás: saját szerkesztés saját számítások alapján.

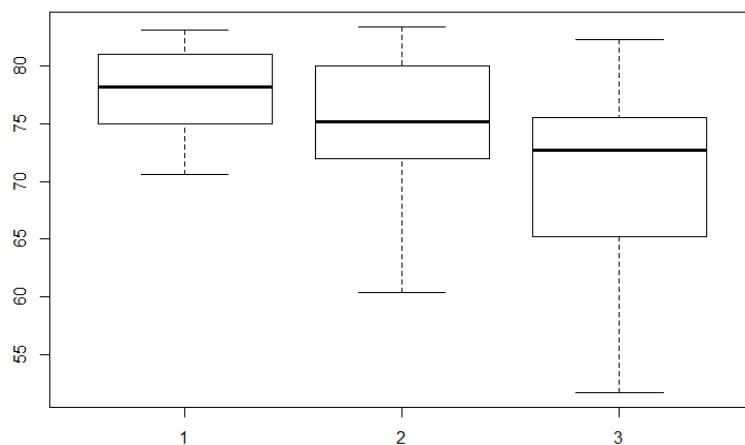
2. sz. melléklet: A munkanélküliségi ráta statisztikai mutatói dobozábrában klaszterenként



Forrás: saját szerkesztés saját számítások alapján.

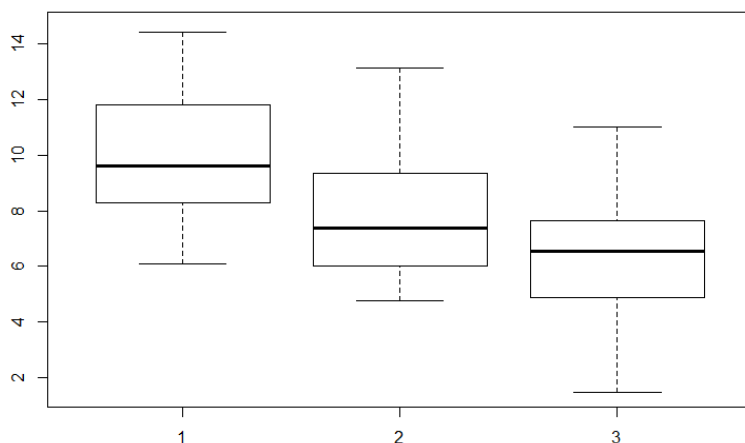


3. sz. melléklet: A születéskor várható élettartam statisztikai mutatói dobozábrában klaszterenként



Forrás: saját szerkesztés saját számítások alapján.

4. sz. melléklet: A halálzási ráta statisztikai mutatói dobozábrában klaszterenként



Forrás: saját szerkesztés saját számítások alapján.



A növényi alapú étrendet támogató tényezők rendszerezése – Szakirodalmi áttekintés

VÉHA MIKLÓS

*MSc, Naturtrade Hungary Kft.
vehamiki@gmail.com*

SZAKÁLY ZOLTÁN

*CSc, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
szakaly.zoltan@econ.unideb.hu*

FEHÉR ANDRÁS

*PhD, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
feher.andras@econ.unideb.hu*

Absztrakt

Az elmúlt évtizedekben a civilizációs betegségek rohamos terjedésével párhuzamosan az emberek egészségi állapota is nagy mértékben romlott, amely leginkább az egészségtelen életmóddal és a kiegyensúlyozatlan táplálkozással hozható összefüggésbe. Az élelmiszeriparnak így új kihívásoknak kellett megfelelnie és olyan táplálkozási módokat kifejleszteni, illetve új típusú élelmiszereket előállítani, amelyek az egészségre gyakorolt kedvező hatásuknak köszönhetően képesek lassítani a civilizációs betegségek tovább terjedését. A növényi alapú étrend az előző összefüggéseknek tökéletesen megfelel. A vegetáriánus táplálkozást folytatók pontos arányát nehéz megbecsülni, azonban kétségtelen, hogy egyre fontosabb az egészséges táplálkozást választók körében ez az étkezési mód. Kutatásunk célkitűzése, hogy hazai és nemzetközi szakirodalmi források alapján azonosítsuk a növényi alapú táplálkozás jellemzőit és differenciáljuk a vegetáriánus étrendre történő áttérésnek, illetve az új étrend fenntartásának a támogató tényezőit. Az eredményeink alapján megállapítható, hogy a növényi alapú táplálkozás legfőbb előnyének az egészségre ható számos tényezője minősül. Ezt követik a jól(1)étre és elégedettségre vonatkozó előnyök, majd az etikus és környezeti előnyök.

Kulcsszavak: növényi alapú táplálkozás, támogató tényezők, vegetáriánus



1. Bevezetés

Az elmúlt évtizedekben globális szinten az ún. civilizációs betegségek rohamos terjedése következett be (SZAKÁLY, 2017). Ezzel párhuzamosan az emberek egészségi állapota romlott, amely az egészségtelen életmóddal, a nem kiegyensúlyozott táplálkozással és az élvezeti szerek mértéktelen fogyasztásával hozható összefüggésbe (RIGÓ, 2007). TÓTH (2004) szerint az életünk során több mint másfél tonna élelmiszert fogyasztunk el, amelyeknek az összetétele különösen fontos, mivel a betegségek 40-60%-a nagyban függ a táplálkozástól. Továbbá jövedelmünk jelentős részét (kb. harmadát) élelmiszerre költjük.

Az előzőek során vázoltak egyértelműen új kihívások elé állították az élelmiszeripart. Olyan táplálkozási módok kifejlesztésére és élelmiszerek előállítására volt szükség, amelyek az egészségre gyakorolt kedvező hatásaiknak köszönhetően képesek lassítani az emberiséget sújtó civilizációs betegségek terjedését és az egyre idősödő társadalmaknak megalapozzák a minél hosszabb egészségesben eltöltött élettartamát (SZAKÁLY, 2017).

A növényi alapú étrend egy olyan táplálkozási törekvés, amelynek során az állati eredetű (tojás, húsok, húskészítmények, tej- és tejtermékek), illetve a magasan feldolgozott élelmiszerek (olajok, cukrok, lisztek) háttérbe szorulnak. Az ilyen típusú étrendek javarészt leginkább nyers, feldolgozatlan, vagy minimális mértékben feldolgozott növényi eredetű élelmiszerek teszik ki (gabonafélék, gumósok, hüvelyesek, zöldségek és gyümölcsök). Az egyének az egészségre negatív hatással levő, állatvédelmi, politikai, ökonómiai, etikai, ökológiai és spirituális okok miatt válhatnak át a hagyományostól eltérő étrendre (LEITZMANN, 2003; STEINFELD et al., 2006; MARLOW et al., 2009; MACDIARMID et al., 2012; LEITZMANN, 2014; SZABÓ et al., 2016).

A vegetáriánus táplálkozást folytatók pontos arányát különösen nehéz felmérni, mivel eleve számos növényi alapú táplálkozási formát különböztet meg a szakma, amelyek sok esetben országonként más értelmezést kapnak. A vegetáriánus módon táplálkozók a legnagyobb arányban Indiában találhatóak meg, ahol a lakosság kb. 30-40%-a ilyen étkezést folytat (YADAV – KUMAR, 2012). Európában minden bizonnyal Svájcban az egyik legnagyobb a növényi alapú táplálkozást folytatók aránya, ahol a lakosok 14%-a (ezen belül 3% a vegánok aránya) táplálkozik ilyen módon (SWISSVEG, 2017). Szakértői becslések nyomán (legjobb tudomásunk szerint reprezentatív felmérés nem készült a témában) a magyar vegetáriánusok számát 150 ezer főre becsülik, ami a lakosság 1,5%-át jelenti. Az Ahimsza Magyar Vegetáriánus Társaság szerint hazánkban a vegetáriánusok 43%-a ovolakto vegetáriánus, 46%-uk laktovegetáriánus, míg 11%-uk vegán (KÖKÉNY, 2009).

A vegetáriánus (növényi alapú) táplálkozáson belül több alformát különböztetünk meg. A *vegánok* semmilyen állati terméket nem fogyasztanak, tehát nem csak az étkezésük során, hanem a mindennapi életben is kerülnek az ilyen készítményeket. A *laktovegetáriánusok* fogyasztanak tejet és tejtermékeket is. Az *ovolakto-vegetáriánusok* az előző alcsoporthoz képest tojástartalmú ételeket is fogyasztanak. A *szemivegetáriánusok* a döntően növényi alapú étrendet kiegészítik mérsékelten csirkehússal és hallal. Az előző alcsoporthoz hasonlíthatók a *flexitariánusok* is, akik többnyire zöldséget és gyümölcsöt fogyasztanak, azonban a húsfélékről és a halról sem kell lemondaniuk. A *pesco-vegetáriánusok* a növényi alapú táplálkozást folytatók „legmegengedőbb” követői, a növényi összetevők mellett szerepel az étrendjükben a tej és tejtermék, tojás és hal egyaránt (RIGÓ, 2007; KÖKÉNY, 2009; ÁDÁNY, 2011).

Kutatásunk legfontosabb célkitűzése, hogy a speciális táplálkozási módokon belül, releváns hazai és nemzetközi szakirodalmi források felhasználásával, azonosítsuk a növényi



alapú táplálkozás jellemzőit, továbbá differenciáljuk a vegetáriánus étrendre történő áttérésnek, illetve az új étrend fenntartásának támogató tényezőit.

2. A növényi alapú étrendet támogató tényezők rendszerezése

Kutatások bizonyítják, hogy a vegetáriánus táplálkozás legfontosabb előnyei a pozitív egészségre ható tényezők esetében azonosíthatók (LEA – WORSLEY, 2003a; LEA – WORSLEY, 2003b; LEA et al., 2006a; GRAÇA et al., 2015; MULLEE et al., 2017). Az USA-ban végzett reprezentatív felmérésből kiderült, hogy a vegetáriánus és vegán táplálkozási módok előfordulási gyakorisága, mintázatai és egyéb kapcsolódó tényezői jelentősebbek az amerikai lakosok körében abban az esetben, ha az egészségük védelme miatt térnek át ezekre (CRAMER et al., 2017). DYETT és szerzőtársai (2013) az USA-ban 100 főt kérdeztek meg arról, hogy az egészségükkel kapcsolatos hiedelmeik milyen motivációt jelentenek az életmódváltás és a táplálkozás megváltoztatása terén. A tápanyagbevitelt a „Dietary Reference Intakes” alapján mérték fel. Az étrendválasztás legfőbb okának az egészség (47%) bizonyult. A növényi alapú táplálkozásra történő áttérés második legfontosabb oka a jólétre és az elégedettségre vezethető vissza. Mindezekhez képest kevésbé preferált és említett tényezőként az állatok védelmével és a környezeti fenntarthatósággal kapcsolatos összefüggések említhetők (LEA – WORSLEY, 2002; LEA et al., 2006a; LEA et al., 2006b). JABS és DEVINE (2006) a vegetáriánus életmódot folytatók egészségével és az állatok jólétével kapcsolatos preferenciáit vizsgálta. 19 vegetáriánussal folytattak személyes interjút. A vegetáriánus táplálkozást folytatók két típusát különítették el. Az egészségorientált vegetáriánusok fő motivációját a táplálkozási mód egészséggel kapcsolatos előnyei képezik és ezek által az egészséget befolyásoló kockázatok elkerülése. Az etikus vegetáriánusok kiemelt szempontjai morálisak és az állatok jólétének a fenntartásával kapcsolatosak. HOEK és szerzőtársai (2017) országos reprezentatív felmérés során 18 évnél idősebb holland fogyasztókat kérdeztek meg a „National Food Consumption Survey” kutatásukban. Elemzéseiből kiderült, hogy az egészséggel kapcsolatos és szociális tényezők mellett a vegetáriánus fogyasztók pozitív attitűddel rendelkeznek a termékinformációk fontossága, a speciális boltok, az újdonságok és az ökológiai termékek iránt. A következőkben a növényi alapú táplálkozást leginkább támogató tényezőket részletezzük. Az elemzés során CORRIN és PAPADOPOULOS (2017) kategorizálását vettük alapul. A növényi alapú étrendet támogató tényezőket a *1. táblázatban* rendszereztük.



1. táblázat: A növényi alapú étrendet támogató tényezők rendszerezése

| Támogató tényezők | Források |
|---|--|
| AZ EGÉSZSÉGET POZITÍVAN BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK | |
| Csökken a testzsír és így az elhízás aránya | Cummings et al. (2002); CJDPR (2003); Berkow – Barnard (2006); Friedewald et al. (2011); Szabó et al. (2016) |
| Elősegíti a telített zsírok és állati fehérjék alacsonyabb szintű bevitelét | Lea – Worsley (2003a); Lea et al. (2006a); Kökény (2009) |
| Magasabb szérum albumin szint elérése | Benzie – Wachtel-Galor (2009) |
| Fontos táplálkozási összetevők nagyobb mennyiségben vannak jelen | Dwyer (1988); Pomerleau et al. (2002); CJDPR (2003); Antal, (2005) |
| Csökkennek a betegségek kialakulásának rizikófaktora | Dwyer (1988); Knutsen (1994); Lea – Worsley (2002); Lea – Worsley (2003a); Berkow – Barnard (2005); Lea et al. (2006a); Barnard et al. (2009); Graça et al. (2015) |
| Daganatos betegségek megelőzése | Richman et al. (2010); Nechuta et al. (2012); Pérez-Cueto – Verbeke (2012); IARC (2015); Szabó et al. (2016) |
| A JÓ(L)ÉTRE ÉS ELÉGEDETTSÉGRE VONATKOZÓ ELŐNYÖK | |
| Pozitív hatással van az egyéni szokásokra és a szűk szociális, illetve családi kötelékekből adódó szokásokra | Lea – Worsley (2003); Kökény (2005) |
| Pozitív hatással van a jól(l)ét fejlődésére és a béke, megelégedettség elérésére | Lea – Worsley (2002); Kökény (2005); Lea et al. (2006b) |
| Elősegítheti a társadalmi diszfunkció csökkenését | Judge – Wilson (2015) |
| A meditációs folyamatok, a jóga hatékonyabban segíthetik a spirituális fejlődést, a stressz oldást és a lelki önmegvalósítást | PADADC (2003) |
| Javítja az életminőséget | Meyer et al. (2006); Kökény (2009) |
| ETIKUS ÉS KÖRNYEZETI ELŐNYÖK | |
| Gazdasági erőforrások hatékonyabb kihasználását eredményezheti | Oláh et al. (1985); Sabaté (2001) |
| Globális felmelegedés és környezetszennyezés csökkentő hatása | Leitzmann (2003); Kökény (2009) |
| Kedvezőbb eredmények a környezeti hatásokat mérő indikátorokkal kapcsolatban | Könczey – Nagy (1997); Goldstein et al. (2016); Castané – Anton (2017); Vanhonacker et al. (2013); Mullee et al. (2017) |
| Elősegíti az életvédelmet, amely leginkább az állatok, mint egyedek és fajok védelme érdekében kiemelt jelentőségű | Kenyon – Barker (1998); PADADC (2003); Janssen et al. (2016) |
| Nagyobb adakozási hajlandóság az állatvédelmi szervezeteknek | Backer – Hudders (2015) |

Forrás: Saját szerkesztés, 2019



2.1. Az egészséget pozitívan befolyásoló tényezők

A növényi alapú táplálkozás csökkenti a testzsír és így az elhízás arányát (CUMMINGS et al., 2002; CJDPR, 2003). Az előző összefüggést bizonyítja BERKOW és BARNARD (2006) vizsgálata, amelynek során a vegetáriánusok és nem vegetáriánusok testtömegét vették górcső alá. Elemzéseik során kiderült, hogy a vegetáriánus férfiak 4,6-12,6 kg-mal, míg a vegetáriánus nők 2,9-10,6 kg-mal voltak könnyebbek a nem vegetáriánus társaiknál. Helyesen összeállított vegetáriánus étrenddel a többnyire elhízás miatt kialakuló vagy annak kockázatát növelő szív-érrendszeri betegségek megelőzhetőek lennének (FRIEDEWALD et al., 2011; SZABÓ et al.; 2016).

A vegetáriánus táplálkozási módok egészséggel kapcsolatos előnye a telített zsírok és az állati eredetű fehérjék alacsonyabb szintű bevitele (KÖKÉNY, 2009; LEA – WORSLEY, 2003a; LEA et al., 2006a).

Humán vizsgálatok alkalmával a kutatók bizonyították, hogy a növényi alapú táplálkozást folytatók szérum albumin szintje magasabb, mint a vegyesen táplálkozóké (BENZIE – WACHTEL-GALOR, 2009).

A növényi alapú táplálkozást követőknél általában nagyobb mennyiségben van jelen néhány fontos táplálkozási összetevő pl. magnézium, kálium, folsav, rostok, antioxidánsok, köztük a C- és E-vitamin, a fitokemikáliák (DWYER, 1988; CJDPR, 2003; POMERLEAU et al., 2002). A növényi vas felszívódását a megfelelő mennyiségű C-vitaminnal lehet elősegíteni (ANTAL, 2005).

A növényi alapú étrendek kiemelt előnye, hogy képesek csökkenteni a betegségek kialakulásának rizikófaktorait. Bizonyítottan kevesebben halnak meg szívbetegségekben, kisebb a 2-es típusú cukorbetegség, a demencia, az epekö, a vesebetegségek, a reumatoid arthritis és a különféle allergiák előfordulása. A vegetáriánusoknál a koleszterinszint és a vérnyomás az esetek többségében a normális tartomány alsóbb részébe esik (BARNARD et al., 2009; BERKOW –BARNARD, 2005; DWYER, 1988; GRAÇA et al., 2015; KNUTSEN, 1994; LEA – WORSLEY, 2002; LEA – WORSLEY, 2003a; LEA et al., 2006a).

A daganatos betegségek megelőzésében hatékony módszer lehet a húsfogyasztás csökkentése és a növényi alapú étrend előnyben részesítése. A Nemzeti Rákkutató Ügynökség (IARC) szerint a vörös húsok valószínűleg rákkeltők az emberre nézve („probably carcinogenic to humans”), míg a feldolgozott húskészítményeket az emberek számára rákkeltő („carcinogenic to humans”) kategóriába sorolták (NECHUTA et al., 2012; PÉREZ-CUETO – VERBEKE, 2012; RICHMAN et al., 2010; IARC, 2015; SZABÓ et al., 2016). Érdemes hozzátenni az előző tényezőkhöz, hogy az IARC eredményeit sokan az alapján bírálták, hogy a felmérés során a vörös hús fogyasztás mellett a vizsgálatban résztvevők számos más az egészségtelen táplálkozásukat érintő aspektus (pl. magas szénhidrát és cukor fogyasztás) is közrejátszott a vastagbélrák kialakulásában. Így a vörös húsok nem okolhatók egyértelműen a rák kialakulásáért (KLURFIELD, 2015).

2.2. A jól(l)étre és elégedettségre vonatkozó előnyök

Az étkezési attitűdjeinket nagyban meghatározzák a különféle egyéni emberi szokások és a szűk szociális, illetve családi kötelékekből adódó szokások. Ezek az összefüggések a kor előrehaladtával még fajsúlyosabban vannak jelen (LEA – WORSLEY, 2003; KÖKÉNY, 2005).

A korábbiakban részletesen kifejtettük, hogy a táplálkozási szokásokban bekövetkező változás és a növényi alapú étrendre történő áttérés hátterében legtöbbször az egyén egészségi



állapotának javítása áll. Az egyén tehát igyekszik csökkenteni az egészségre ható kockázatokat és törekszik a jólétre, amellyel megközelíthetővé válik számára a maximális elégedettség érzése. A jólét és az elégedettség pedig sok esetben összefüggésben van a mozgásra vagy a rekreációra fordított idő mennyiségének növelésével. Tehát a növényi alapú táplálkozás pozitív hatással van a jól(l)étre és a béke, megelégedés elérésére (KÖKÉNY, 2005; LEA – WORSLEY, 2002; LEA et al., 2006b).

JUDGE és WILSON (2015) 506 új-zélandi egyetemi hallgatót vont be egy kérdőíves felmérésbe, amelyben egy olyan víziót mutattak be, ami egy 2050-ben élő társadalmat szimbolizál, ahol a fogyasztók zömmel növényi alapú, tehát vegetáriánus vagy vegán táplálkozást folytatnak. Szerintük a vegetáriánus táplálkozás elősegítheti a társadalmi diszfunkció csökkenését.

A keleti hagyományokon nyugvó meditációs folyamatok, a jóga hatékonyabban segíthetik a növényi táplálkozást folytatók spirituális fejlődését, a stressz oldásukat és a lelki önmegvalósításukat, mint a vegyesen táplálkozókét (PADADC, 2003).

A növényi alapú étkezést folytató egyének egészségügyi költségei és ráfordításai általában csökkennek, az életminőségük viszont nő (KÖKÉNY, 2009; MEYER et al., 2006).

2.3. Etikusi és környezeti előnyök

Kutatások szerint a növényi alapú táplálkozás a gazdasági erőforrások hatékonyabb kihasználását eredményezheti, ami a környezetterhelést is csökkentheti (OLÁH et al., 1985; SABATÉ, 2001). A környezetvédelem esetében leginkább a globális felmelegedés és környezetszennyezés csökkentő hatását említik a kutatók (KÖKÉNY, 2009; LEITZMANN, 2003). Egyre több tanulmány bizonyítja, hogy a túlzott hústermelés és húsfogyasztás, illetve az iparszerű állattartás túlságosan nagy terhet ró a természeti környezetre (KÖNCZEY – NAGY, 1997; MULLEE et al., 2017; VANHONACKER et al., 2013). A növényi alapú termékek esetében a környezeti hatásokat mérő indikátorokkal kapcsolatban minden egyes tényezőnél kedvezőbb eredményeket kaptak a kutatók, mint a mediterrán táplálkozást (húsalapú termékek és hal) képviselőknél (CASTANÉ – ANTON, 2017). Dániában ún. életciklus-elemzésekkel (Life-cycle assessment, LCA) hasonlították össze a hagyományos módon történő táplálkozást a vegetáriánus vagy vegán étkezéssel a környezetterheléssel kapcsolatos faktorok alapján. Kiderült, hogy a két növényi alapú diéta lényegesen jobb eredményeket ért el, mint a vegyes táplálkozási mód. A két növényi alapú diéta esetében nem lehetett felfedezni nagyobb különbségeket (GOLDSTEIN et al., 2016). Azonban érdemes megemlíteni VETŐNÉ (2012) tanulmányát, amely szerint a fenti állítás csak abban az esetben tekinthető helytállónak, ha az egyes zöldségek-gyümölcsök nem rendelkeznek magas szállítási idővel. Más esetben az indirekt hatások figyelembevételével azok a növények összességében nagyobb környezeti hatással rendelkezhetnek, mint a húsfélék.

Különösen fontos az életvédelem, amely leginkább az állatok, mint egyedek és fajok védelme érdekében kiemelt jelentőségű. Az állatvédelem során morális okokból adódóan nem akarnak az egyének hozzájárulni az állatok kínzásával járó ipari rendszerű állattartáshoz, vagy az állatok megöléséhez (ahimsa elve) (KENYON – BARKER, 1998; PADADC, 2003).

BACKER és HUDDERS (2015) megvizsgálták az állati és emberi jólléti attitűdök, valamint az „adományozási magatartás” összefüggéseit és az erkölcsi tényezők, illetve a diéta választás kapcsolódásait a húsfogyasztók, a flexitariánusok és a vegetáriánusok körében. Az adományozási magatartást úgy mérték fel, hogy feltérképezték a válaszadók adományozási hajlandóságát az állatok védelmét, illetve az emberek védelmét képviselő jótékonyági szervezetek esetében. Vizsgálataikból kiderült, hogy a vegetáriánusok nagyobb



hajlandósággal adakoznak az állatvédelmi szervezeteknek, mint a vegyes táplálkozást folytatók.

JANSSEN és szerzőtársai (2016) kutatásuk során azonosítottak egy olyan vegetáriánus fogyasztói csoportot, amely akár nyitott lehet az olyan állati termék-előállítás iránt, ami figyelembe veszi az állatjólét aspektusait.

3. Diszkusszió

Kutatásunk legfőbb célkitűzése, hogy a speciális táplálkozási módokon belül, releváns hazai és nemzetközi szakirodalmi források felhasználásával, azonosítsuk a növényi alapú táplálkozás legfontosabb jellemzőit és differenciáljuk a vegetáriánus étrendre történő áttérés, illetve az új étrend fenntartásának támogató tényezőit.

A növényi alapú táplálkozás egészségre ható előnyei (pl. csökken a testzsír és az elhízás aránya, fontos táplálkozási összetevők nagyobb arányú megjelenése, csökken a betegségek kialakulásának rizikófaktora) a legfontosabbak a vegetáriánus étrendre történő áttérés, illetve annak későbbi fenntartása során. Ezt követik a jól(1)étre és az elégedettségre vonatkozó előnyök (pl. növeli az életminőséget, pozitív hatással van az egyéni és a szociális környezetre, illetve a jól(1)ét fejlődésére). Végül az etikus és a környezeti előnyök következnek (pl. gazdasági erőforrások hatékonyabb kihasználása, amely elősegíti a földi élet védelmét) (CORRIN – PAPADOPOULOS, 2017).

Összességében megállapítható, hogy a kutatási eredményeink által meghatároztuk a növényi alapú táplálkozást támogató különféle tényezők preferencia sorrendjét. Mindezek hozzájárulhatnak ahhoz, hogy a döntéshozók a növényi alapú étrend népszerűsítése során a kommunikációs kampányaikban milyen tényezőkre helyezték a hangsúlyt. Tehát milyen hívószavakkal tudnak majd hatékonyabban hatni a táplálkozási szokásaikon változtatni akaró célközönségre.

4. Köszönetnyilvánítás

A publikáció elkészítését az EFOP-3.6.2-16-2017-00003 számú project támogatta. A project az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

5. Irodalomjegyzék

- Antal M.: Tápanyagszükséglet. In: Rodler, I. (szerk.): Új tápanyagtáblázat. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2005, 61–70.
- Ádány R. (2011): Megelőző orvostan és népegészségtan. Medicina Könyvkiadó Zrt. URL: https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_524_Megelozo_orvostan_nepegeszsegtan/ch10s05.html (Letöltés dátuma: 2018.09.21.)
- Backer, C. J. S. – Hudders, L. (2015): Meat morals: relationship between meat consumption consumer attitudes towards human and animal welfare and moral behavior. *Meat Science*. 99 68–74. <https://doi.org/10.1016/j.meatsci.2014.08.011>
- Barnard, N. D. – Gloede, L. – Cohen, J. – Jenkins, D. J. A. – Turner-McGrievy, G. – Green, A. A. – Ferdowsian, H. (2009): A Low-Fat Vegan Diet Elicits Greater Macronutrient Changes, but Is Comparable in Adherence and Acceptability, Compared with a More Conventional Diabetes Diet among Individuals with Type 2 Diabetes. *Journal of the American Dietetic Association*. 109 (2) 264–272. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jada.2008.10.049>



- Benzie, I. F. – Wachtel-Galor, S. (2009): Biomarkers in long-term vegetarian diets. *Adv. Clin. Chem.*, 47 171–222. [https://doi.org/10.1016/S0065-2423\(09\)47007-0](https://doi.org/10.1016/S0065-2423(09)47007-0)
- Berkow, S. E. – Barnard, N. D. (2005): Blood Pressure Levels Drop in Response to Vegetarian Diet. *Nutrition Reviews*. 63 (1) 1–8.
- Berkow, S. E., Barnard, N. (2006): Vegetarian diets and weight status. *Nutr. Rev.* 64 (4) 175–188. doi: 10.1301/nr.2006.apr.175-188
- Castané, S. – Antón, A. (2017): Assessment of the nutritional quality and environmental impact of two food diets: A Mediterranean and a vegan diet. *Journal of Cleaner Production*. 167 929–937. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2017.04.121>
- CJDPR (2003): Position of the American dietetic association and dietitians of Canada: Vegetarian diets. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*. 64 (2) 62–81. <https://doi.org/10.3148/64.2.2003.62>
- Corrin, T. – Papadopoulos, A. (2017): Understanding the attitudes and perceptions of vegetarian and plant-based diets to shape future health promotion programs. *Appetite*. 109 40–47. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.11.018>
- Cramer, H. – Kessler, C. S. – Sundberg, T. – Leach, M. J. – Schumann, D. – Adams, J. – Lauche, R. (2017): Characteristics of Americans Choosing Vegetarian and Vegan Diets for Health Reasons. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 49 (7) 561–567. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2017.04.011>
- Cummings, S. – Parham, E. S. – Strain, G. W. (2002): Position of the American Dietetic Association: Weight management. *Journal of the American Dietetic Association*. 102 (8) 1145–1155. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(02\)90255-5](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(02)90255-5)
- Dyett, P. A. – Sabaté, J. – Haddad, E. – Rajaram, S. – Shavlik, D. (2013): Vegan lifestyle behaviors. An exploration of congruence with health-related beliefs and assessed health indices. *Appetite*. 67 119–124. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.03.015>
- Dwyer, J. T. (1988): Health Aspects of Vegetarian Diets. *American Journal of Clinical Nutrition*. 48 (3) 712–738. <https://doi.org/10.1093/ajcn/48.3.712>
- Friedewald, V. E. – Boden, W. E. – Stone, G. W. – Yancy, C. W. – Roberts, W. C. (2011): The editor’s roundtable: role of percutaneous coronary intervention and drug-eluting stents in patients with stable coronary heart disease. *Am. J. Cardiol.* 108 (10) 1417–1425. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2011.06.064>
- Goldstein, B. – Hansen, S. F. – Gjerris, M. – Laurent, A. – Birkved, M. (2016): Ethical aspects of life cycle assessments of diets. *Food Policy*. 59 139–151. <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2016.01.006>
- Graça, J. – Oliveira, A. – Calheiros, M. M. (2015): Meat, beyond the plate. Data-driven hypotheses for understanding consumer willingness to adopt a more plantbased diet. *Appetite*. 90 (1) 80–90. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.02.037>
- Hoek, A. C. – Pearson, D. – James, S. W. – Lawrence, M. A. – Friel, S. (2017): Shrinking the food-print: A qualitative study into consumer perceptions, experiences and attitudes towards healthy and environmentally friendly food behaviours. *Appetite*. 108 117–131. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.09.030>
- IARC (2015): Monographs evaluate consumption of red meat and processed meat. Lyon, France, 26 October 2015. https://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2015/pdfs/pr240_E.pdf (Letöltés dátuma: 2018.09.20.)
- Jabs, J. – Devine, C. M. (2006): Time Scarcity and Food Choices: An Overview. *Appetite*. 47 196–204. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.02.014>



- Janssen, M. – Busch, C. – Rödiger, M. – Hamm, U. (2016): Motives of consumers following a vegan diet and their attitudes towards animal agriculture. *Appetite*. 105 643–651. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.06.039>
- Judge, M. – Wilson, M. S. (2015): Vegetarian Utopias: Visions of dietary patterns in future societies and support for social change. *Futures*. 71 57–69. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2015.07.005>
- Kenyon, P. M. – Barker, M. E. (1998): Attitudes towards meat-eating in vegetarian and non-vegetarian teenage girls in England – An ethnographic approach. *Appetite*. 30 (2) 185–198. <https://doi.org/10.1006/appe.1997.0129>
- Klurfeld D. M. (2015): Research gaps in evaluating the relationship of meat and health. *Meat Science*. 109 86–95. doi: 10.1016/j.meatsci.2015.05.022
- Knutsen, S. F. (1994): Life Style and the Use of Health Services. *American Journal of Clinical Nutrition*. 59 (5) 1171–1175. <https://doi.org/10.1093/ajcn/59.5.1171S>
- Kökény, T. (2005): A vegetárizmus egészségpszichológiai összefüggései. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 6 (3) 231–243 <https://doi.org/10.1556/Mental.6.2005.3.4>
- Kökény, T. (2009): A magyarországi vegetárizmus története. *Társadalomkutatás*. 27 (2) 203–225.
- Könczey, R. – S. Nagy, A. (1997): *Zöldköznapi Kalauz. Föld Napja Alapítvány*, Budapest
- Lea, E. – Worsley, A. (2002). The cognitive contexts of beliefs about the healthiness of meat. *Public Health Nutrition*. 5 (1) 37–45. <http://dx.doi.org/10.1079/PHN2001240>.
- Lea, E. – Worsley, A. (2003a): Benefits and barriers to the consumption of a vegetarian diet in Australia. *Public Health Nutrition*. 6 (5) 505–511. <http://dx.doi.org/10.1079/PHN2002452>
- Lea, E., – Worsley, A. (2003b): The factors associated with the belief that vegetarian diets provide health benefits. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 12 (3) 296–303.
- Lea, E. J. – Crawford, D. – Worsley, A. (2006a): Public views of the benefits and barriers to the consumption of a plant-based diet. *European Journal of Clinical Nutrition*. 60 (7) 828–837. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602387>.
- Lea, E. – Crawford, D. – Worsley, A. (2006b). Consumers' readiness to eat a plantbased diet. *European Journal of Clinical Nutrition*. 60 (3) 342–351. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602320>.
- Leitzmann, C. (2003): Nutrition ecology: the contribution of vegetarian diets. *American Journal of Clinical Nutrition*. 78 (3) 657S–659S. <https://doi.org/10.1093/ajcn/78.3.657S>
- Leitzmann, C. (2014): Vegetarian nutrition: past, present, future. *Am. J. Clin. Nutr.* 100 (Suppl. 1) 496S–502S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.113.071365>
- Macdiarmid, J. – Kyle, J. – Horgan, G. W. – Loe, J. – Fyfe, C. – Johnstone, A. – McNeil, G. (2012): Sustainable diets for the future: can we contribute to reducing greenhouse gas emissions by eating a healthy diet? *Am. J. Clin. Nutr.* 96 (3) 632–639. <https://doi.org/10.3945/ajcn.112.038729>
- Marlow, H. J. – Hayes, W. K. – Soret, S. – Carter, R. L. – Schwab, E. R. – Sabaté, J. (2009): Diet and the environment: does what you eat matter? *Am. J. Clin. Nutr.* 89 (5) 1699S–1703S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2009.26736Z>
- Meyer, T. E. – Kovacs, S. J. – Ehsani, A. A. – Klein, S. – Holloszy, J. O. – Fontana, L. (2006): Long-term caloric restriction ameliorates the decline in diastolic function in humans. *J Am Coll Cardiol*. 47 (2) 398–404. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2005.08.069>
- Mullee, A. – Vermeire, L. – Vanaelst, B. – Mullie, P. – Deriemaeker, P. – Leenaert, T. – De Henauw, S. – Dunne, A. – Gunter, M. J. – Clarys, P. – Huybrechts, I. (2017): Vegetarianism and meat consumption: A comparison of attitudes and beliefs between



- vegetarian, semi-vegetarian, and omnivorous subjects in Belgium. *Appetite*. 114 299–305. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.03.052>
- Nechuta, S. J. – Caan, B. J. – Chen, W. Y. – Lu, W. – Chen, Z. – Kwan, M. L. – Flatt, S. W. – Zheng, Y. – Zhen, W. – Pierce, J. P. – Shu, X. O. (2012): Soy food intake after diagnosis of breast cancer and survival: an in-depth analysis of combined evidence from cohort studies of US and Chinese women. *Am. J. Clin. Nutr.* 6 (1) 123–132. <https://doi.org/10.3945/ajcn.112.035972>
- Oláh A. – Kállai K. – Vadnai Zs. (1985): *Reformkönyha. Mezőgazdasági Könyviadó*, Budapest.
- Pérez-Cueto, F. J. – Verbeke, W. (2012): Consumer implications of the WCRF's permanent update on colorectal cancer. *Meat Sci.* 90 (4) 977–978. <https://doi.org/10.1016/j.meatsci.2011.11.032>
- Pomerleau, J. – McKee, M. – Lobstein, T. – Knai, C. (2002): The burden of disease attributable to nutrition in Europe. *Public Health Nutrition*. 6 (5) 453–461. <http://dx.doi.org/10.1079/PHN2002456>
- PADADC (2003): Vegetarian diets. *Journal of the American Dietetic Association*. *Ada reports*. June. 103 (6) 748–765. <http://dx.doi.org/10.1053/jada.2003.50142>
- Richman, E. L. – Stampfer, M. J. – Paciorek, A. – Broering, J. M. – Carroll, P. R. – Chan, J. M. (2010): Intakes of meat, fish, poultry, and eggs and risk of prostate cancer progression. *Am. J. Clin. Nutr.* 91 (3) 712–721. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2009.28474>
- Rigó J. (2007): *Dietetika*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest
- Sabaté, J. (2001): *Vegetarian Nutrition*. CRC Press, New York.
- Steinfeld, H. – Gerber, P. – Wassenaar, T. – Castel, V. – Rosales, M. – de Haan, C. (2006): *The Livestock, Environment and Development*. Livestock's long shadow environmental issues and options. Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome,
- Swissveg (2017): Veggie survey. URL: https://www.swissveg.ch/veggie_survey?language=en (Letöltés dátuma: 2018.09.20.)
- Szabó Z. – Erdélyi A. – G. Kisbenedek A. – U. T. L. Polyák É. – Sz. Szabó Sz. – Kovács R. E. – Raposa L. B. – Figler M. (2016): A növényi alapú étrendről. *Orvosi Hetilap*. 15 (47) 1859–1865. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30594>
- Szakály Z. (2017): Táplálkozásmarketing. In: Szakály Z. (szerk.): *Élelmiszer-marketing*. Akadémiai Kiadó, Budapest, pp. 487–439. ISBN: 978-963-454-061-8
- Tóth G. (2004): *Az E számokról őszintén*. Pilis-Vet Bt, Pilisvörösvár
- Yadav, Y. – Kumar, S. (2012): The food habits of a nation. URL: <https://www.thehindu.com/todays-paper/the-food-habits-of-a-nation/article3089973.ece> (Letöltés dátuma: 2018.09.21.)
- Vanhonacker, F. – Van Loo, E. J. – Gellynck, X. – Verbeke, W. (2013): Flemish consumer attitudes towards more sustainable food choices. *Appetite*. 62 (1) 7–16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2012.11.003>
- Vetőné Mózner Zs. (2012): Fenntartható életmódok felé: lehet-e az élelmiszer- fogyasztás fenntartható. *Fenntartható fogyasztás? Trendek és lehetőségek Magyarországon*. OTKA 68647 kutatás eredményei. AULA, Budapest, pp. 111–139. ISBN 978-963-339-042-9



A növényi alapú étrendet hátráltató tényezők rendszerezése – Szakirodalmi áttekintés

VÉHA MIKLÓS

*MSc, Naturtrade Hungary Kft.
vehamiki@gmail.com*

SZAKÁLY ZOLTÁN

*CSc, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
szakaly.zoltan@econ.unideb.hu*

FEHÉR ANDRÁS

*PhD, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
feher.andras@econ.unideb.hu*

Absztrakt

A civilizációs betegségek erőteljes terjedésével az emberek egészségi állapota is nagy mértékben romlott az elmúlt évtizedek során. Az egészségtelen életmód követése és a nem kiegyensúlyozott táplálkozás tekinthető a legtöbb probléma fő okozójának. Az élelmiszeripar legfőbb küldetése, hogy olyan táplálkozási módokat fejlesszen ki, illetve olyan új típusú élelmiszereket állítson elő, amelyek az egészségre gyakorolt kedvező hatásuk miatt képesek lassítani vagy megelőzni az emberiséget egyre nagyobb mértékben sújtó civilizációs betegségek továbbterjedését. A növényi alapú táplálkozás eredete régmúltra vezethető vissza, azonban számos lehetőségének köszönhetően a modernkori táplálkozás egyik legfőbb zászlóshajójaként tekinthetünk rá. Azonban azt is meg kell említeni, hogy a számos előnye mellett sok olyan jellemzőjét is differenciálhatjuk, amelyek meggátolhatják az egyént abban, hogy belekezdjen majd utána fenn is tudja tartani a növényi alapú táplálkozást. Kutatásunk célkitűzése, hogy hazai és nemzetközi szakirodalmi források alapján azonosítsuk a növényi alapú táplálkozás jellemzőit és differenciáljuk a vegetáriánus étrendre történő áttérésnek, illetve az új étrend fenntartásának a hátráltató tényezőit. A vegetáriánus táplálkozás legjelentősebb gátló tényezője a húsevés élvezete és az arról való nehezebb lemondás. Ezt követik az egészséggel kapcsolatos szempontok pl. különféle összetevők hiánya az élelmiszerekből. A kényelmi és időtényező is lényeges hátráltató tényező, illetve a növényi alapú táplálkozással kapcsolatos információforrások irreleváns jellege is okozhat problémákat. Továbbá a szociális korlátok és az ezzel járó negatív megkülönböztetés is felmerülhet hátráltató tényezőként, csakúgy, mint a pénzügyi korlátok.

Kulcsszavak: növényi alapú táplálkozás, hátráltató tényezők, vegetáriánus



1. Bevezetés

A civilizációs betegségek az elmúlt évtizedekben rohamosan terjedtek globális értelemben, amivel párhuzamosan az emberek egészségi állapota romlott, amely egészségtelen életmódhoz és kiegyensúlyozatlan táplálkozáshoz vezetett (RIGÓ, 2007; SZAKÁLY, 2017). A betegségek több mint fele leginkább a táplálkozástól függ, így koránt sem mindegy, hogy milyen élelmiszereket fogyasztunk (TÓTH, 2004). Az élelmiszeripar új kihívásokkal találta szembe magát. A cél egyre inkább olyan táplálkozási módok kifejlesztése és élelmiszerek előállítása lett, amelyek az egészségre gyakorolt kedvező hatásaikkal hozzájárulnak a hosszabb egészségben eltöltött élettartam eléréséhez (SZAKÁLY, 2017).

A növényi alapú étrend a magasan feldolgozott (lisztek, olajok, cukrok) és az állati eredetű (tej- és tejtermékek, tojás, húsok, húskészítmények) élelmiszereket háttérbe szorító táplálkozási törekvés. Az étrendet képviselők leginkább nyers, feldolgozatlan vagy minimálisan feldolgozott növényi eredetű élelmiszereket fogyasztanak (hüvelyesek, gabonafélék, zöldségek és gyümölcsök). Az egyének számos okból kifolyólag válhatnak át növényi típusú étrendre (pl. állatvédelmi, politikai, egészségre kedvezőtlen hatás, spirituális, etikai) (LEITZMANN, 2003; STEINFELD et al., 2006; MARLOW et al., 2009; MACDIARMID et al., 2012; LEITZMANN, 2014; SZABÓ et al., 2016).

A vegetáriánus módon táplálkozók pontos arányát nehéz megítélni, mivel számos formáját különböztetjük meg és ezen formák is sok esetben országonként más és más értelmezést kapnak. Tendenciák alapján a legtöbb vegetáriánus Indiában található (lakosok kb. 30-40%-a). Európában Svájcban folytatnak a legtöbben növényi alapú étrendet (lakosok kb. 14%-a). Hazánkban nagyon kevés statisztika áll rendelkezésre, azonban a kutatók kb. 150 000 főre becsülik a vegetáriánusok arányát, ami a lakosok elenyésző 1,5%-os aránya (KÖKÉNY, 2009; YADAV – KUMAR, 2012; SWISSVEG, 2017).

A vegetáriánus (növényi alapú) táplálkozáson belül több alformát különböztetünk meg (*1. táblázat*).

1. táblázat: A vegetáriánus (növényi alapú) táplálkozás leggyakoribb alformái

| Táplálkozási mód | Rövid leírás |
|-----------------------|---|
| Vegán | Nem fogyasztanak állati eredetű terméket. Az étkezéseik mellett a mindennapi életben is kerülnek az ilyen termékeket. |
| Lakto-vegetáriánus | Fogyasztanak tejet és termékeket is. |
| Ovolakto-vegetáriánus | Fogyasztanak tejet és tejtermékeket, illetve tojástartalmú ételeket is. |
| Szemivegetáriánus | A döntően növényi alapú étrendjüket kiegészíthetik csirkehússal és hallal. |
| Flexitáriánus | A legtöbb esetben zöldséget és gyümölcsöt fogyasztanak, de a húsfélékről és halról sem kell lemondaniuk. |
| Pesco-vegetáriánus | A legkevésbé szigorú növényi alapú táplálkozási forma, ahol a növényi összetevők mellett szerepelhet az étrendben tej és tejtermék, tojás és hal is egyaránt. |

Forrás: RIGÓ, 2007; KÖKÉNY, 2009; ÁDÁNY, 2011 alapján saját szerkesztés

Kutatásunk legfontosabb célkitűzése, hogy a speciális táplálkozási módokon belül, releváns hazai és nemzetközi szakirodalmi források felhasználásával, azonosítsuk a növényi alapú



táplálkozás jellemzőit, továbbá differenciáljuk a vegetáriánus étrendre történő áttérésnek, illetve az új étrend fenntartásának hátráltató tényezőit.

2. A növényi alapú étrendet hátráltató tényezők rendszerezése

A felmérések alapján a legnagyobb hátráltató tényező a növényi alapú életmódra történő áttéréskor a húsevés élvezete és az arról való nehezebb lemondás (GRAÇA et al., 2015; LEA – WORSLEY, 2001; LEA – WORSLEY, 2003a; LEA et al., 2006b). Az egészséggel és a kényelemmel kapcsolatos szempontok kevésbé jelentősek a húsevés kedveltségéhez mérten (GRAÇA et al., 2015; LEA – WORSLEY, 2001; LEA – WORSLEY, 2003b; LEA et al., 2006a; LEA et al., 2006b; POHJOLAINEN et al., 2015). Az elemzés során – az előző fejezethez hasonlóan – CORRIN és PAPADOPOULOS (2017) kategorizálását vettük alapul. A növényi alapú étrendet hátráltató tényezőket a 2. táblázatban rendszereztük.

2. táblázat: A növényi alapú étrendet hátráltató tényezők rendszerezése

| Hátráltató tényezők | Források |
|---|---|
| HÚSEVÉS ÉLVEZETE ÉS SZÜKSÉGESSÉGE | |
| Húsevés túlzott szeretete és az arról való lemondás nehézsége | Kenyon – Barker (1998); Lea – Worsley (2003); Lea – Worsley (2003a); Graça et al. (2015); Pohjolainen et al. (2015) |
| LÉTFONTOSSÁGÚ TÁPLÁLKOZÁSI ÖSSZETEVŐK HIÁNYA | |
| Alacsony fehérjebevitel veszélye | Dwyer (1988); Lea – Worsley (2001); Lea et al. (2006b); Kökény (2009); Szabó et al. (2016) |
| B12- és D-vitamin, valamint riboflavin, vas, kalcium és cink bevitelének alacsony szintje | Dwyer (1988); Balk et al. (2005); Kökény (2009) |
| KÉNYELMI- ÉS IDŐ TÉNYEZŐ | |
| Az ételek elkészítése túlzottan időigényes | Lea et al. (2006b); Pohjolainen et al. (2015) |
| A család nem követi ezt az étkezési formát | Lea et al. (2006b) |
| Étterembe való látogatáskor kicsi a választék | Lea – Worsley (2001); Lea et al. (2006a); Lea et al. (2006b); Vanhoner et al. (2013) |
| Könnyen unalmassá és íztelenné tud válni | Lea – Worsley (2001); Povey et al. (2001) |
| INFORMÁCIÓSZERZÉS NEHÉZSÉGE | |
| Kevés a releváns és elérhető információ | Lea – Worsley (2001); Lea – Worsley (2003a); Lea et al. (2006a) |
| SZOCIÁLIS KORLÁTOK, NEGATÍV MEGKÜLÖNBÖZTETÉS | |
| Táplálkozási zavarrá alakulhat | Dwyer (1988); Povey et al. (2001); Glasauer – Leitzmann (2005) |
| Negatív képzettség, sztereotípiák | Szabó et al. (2016) |
| A családi szokások konzerváló hatása | Kenyon – Barker (1998); Taren – Wiseman (2003) |
| Utánzáson alapuló motiváció | Kökény (2005) |
| PÉNZÜGYI KORLÁTOK | |
| Túl drága a mindennapi étkezés és az alapanyagok beszerzése | Kenyon – Barker (1998); Povey et al. (2001); Taren – Wiseman (2003); Lea et al. (2006b) |

Forrás: Saját szerkesztés, 2019



2.1. Húsevés élvezete és szükségessége

Számos kutatás támasztja alá, hogy az étrendváltáskor felmerülő lehetséges akadályok közül kiemelt jelentőségű a húsevés túlzott szeretete és az arról való lemondás nehézsége (KENYON – BARKER 1998; LEA – WORSLEY, 2003; LEA – WORSLEY, 2003a; POHJOLAINEN et al., 2015). GRAÇA és szerzőtársai (2015) a húsalapú étkezés visszaszorulását és a növényi alapú táplálkozás arányának növekedését vizsgálták, amely megítélésük szerint egy előremutató lépés a fenntarthatóság növelése, a közegészségügy fejlesztése és az állatok szenvedésének minimalizálása érdekében. Egy kérdőíves felmérést hajtottak végre 410 húsfogyasztó körében, amelyben megvizsgálták a lehetőségét a növényi alapú étrendre történő áttérésnek. Az elemzés során három klasztert különítettek el, amelyből kettő a húsfogyasztást ellenzőket (a fogyasztás során felmerülő undor és erkölcsi vonatkozások, illetve a fogyasztáshoz kötődő alacsony érzelmi kötődés), míg egy klaszter a húsfogyasztást támogatókat foglalta magába.

2.2. Létfontosságú táplálkozási összetevők hiánya

A növényi alapú táplálkozás ellen felhozott érvek között gyakran szerepel, hogy fennáll az alacsony fehérjebevitel veszélye. Azonban manapság már számos alternatíva áll rendelkezésre a probléma kiküszöbölésére. Olyan fehérjedús növényi alapú táplálékokból lehet válogatni, mint pl. a szójatermékek, a tofu, a szejtán és a tempeh (DWYER, 1988; LEA – WORSLEY, 2001; LEA et al., 2006b; KÖKÉNY, 2009; SZABÓ et al., 2016).

A vegetáriánus étkezést folytatók esetében könnyen kialakulhat hiányállapot a B12- és D-vitamin, valamint a riboflavin, a vas, a kalcium és a cink bevitelének alacsony szintje miatt. A B12-vitamin különösen fajsúlyos, mivel az vízben oldódó és leginkább állati eredetű élelmiszerekből (pl. máj, húskok, tej és tejtermékek, tojás) lehet bevinni a szervezetbe (DWYER, 1988; BALK et al., 2005; KÖKÉNY, 2009). Azonban egy 2014. évi kutatás során megállapították, hogy a szárított lila algából (*Porphyra* sp.) készült norilap, amely a japánok közkedvelt élelmiszere, jelentős mennyiségű B12 vitamin forrásként funkcionálhat. Más hasonló jellegű funkcionális élelmiszerekkel vagy étrend-kiegészítőkkel pótolható a B12 vitamin bevitel (WATANABE, 2007; SZABÓ et al., 2016).

2.3. Kényelmi és időtényező

A vegetáriánus táplálkozási módoknál akadályként merülhet fel, hogy az ételek elkészítése túlzottan időigényes, beszerzésük és elkészítésük pedig túlzottan komplikált (LEA et al., 2006b; POHJOLAINEN et al., 2015).

Hátráltató tényező, ha a növényi alapon táplálkozó egyén családja nem követi ezt az étkezési formát (LEA et al., 2006b).

Éttermekben általában nem jók a vegetáriánus táplálkozás esélyei, mivel kicsi a választék és nem megfelelően vannak az ételek elkészítve (LEA – WORSLEY, 2001; LEA et al., 2006a; LEA et al., 2006b; VANHONACKER et al., 2013).

A vegetáriánus táplálkozás könnyen unalmassá és íztelenné tud válni (LEA – WORSLEY, 2001; POVEY et al., 2001).

MULLEE és szerzőtársai (2017) online kérdőíves felmérést bonyolítottak le belga fogyasztók körében (N=2436) a vegetarianizmussal, illetve a húsfogyasztással kapcsolatos attitűdök és hiedelmek feltárása érdekében. A vegetáriánusok száma a mintában csupán 38 fő volt, a szemi-vegetáriánusok 288-an, míg a mindenevők 2031-en voltak. A legfontosabb



tényezők a vegetáriánus étrend elutasítására a következők voltak: érdeklődés és hajlandóság hiánya, továbbá a nem megfelelő íz és a főzési ismeretek hiánya.

2.4. Információszerzés nehézsége

Kevés a releváns és elérhető információ arról, hogy a vegetáriánus táplálkozás során milyen ételeket és milyen módon érdemes elkészíteni, melyek azok, amelyek leginkább a hús helyettesítésére alkalmasak (LEA – WORSLEY, 2001; LEA – WORSLEY, 2003a; LEA et al., 2006a).

2.5. Szociális korlátok, negatív megkülönböztetés

Az egyén sok esetben a növényi alapú táplálkozás által próbálja a testtömegét egyensúlyban tartani, azonban ez néha átalakulhat táplálkozási zavarrá és különféle betegségekhez vezethet (DWYER, 1988; POVEY et al., 2001). Ennél fogva sokan a vegetáriánusokat alultápláltak tartják és hiánybetegségeket társítanak hozzájuk (GLASAUER – LEITZMANN, 2005).

A vegetáriánus étkezési formával szemben kialakult korai negatív képzettársítások, sztereotípiák (alultápláltság, vitamin- vagy ásványianyag-hiány, rossz tápanyag-ellátottság, fehérje-hiány) még manapság is élnek a köztudatban (SZABÓ et al., 2016).

A már beállt táplálkozási szokások és attitűdök miatt a családi szokások konzerváló hatása, főleg nőknél és idősebbeknél akadályozó tényező lehet a növényi alapú étrendre történő váltás során (KENYON – BARKER 1998; TAREN – WISEMAN 2003).

A növényi alapú étrendnél erőteljesen jelen van az utánzáson alapuló motiváció. Ha egy népszerű színész vagy médiaszemélyiség vegetáriánus szokásokkal bír, akkor ez a rajongói számára is könnyen követendő példává válhat. Ekkor az étrendváltásnak az egészséggel kapcsolatos és etikai megfontolásai háttérbe szorulnak, míg előtérbe kerül a külső kontroll (KÖKÉNY, 2005).

Egy, az USA-ban végzett reprezentatív kérdőíves felmérés során 1313 korábbi és jelenlegi vegán fogyasztó szokásait mérték fel. Fő tényezőként kezelték a konzervatívizmussal kapcsolatos jellemzőket. Az eredmények szerint a vegán diéta elfogadását kevésbé ösztönözték a különböző kormányzati intézkedések (pl. állatok jogai, környezeti tényezők, szegények éhezése) (HODSON – EARLE, 2018).

2.6. Pénzügyi korlátok

A növényi alapú táplálkozás során akadályozó tényező lehet, hogy túlzottan költséges a vegetáriánus táplálkozást folytatók mindennapi étkezése, nem beszélve a növényi alapanyagok nehéz beszerezhetőségéről (LEA et al., 2006b; POVEY et al., 2001). Más hasonló kutatások a növényi alapú étrendre történő váltás akadályait mérték fel és az íz, valamint a kényelmi szempontok változása mellett az ár milyenségét is kiemelték, mint esetleges hátráltató tényezőt (KENYON – BARKER, 1998; TAREN – WISEMAN, 2003).

3. Diskusszió

Kutatásunk legfőbb célkitűzése, hogy a speciális táplálkozási módokon belül, releváns hazai és nemzetközi szakirodalmi források felhasználásával, azonosítsuk a növényi alapú táplálkozás legfontosabb jellemzőit és differenciáljuk a vegetáriánus étrendre történő áttérés, illetve az új étrend fenntartásának hátráltató tényezőit.



A vegetáriánus táplálkozás legnagyobb hátráltató tényezője a húsevés élvezete és az arról történő nehéz lemondás. Ezt követően említhetjük az egészséggel kapcsolatos szempontokat, amelyek között a legtöbbször említett indok bizonyos összetevők (tápanyagok) hiánya (pl. alacsony fehérjebevitel, fontos vitaminok hiánya). A kényelmi- és az időtényezőt tekintve felmerülhet, hogy az ételek elkészítése túlzottan időigényes és egy idő után a növényi alapú étrend könnyen unalmassá, íztelenné és egysíkúvá válhat. Éttermekben fennáll a veszélye a nem kielégítő választéknak. Kényelmetlenné tud válni, ha az egyén családja nem követi a vegetáriánus táplálkozás előírásait. A növényi alapú táplálkozásra történő áttérést akadályozhatja a viszonylag kevés megbízható információ a táplálkozási móddal kapcsolatban. A vegetáriánus életmód szociális korlátokat és negatív megkülönböztetést is előidézhet (táplálkozási zavarrá válhat, és negatív képzettársításokat alapozhat meg), megjelenhet az utánpótlás alapuló motiváció. Felmerülhetnek pénzügyi korlátok is, mivel a növényi alapú étrend egyes összetevőinek beszerzése túlzottan költséges lehet (CORRIN – PAPADOPOULOS, 2017).

Összességében megállapítható, hogy az elemzésünk során differenciáltuk a növényi alapú táplálkozást hátráltató különféle tényezőket és meghatároztuk azok preferencia sorrendjét, tehát feltérképeztük, hogy mely hátráltató tényezők okozzák a legtöbb problémát a növényi alapú étrendre történő áttérés és annak fenntartás során. Eredményeinkkel hatékonyan hozzájárulhatunk ahhoz, hogy segítsük a döntéshozók kommunikációját a vegetáriánus táplálkozással kapcsolatban. Az összefüggéseink segítségével a vizsgált táplálkozási móddal kapcsolatos tévhitek is hatékonyan kezelhetők és feloldhatók.

4. Köszönetnyilvánítás

A publikáció elkészítését az EFOP-3.6.2-16-2017-00003 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

5. Irodalomjegyzék

- Ádány R. (2011): Megelőző orvostan és népegészségtan. Medicina Könyvkiadó Zrt. URL: https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_524_Megelozo_orvostan_nepegeszsegtan/ch10s05.html (Letöltés dátuma: 2018.09.21.)
- Balk, E. – Chung, M. – Chew, P., Raman, G. – Kupelnick, B. – Tatsioni, A. – Sun, Y. – Devine, D. – Lau, J. (2005): Effects of soy on health outcomes. Evidence Report/Technology Assessment No. 126. AHRQ Publication No. 05-E024-2. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, August 2005. <http://www.ahrq.gov/clinic/epcsums/soysum.htm> (Letöltés dátuma: 2018.09.21.)
- Corrin, T. – Papadopoulos, A. (2017): Understanding the attitudes and perceptions of vegetarian and plant-based diets to shape future health promotion programs. *Appetite*. 109 40-47. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.11.018>
- Dwyer, J. T. (1988): Health Aspects of Vegetarian Diets. *American Journal of Clinical Nutrition*. 48 (3) 712–738. <https://doi.org/10.1093/ajcn/48.3.712>
- Glasauer, P. – Leitzmann, C. (2005): Food aid in disasters. 1982. Available from: <http://cidbimena.desastres.hn/docum/crid/June2005/pdf/eng/doc2793/doc2793-a.pdf>
Letöltés dátuma: 2018.09.20
- Graça, J. – Oliveira, A. – Calheiros, M. M. (2015): Meat, beyond the plate. Data-driven hypotheses for understanding consumer willingness to adopt a more plantbased diet. *Appetite*. 90 (1) 80–90. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.02.037>



- Hodson, G. – Earle, M. (2018): Conservatism predicts lapses from vegetarian/vegan diets to meat consumption (through lower social justice concerns and social support). *Appetite*. 120 75-81. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.08.027>
- Kenyon, P. M. – Barker, M. E. (1998): Attitudes towards meat-eating in vegetarian and non-vegetarian teenage girls in England – An ethnographic approach. *Appetite*. 30 (2) 185–198. <https://doi.org/10.1006/appe.1997.0129>
- Kökény, T. (2005): A vegetárizmus egészségpszichológiai összefüggései. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 6 (3) 231-243 <https://doi.org/10.1556/Mental.6.2005.3.4>
- Kökény, T. (2009): A magyarországi vegetárizmus története. *Társadalomkutatás*. 27 (2) 203–225.
- Lea, E. – Worsley, A. (2001). Influences on meat consumption in Australia. *Appetite*. 36 (2) 127–136. <http://dx.doi.org/10.1006/appe.2000.0386>.
- Lea, E. – Worsley, A. (2003a): Benefits and barriers to the consumption of a vegetarian diet in Australia. *Public Health Nutrition*. 6 (5) 505–511. <http://dx.doi.org/10.1079/PHN2002452>
- Lea, E., – Worsley, A. (2003b): The factors associated with the belief that vegetarian diets provide health benefits. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 12 (3) 296–303.
- Lea, E. J. – Crawford, D. – Worsley, A. (2006a): Public views of the benefits and barriers to the consumption of a plant-based diet. *European Journal of Clinical Nutrition*. 60 (7) 828–837. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602387>.
- Lea, E. – Crawford, D. – Worsley, A. (2006b). Consumers' readiness to eat a plantbased diet. *European Journal of Clinical Nutrition*. 60 (3) 342–351. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602320>.
- Leitzmann, C. (2003): Nutrition ecology: the contribution of vegetarian diets. *American Journal of Clinical Nutrition*. 78 (3) 657S–659S. <https://doi.org/10.1093/ajcn/78.3.657S>
- Leitzmann, C. (2014): Vegetarian nutrition: past, present, future. *Am. J. Clin. Nutr.* 100 (Suppl. 1) 496S–502S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.113.071365>
- Macdiarmid, J. – Kyle, J. – Horgan, G. W. – Loe, J. – Fyfe, C. – Johnstone, A. – McNeil, G. (2012): Sustainable diets for the future: can we contribute to reducing greenhouse gas emissions by eating a healthy diet? *Am. J. Clin. Nutr.* 96 (3) 632–639. <https://doi.org/10.3945/ajcn.112.038729>
- Marlow, H. J. – Hayes, W. K. – Soret, S. – Carter, R. L. – Schwab, E. R. – Sabaté, J. (2009): Diet and the environment: does what you eat matter? *Am. J. Clin. Nutr.* 89 (5) 1699S–1703S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2009.26736Z>
- Mullee, A. – Vermeire, L. – Vanaelst, B. – Mullie, P. – Deriemaeker, P. – Lenaert, T. – De Henauw, S. – Dunne, A. – Gunter, M. J. – Clarys, P. – Huybrechts, I. (2017): Vegetarianism and meat consumption: A comparison of attitudes and beliefs between vegetarian, semi-vegetarian, and omnivorous subjects in Belgium. *Appetite*. 114 299–305. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.03.052>
- Pohjolainen, P. – Vinnari, M. – Jokinen, P. (2015): Consumers' perceived barriers to following a plant based diet. *British Food Journal*. 117 (3) 1150–1167. <http://dx.doi.org/10.1108/BFJ-09-2013-0252>
- Povey, R. – Wellens, B. – Conner, M. (2001). Attitudes towards following meat, vegetarian, and vegan diets: An examination of the role of ambivalence. *Appetite*. 37 (1) 15–26. <http://dx.doi.org/10.1006/appe.2001.0406>.
- Rigó J. (2007): *Dietetika*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest



- Steinfeld, H. – Gerber, P. – Wassenaar, T. – Castel, V. – Rosales, M. – de Haan, C. (2006): The Livestock, Environment and Development. Livestock's long shadow environmental issues and options. Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome, Swissveg (2017): Veggie survey. URL: https://www.swissveg.ch/veggie_survey?language=en (Letöltés dátuma: 2018.09.20.)
- Szabó Z. – Erdélyi A. – G. Kisbenedek A. – U. T. L. Polyák É. – Sz. Szabó Sz. – Kovács R. E. – Raposa L. B. – Figler M. (2016): A növényi alapú étrendről. Orvosi Hetilap. 15 (47) 1859–1865. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30594>
- Szakály Z. (2017): Táplálkozásmarketing. In: Szakály Z. (szerk.): Élelmiszer-marketing. Akadémiai Kiadó, Budapest, pp. 487–439. ISBN: 978-963-454-061-8
- Taren, D. – Wiseman, M. (2003): Feedback on WHO/FAO global report on diet, nutrition and non-communicable diseases. Public Health Nutrition. 6 (5) 425. <http://dx.doi.org/10.1079/PHN2003492>
- Tóth G. (2004): Az E számokról őszintén. Pilis-Vet Bt, Pilisvörösvár
- Yadav, Y. – Kumar, S. (2012): The food habits of a nation. URL: <https://www.thehindu.com/todays-paper/the-food-habits-of-a-nation/article3089973.ece> (Letöltés dátuma: 2018.09.21.)
- Vanhonacker, F. – Van Loo, E. J. – Gellynck, X. – Verbeke, W. (2013): Flemish consumer attitudes towards more sustainable food choices. Appetite. 62 (1) 7–16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2012.11.003>.
- Watanabe, F. (2007): Vitamin B12 sources and bioavailability. Exp. Biol. Med. 232 (10) 1266–1274. <http://dx.doi.org/10.3181/0703-MR-67>



**DEBRECENI
EGYETEM**

3. A HELYTELEN TÁPLÁLKOZÁS ÉS AZ EGÉSZSÉG



A lakosság testtömeg-menedzselésének vizsgálata

SOÓS MIHÁLY

PhD, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
soos.mihaly@econ.unideb.hu

KISS VIRÁG ÁGNES

MSc, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
kiss.virag.agnes@econ.unideb.hu

Absztrakt

A szerzők vizsgálatot végeztek arra vonatkozóan, hogy felmérjék a lakosság testtömeg-menedzselésével kapcsolatos szokásait, vélekedését, valamint kimutassák, hogy milyen szegumentumok azonosíthatóak be a viselkedésváltozás aspektusából. E tanulmány a viselkedésváltozás szintjein azonosítható csoportokat és a felárfizetési hajlandóságot vizsgáló kérdéseket mutatja be. A testtömeg-menedzselés alatt a fizikai aktivitás és az élelmiszer-fogyasztás témaköreit vizsgálták részletesen a szerzők, amelyek együttesen, egy élethosszig tartó folyamatként eredményezik a testtömeg-menedzselést. A kutatás során szekunder és primer kutatást egyaránt végeztek a szerzők, a primer esetében egy országosan reprezentatív, online kérdőíves megkérdezést hajtottak végre, 500 fős mintát kialakítva. A minta a nemek megoszlása alapján reprezentatívnak számít. Az eredmények megszerzése után a szerzők következtetéseket vontak le és javaslatokat tettek az esetleges problémák megoldására. Az eredményeket, a következtetéseket és a javaslatokat a vonatkozó fejezetek ismertetik részletesen.

Kulcsszavak: Testtömeg-menedzselés, élelmiszerfogyasztás, fizikai aktivitás, felárfizetési hajlandóság



1. Bevezetés

A napi táplálkozás során szervezetbe juttatott energiamennyiség vonatkozásában energiaegyensúlyról akkor beszélhetünk, ha a bevitt energiamennyiség a testünk életfolyamataihoz és fizikai energiafelhasználásunk fedezéséhez elegendően szükséges mennyiségben került elfogyasztásra. Abban az esetben, ha a bevitt energia mennyisége meghaladja a felhasznált energia mennyiségét, pozitív, abban az esetben pedig, amikor nem éri el a felhasznált energiamennyiséget, negatív energiaegyensúly alakul ki. A két eset magyarázat a túlsúly és az alultápláltság kialakulására. A tartósan pozitív energiaegyensúly következtében (hosszú időn keresztül a felhasznált energia mennyiségénél többet juttatunk szervezetünkbe) megnő a zsír formájában raktározott energia mennyisége a testben. A testzsír felhalmozásnak a mértékétől függően nevezzük az állapotokat soványságnak, túlsúlynak, illetve a WHO (Egészségügyi Világszervezet) által 1998-ban betegséggé nyilvánított állapotnak, elhízásnak (CSÁNYI, 2010).

A WHO közleménye szerint, már 2008-ban 1,4 Milliárd túlsúlyos ember élt a világon a húsz év feletti lakosságot vizsgálva, akik között több, mint 200 millió férfi és 300 millió nő elhízottnak volt tekinthető. Az 1980 és 2008 közötti időszakban megközelítőleg duplájára nőtt az Egészségügyi Világszervezet európai régióiban a túlsúlyosság mértéke. Ez az arány 2008-ban 58,3%-ban alakult a felnőtt férfiak, emellett 51,2%-ban a felnőtt nők körében. Az Európai Unió országaiban túlsúly problémával küzd a lakosság 30-70%-a, valamint 10-30% elhízottnak tekinthető (WHO, 2003; WHO, 2014).

A pontosabb testtömeg adat megállapítási módja a testtömeg index (BMI- Body mass index) számítás (RODLER, 2008). A BMI érték meghatározásának módja, hogy a vizsgált személy testtömegét elosztjuk a testmagasság méterben kifejezett értékének négyzetével, mértékegysége pedig a kg/m^2 (CSÁNYI, 2010). Ma a BMI a testtömeg mérésének standard módszere, mivel jól korrelál az összes zsírtömeggel és kevésbé függ a testmagasságtól. A testtömeg index határértékeit az 1. táblázat mutatja be.

1. táblázat: BMI határértékek

| Állapot | BMI (kg/m^2) | |
|-----------------------|-------------------------|------------|
| | Férfiak | Nők |
| Alacsony testtömeg | <20,0 | <18,6 |
| Ideális testtömeg | 20,1-25,0 | 18,71-23,8 |
| Ideális BMI | 22,0 | 20,8 |
| Túlsúly | >25,1 | >23,8 |
| Elhízás | >30,1 | 30,1 |
| <i>Kóros elhízás</i> | >40,1 | >40,1 |
| <i>Extrém elhízás</i> | >50,1 | >50,1 |

Forrás: Saját szerkesztés

A táblázat értékeit figyelembe véve megállapítható, hogy a férfiak esetében 20,1-25,0, míg a nők esetében 18,71-23,8 kg/m^2 érték az ideális testtömeg intervalluma, az ideális BMI értéke a férfiaknál 22,0, a nőknél 20,8 kg/m^2 . Az ez alatt elhelyezkedő értékeket alacsony, míg az ideális feletti értékeket túlsúly kategóriának nevezik. Túlsúly esetén a 30,0 kg/m^2 BMI értékig elhízottnak, 30,1-40,0 kg/m^2 BMI érték között kóros elhízásnak, 40,1-50 kg/m^2 BMI értékig pedig extrém elhízásnak nevezik. A BMI értékek eltérő mértékűek a kor tekintetében. Más



határértékkel szerepel az ideális BMI egy gyermek és egy felnőtt esetében. A hazai felnőtt lakosság BMI szerinti tápláltsági állapotát tartalmazza a 2. táblázat.

2. táblázat: A magyar lakosság tápláltsági állapota (%)

| Kor | BMI (kg/m ²) | | | |
|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|----------------|
| | <18,5 Sovány | 18,5-24,99 ajánlott | ≥ 25,0 túlsúly | ≥ 30,0 elhízás |
| 18-34 | 5,51 | 64,31 | 30,18 | 8,10 |
| 35-59 | 1,02 | 42,23 | 56,75 | 20,04 |
| 60-100 | 0,25 | 31,7 | 68,05 | 22,79 |
| Összesen | 1,96 | 44,77 | 53,27 | 17,73 |

Forrás: Saját szerkesztés

A táblázat értékei alapján megállapítható, hogy a hazai felnőtt lakosság 44,77%-a tartozik az ajánlott értékű BMI-vel rendelkezők csoportjába, 1,96%-a sovány, 53,24%-a túlsúlyos, ebből 17,73% elhízott.

A BMI hátránya, hogy a testalkati és testösszetételi jellemzőket figyelmen kívül hagyja, ideális testtömeg feletti értéke nem minden esetben jelez magas testzsír arányt, a túlsúly eredhet például megnövekedett izomtömegeből, nagyarányú csonttömegeből is, ezért önmagában jellemzően nem elegendő a tápláltsági állapot becslésére (RODLER, 2008; CSÁNYI, 2010). A tápláltsági állapot becslése esetén a BMI testzsírszázalékkal kiegészített mérése pontosítja az eredményeket.

A cikk témájaként választott testtömeg-menedzselés, egy olyan élethosszon át tartó folyamatként definiálható, amely az elfogyasztott élelmiszerek kiválasztását és a testmozgást foglalja magában az egészséges életmód kialakítása érdekében, oly módon, hogy az energia bevitel és az energia felhasználás egyensúlyban legyen (SHARRON, 1997; PEARSON – GRACE, 2012).

A továbbiakban a lakosság testtömeg-menedzseléssel kapcsolatos szokásait, véleményét és aktivitását vizsgáljuk.

2. Anyag és módszer

A tanulmány elkészítéséhez szekunder és primer adat és információgyűjtést egyaránt végeztünk. A szekunder kutatás után, kvantitatív kutatásként egy 500 fős kérdőíves megkérdezést hajtottunk végre. A kutatás során 658 kitöltött kérdőívből az adattisztítás és a reprezentativitás kialakítása során 500-at tartottunk meg. A megkérdezés online kérdőív formájában történt hólabda módszert alkalmazva, amelynek lényege, hogy a kérdőív elérhetőségét tartalmazó linket elektronikus felületen juttattuk el a megkérdezettekhez, akik továbbították azt a saját címlistájukban szereplők felé. A kérdőívek kitöltése és a minta kialakítása után az eredmények egy online adatbázisból letölthetővé váltak, majd az SPSS matematikai-statisztikai elemző szoftverbe helyezve, kiértékelhető adatbázishoz jutottunk. A minta nem szerinti megoszlása reprezentatívnak tekinthető. A kérdőív tartalmazta a Fallon Rozin Tesztet a testkép megítélésére vonatkozó adatok megszerzéséhez, a Transzteoretikus modell étel-miszer-fogyasztásra és fizikai aktivitásra történő adaptálását, valamint a viselkedésváltozás étel-miszer-fogyasztói szokásaival kapcsolatos kérdéseket, emellett az információszerzést és a fizetési hajlandóságot is. A kérdőív háttérváltozói között szerepelt a nem, a kor, az iskolai végzettség, az átlagjövedelem, a testtömeg és a testmagasság is.



Az adatelemzést az SPSS matematikai-statisztikai elemző programmal hajtottuk végre, amely segítségével gyakoriság, keresztábrás elemzéseket (χ^2 -próba) is végeztünk.

3. Eredmények

3.1. Az egészségesebbnek vélt táplálkozásra történő áttérés alakulása

Az ételviszta-fogyasztói magatartás változását a Viselkedésváltozás Transzteoretikus Modelljével vizsgálva az egyén által egészségesebbnek vélt táplálkozásra történő áttérésen keresztül mutatjuk be. A táblázat állításai a következő öt szakaszt jelentik: bezárkózás, szemlélődés, felkészülés, cselekvés és fenntartás (3. táblázat).

3. táblázat: Az egészségesebbnek vélt táplálkozásra történő áttérés alakulása (N=500)

| Állítás | Férfi | Nő | Összesen |
|--|-------|------|----------|
| | % | % | % |
| A következő hat hónapban nem szándékozom áttérni egy általam egészségesebbnek vélt táplálkozásra. (Bezárkózás) | 27,0 | 16,6 | 21,6 |
| Erős késztetést érzek arra, hogy áttérjek egy általam egészségesebbnek vélt táplálkozásra. (Szemlélődés) | 22,4 | 22,8 | 22,6 |
| A következő egy hónapban lépéseket fogok tenni, hogy áttérjek egy általam egészségesebbnek vélt táplálkozásra. (Felkészülés) | 13,7 | 20,5 | 17,2 |
| Az elmúlt hat hónap során áttértem egy általam egészségesebbnek vélt táplálkozásra. (Cselekvés) | 14,5 | 22,4 | 18,6 |
| Már több mint hat hónapja egészségesebben táplálkozom, a visszaesés esélye régi táplálkozási szokásaimra minimális. (Fenntartás) | 22,4 | 17,8 | 20,0 |

Forrás: Saját szerkesztés

Bezárkózás: Az egészséges táplálkozásra történő áttérést nem tervezők 21,6% arányt képviselnek. A változtatást elutasítók közé tartozik a férfi válaszadók 27,0%-a és a nők 16,6%-a, tehát a férfiak tekinthetők passzívabbnak e területen. A bezárkózás az idősebb korcsoport tagjaira jellemző legnagyobb mértékben. A 60 évesnél idősebbek 35,7%-a nem tervez elmozdulást egy egészségesebbnek vélt táplálkozás irányába. Legkevésbé (12,5%) a 40-49 éves korcsoporton belül tapasztalható bezárkózás. Az alacsony BMI-vel rendelkező férfiak 35,0%-a nem tervez változtatni a következő fél év során ételviszta-fogyasztási szokásain. Ezzel az aránnyal a férfiak körében ez a csoport minősül a leginkább bezárkózottnak. A nők körében, a férfiakhoz hasonlóan, az alacsony BMI-vel rendelkezők a legbezárkózottabbak (25,0%). A legkevésbé passzívak mindkét nemnél (férfi: 16,5%; nő: 2,8%) a túlsúlyosak. A jövedelem háttérváltozó szerint is szignifikáns ($p < 0,05$) a kapcsolat a bezárkózás vonatkozásában. Ebben a szakaszban van azon válaszadók 80%-a, akiknek napi megélhetési gondjaik vannak anyagi helyzetük miatt. Ez az érték bizonyítja azt, hogy az egészségesebbnek vélt táplálkozás a fogyasztók prekoncepciója szerint nagyobb anyagi teherrel is jár, amelyet a szerényebb jövedelműek nem képesek megfizetni. Azoknak a válaszadóknak, akik a havi jövedelmükből megélnék, de félre keveset tudnak belőle tenni, a 24,0%-a, azoknak a válaszadóknak pedig akik megélnék belőle, de félre nem tudnak tenni 23,2%-a semmilyen változtatást nem tervez az általa egészségesebbnek vélt táplálkozás irányába.



Szemlélődés: A válaszadók 22,6%-a érez erős késztetést, hogy áttérjen egy általa egészségesebbnek vélt táplálkozásra. Késztetést mindkét nem megegyező mértékben érez, viszont ebben szakaszban a nők nagyobb arányban (20,5%) vannak jelen. Nagymértékben a 40-49 (37,5%) és az 50-59 éves (47,1%) korcsoportra jellemző ez a szakasz. A szemlélődés állapota legnagyobb arányban (29,6%) az éppen elég, hogy megéljen jövedelméből, de félretenni már nem tud jövedelemkategóriába tartozókra jellemző. Hasonló mértékben (26,9%) vannak jelen a csoporton belül azok, akiknek jövedelme néha arra sem elég, hogy megéljenek belőle. A túlsúlyos férfiakra (28,9%) és a túlsúlyos nőkre (27,8%) jellemző leginkább a szemlélődés. A férfiak körében az ideális BMI-vel rendelkezőkre (13,4%), a nőknél pedig az alacsony testtömeg-indexűekre jellemző legkevésbé a szemlélődés.

Felkészülés: A megkérdezettek mindössze 17,2%-a sorolható a felkészülés szakaszába. A férfi válaszadók 13,7%-a és a nők 20,5%-a tervezi, hogy a következő fél évben áttér egy általa egészségesebbnek vélt táplálkozásra. Meglepő eredmény, hogy az átlagosnál alacsonyabb jövedelműek 23,1%-a azonosítható a felkészülés szakaszában, és a jövedelem növekedésével arányosan csökken azoknak az aránya, akik a következő hat hónapban változtatni szeretnének táplálkozásukon. Leginkább az elhízott nőkre (30,6%) jellemző a táplálkozás megváltoztatásának tervezése.

Cselekvés: A válaszadók 18,6%-a – közülük is többségben a nők (22,4%) – tért át az elmúlt fél év során valamilyen általa egészségesebbnek vélt táplálkozásra. Megfigyelhető az a tendencia, hogy a 30 évnél idősebb korcsoportok nagyobb arányban vannak jelen az előző három szakaszban, mint a 18-29 éves korcsoport tagjai. A cselekvési szakaszba a fiatal felnőttek (18-29 évesek) 23,2%-a tartozik, a náluk idősebb korcsoportok aránya a 15%-ot sem éri el, 60 év felettiek pedig egyáltalán nincsenek jelen.

A cselekvő szakaszban 26,9% azok aránya, akiknek jövedelme néha arra sem elég, hogy megéljenek belőle. A többi jövedelemkategóriába tartozó válaszadók aránya nem éri el a 20%-ot. A felkészülőkhöz hasonlóan, a cselekvő szakaszban is magasabb arányban vannak jelen a túlsúlyos nők (27,8%), mint a többi BMI kategóriába tartozó válaszadók.

Fenntartás: Az eredmények alapján a válaszadók 20,0%-a, már több mint hat hónapja egy általa egészségesebbnek vélt táplálkozást tart fenn, és minimálisnak véli az azt megelőző időszakra jellemző étel-miszer-fogyasztási szokásához történő visszatérést. A nők kisebb aránya (17,8%) többek között a kampányszerű fogyókúrás módszerek végeztével az eredeti táplálkozási szokásokhoz történő visszatéréssel is magyarázható. A fenntartás a fiatalabb korcsoportokra jellemzőbb, mint az idősebbekre. A 20-29 évesek 24,4%-a, míg a 30-39 évesek 21,9%-a tartja fenn több, mint fél éve az általa egészségesebbnek vélt táplálkozását. A fenntartási szakasz a jelentősen az átlag feletti jövedelműek 31,4, valamint az ideális BMI-vel rendelkező férfiak 25,6%-ára, míg az alacsony testtömeg indexű nők 19,2%-ára jellemző.

3.2. A rendszeresebbnek vélt fizikai aktivitásra történő áttérés alakulása

A válaszadók által egészségesebbnek vélt étel-miszer-fogyasztásra történő áttérés mellett a rendszeresebbnek vélt fizikai aktivitásra történő áttérés vizsgálatára is kiterjedt a kutatás. Az előző fejezetben bemutatottakhoz hasonlóan a Viselkedésváltozás Transzteoretikus Modelljén keresztül vizsgáljuk a bezárkózás, a szemlélődés, a felkészülés, a cselekvés és a fenntartás szakaszait. Az eredményeket a 4. táblázat tartalmazza.



4. táblázat: A rendszeresebbnek vélt fizikai aktivitásra történő áttérés alakulása (N=500)

| Állítás | Férfi | Nő | Összesen |
|--|-------|------|----------|
| | % | % | % |
| A következő hat hónapban nem szándékozom áttérni a számomra rendszeresebbnek vélt fizikai aktivitásra. (Bezárkózás) | 11,2 | 5,0 | 8,0 |
| Erős késztetést érzek arra, hogy áttérjek egy általam rendszeresebbnek vélt fizikai aktivitásra. (Szemlélődés) | 19,5 | 28,6 | 24,2 |
| A következő egy hónapban lépéseket fogok tenni, hogy áttérjek egy általam rendszeresebbnek vélt fizikai aktivitásra. (Felkészülés) | 17,0 | 22,8 | 20,0 |
| Az elmúlt hat hónap során áttértem egy általam rendszeresebbnek vélt fizikai aktivitásra. (Cselekvés) | 19,1 | 25,1 | 22,2 |
| Már több, mint hat hónapja aktív fizikai tevékenységet végzek, a visszaesés esélye régi szokásaimra minimális. (Fenntartás) | 33,2 | 18,5 | 25,6 |

Forrás: Saját szerkesztés

Bezárkózás: A táblázat jól láthatóan szemlélteti, hogy a válaszadóknak csupán 8,0%-a zárkózik el a rendszeresebbnek vélt fizikai aktivitásra történő áttéréstől. Ez az érték az egészségesebbnek vélt étel-miszer-fogyasztástól való elzárkózás értékének harmada, tehát a fizikai aktivitás terén nyitottabbak a válaszadók, mint a táplálkozási szokások változtatása területén. Nagyobb arányban (11,2%) a férfiak zárkóznak el a rendszeresebbnek vélt fizikai aktivitásra történő áttéréstől, a nőknek csupán 5,0%-a nyilatkozott úgy, hogy nem tervez áttérést. Az életkor háttérváltozó esetében végzett vizsgálat során megállapítható, hogy a bezárkózók között legnagyobb arányban (14,3%) a 60 évnél idősebbek szerepelnek. A csoporton belül a fiatalabb korcsoportok dominálnak (18-29 éves korcsoport 5,9%; a 30-39 és a 40-49 éves korcsoportok 5,9% és 6,2%). Az özvegy családi állapotú válaszadók 66,7%-a nem tervez rendszeres fizikai aktivitásba kezdeni, mellettük az életárral élők szerepelnek a bezárkózók csoportjában nagy arányban. Legkevésbé bezárkóztak a nőtlen/hajadon válaszadók tekinthetők (6,4%).

Az egészségesebbnek vélt étel-miszer-fogyasztásra történő áttéréssel ellentétben, ez esetben a valamivel az átlag feletti jövedelműek magasabb arányban (55,0%) szerepelnek a bezárkózók csoportjában, mindemellett mindkét nemnél (férfi: 25,5%; nő: 7,7%) az ideálistól alacsonyabb testtömeg indexű válaszadók között jellemzőbb a passzivitás.

Szemlélődés: A válaszadók 24,2%-a, köztük is a nők 28,6%-a és a férfiak 19,5%-a érez erős késztetést arra, hogy áttérjen egy általa rendszeresebbnek vélt fizikai aktivitásra. Az 50-59 éves (47,1%) és a 40-49 éves (40,6%) korcsoportokon belül alakulnak nagyobb arányban a szemlélődők. A családi állapot vonatkozásában megállapítható, hogy a nőtlen/hajadon válaszadók aránya a legalacsonyabb (18,8%) ebben a szakaszban. A munkanélküli és az aktív fizikai dolgozók 40,0% feletti arányban szerepelnek a szemlélődők között, ám a további szakaszokba (Cselekvés és Fenntartás) jellemzően lépnek már tovább. Az átlagos jövedelműek (32,8%) tekinthetők a szemlélődők legjellemzőbb csoportjának az anyagi helyzet vonatkozásában. A jövedelem függvényében vizsgálva a viselkedésváltozás szakaszait megállapítható, hogy az aktív szakaszig az alacsonyabb jövedelműek nagy arányban jutnak el, azonban a cselekvés és a fenntartás szakaszába jellemzően az átlagnál magasabb jövedelműek tartoznak, melynek hátterében a fizikai aktivitással járó többletkiadások állnak, amelyet a szerényebb jövedelműek már nem tudnak megengedni maguknak. A szemlélődőket



a válaszadók testtömeg indexének függvényében vizsgálva elmondható, hogy legnagyobb arányban (30,6%) a túlsúlyos nők érznek erős késztetést arra, hogy áttérjenek egy általuk rendszeresebbnek vélt fizikai aktivitásra.

Felkészülés: A megkérdezettek 20,0%-a tesz lépéseket a következő egy hónapban egy általa rendszeresebbnek vélt fizikai aktivitásra történő áttérésben. A férfi válaszadók 17,0%-a, míg a nők 22,8%-a tartozik a felkészülés szakaszába. Bár az eredmények alapján a felkészülés szakaszáig nagy arányban (35,7%) eljutnak a 60 év feletti válaszadók, a cselekvés és a fenntartás nem jellemző rájuk. Velük ellentétben a 30-39 és a 40-49 éves korcsoportok a felkészülést követő szakaszokban egyre nagyobb arányban képviseltetik magukat, és közülük kerülnek ki azok is a legnagyobb arányban, akiknek mindennapi életük részévé vált a rendszeres fizikai aktivitás. Kiemelkedően magas arányban (25,0%) vannak jelen a nőtlen/hajadon családi állapotú válaszadók a felkészülők között. A testtömeg alakulásának fontossága is magas arányban alakult e csoport körében, ezáltal megállapítható, hogy nem csupán fontosnak tartják testtömegük alakulását, hanem tesznek is annak érdekében. Mind a nők (27,8%), mind a férfiak (28,9%) esetében a túlsúlyos válaszadók aránya a magasabb.

Cselekvés: A válaszadók 22,0%-a nyilatkozott úgy, hogy az elmúlt hat hónap során áttért egy általa rendszeresebbnek vélt fizikai aktivitásra. A nők 25,1%-a és a férfiak 19,1%-a jutott el ebbe a szakaszba. A 18-29 évesek 23,5%-a, míg a 30-39 évesek 23,0%-a tartozik a cselekvők csoportjába. Az elváltak fele, a házastársuktól külön élők egyharmada (33,3%) végez rendszeresen fizikai aktivitást. Továbbá elmondható, hogy az átlagos (24,8%), valamint a jelentősen az átlag feletti (24,3%) válaszadók aránya a meghatározó a csoportban. A testtömeg index alapján történő vizsgálatok szerint az elhízott férfiak (25,0%) és a túlsúlyos nők (27,8%) között jellemző leginkább a rendszeres fizikai aktivitás végzése.

Fenntartás: A válaszadók 25,6%-a tartja fenn a testtömeg menedzselése során kialakított rendszeres fizikai aktivitását több mint fél év után is. A férfiak magasabb arányban (62,5%) szerepelnek a fenntartók között, mint a nők (37,5%). Az 50-59 évesek között jellemző legnagyobb arányban (35,3%) a rendszeres fizikai aktivitás, mellettük a 18-29 évesek (57,8%) és a 20-29 évesek (30,5%) megoszlással alakulnak. Családi állapot szerint a házastársuktól külön élőkre (33,3%) és a nőtlenekre/hajadonokra (26,1%) jellemző legnagyobb arányban rendszeres fizikai aktivitás hosszú távú fenntartása. A férfiak között az alacsony (40,1%) és az ideális BMI-vel rendelkezők (39,0%) azok, akik társaikhoz képest nagyobb arányban sorolhatók a fenntartók közé.



3.3. Az egészségesebbnek vélt táplálkozásra történő áttérés többlet-ráfordításai

Az 5. táblázat az egészségesebbnek vélt táplálkozásra történő többlet-ráfordítás mértékének alakulását tartalmazza.

5. táblázat: Az egészséget szolgáló élelmiszerekre történő többlet-ráfordítás (N=500)

| Többletköltési hajlandóság | Férfi | Nő | Összesen |
|----------------------------|-------|------|----------|
| | % | % | % |
| Igen, költenék többlet is | 60,2 | 66,0 | 63,2 |
| Nem, nem költenék többlet | 22,8 | 22,0 | 22,4 |
| Nem tudom | 17,0 | 12,0 | 14,4 |

Forrás: Saját szerkesztés

A táblázat adatai alapján a válaszadók 63,2%-a költené többlet az általa egészségesebbnek vélt élelmiszerekre, amennyiben az egészségét szolgálná. Nagyobb arányban (66,0%) a nők költenének többlet ezekre az élelmiszerekre. A férfiak aránya a többletkiadást nem vállaló és a hezitáló válaszadók között egyaránt magasabb. Az iskolai végzettség növekedésével arányosan emelkedik azok aránya, akik hajlandók többlet áldozni az egészségesebbnek vélt táplálkozásra. Míg a maximum 8 általánost végzettek fele, addig az érettségivel rendelkezők 55,2%-a, a felsőfokú végzettségűeknek pedig 66,9%-a fizetne többlet.

Harmada (22,4%) azoknak a válaszadóknak az aránya, akik nem költenének többlet a jelenlegi mértéknél a vizsgált élelmiszerekre, azokhoz képest, akik hajlandóak áldozni ezen a téren egészségükért. Ezáltal megállapítható, hogy kimagaslóan fontosnak tartják az egészségüket a megkérdezettek.

A nem háttérváltozóval végzett vizsgálat alapján megállapítható, hogy a férfiak 22,8 és a nők 22,0%-a nem költené többlet az egészségesebbnek vélt élelmiszerekre. Köztük az érettségivel rendelkező válaszadók (33,1%) vannak a legnagyobb arányban, emellett magasnak tekinthető (14,4%) a hezitálók aránya is.

3.4. A rendszeresebbnek vélt fizikai aktivitásra történő többletráfordítás

A kutatás kiterjedt a rendszeres fizikai aktivitással járó többletráfordítás hajlandóságának vizsgálatára is. Az egészségesebbnek vélt élelmiszerekre történő többletköltségekhez hasonlóan, a rendszeres fizikai aktivitás is egyéni szinten felmerülő kiadással jár, amelynek többletfizetési hajlandóságát a 6. táblázat mutatja be.

6. táblázat: A rendszeresebbnek vélt fizikai aktivitással járó többletfizetési hajlandóság (N=500)

| Többletköltési hajlandóság | Férfi | Nő | Összesen |
|----------------------------|-------|------|----------|
| | % | % | % |
| Igen, költenék többlet is | 58,5 | 64,1 | 61,4 |
| Nem, nem költenék többlet | 31,5 | 26,6 | 29,0 |
| Nem tudom | 10,0 | 9,3 | 9,6 |

Forrás: Saját szerkesztés



A táblázat adatai alapján látható, hogy az egészségesebbnek vélt élelmiszerekhez hasonlóan, a rendszeres fizikai aktivitásra is nagy arányban (64,1%) költenének a jelenleginél többet a megkérdezettek, ezáltal kijelenthető, hogy a testtömeg-menedzselés mindkét területét nem csupán fontosnak tartják a válaszadók, hanem hajlandóak anyagi áldozatot is hozni értük. A többletfizetést elutasítók aránya a fizikai aktivitás területén magasabb (26,6%), mint az élelmiszer-fogyasztás területén mért adat, ezáltal arra következtetünk, hogy az élelmiszer-fogyasztást a fizikai aktivitás elé helyezik a válaszadók az anyagi ráfordítás tekintetében.

4. Következtetések és javaslatok

Az eredmények alapján megállapítható, hogy az egészségesebbnek vélt táplálkozásra történő áttérés viszonylatában a megkérdezettek csaknem ugyanolyan mértékben tartoznak a bezárkózók, a szemlélődők és a fenntartók közé. A felkészülés és a cselekvés csoportba a válaszadók nem érték el a 19%-os arányt sem. A bezárkózókról egyértelműen megállapítható, hogy jellemzően az idősebb korcsoportok képviselői alkotják. A fiatalabbak közül pedig nagyobb arányban alakulnak a férfiak, mint a nők ebben a szegmensben. A szemlélődők legnagyobb arányban a 40-59 évesek szegmense. Emellett a felkészülők között nagyobb arányban alakulnak a nők, mint a férfiak és érdekes eredmény, hogy a jövedelem növekedésével arányosan csökken azoknak az aránya, akik a következő hat hónapban változtatni szeretnének táplálkozásukon. A cselekvők nagyobb arányban nők, mint férfiak, köztük is jellemzően a 30 évesek, vagy ennél idősebbek a szegmens képviselői. A fenntartási szakaszban pedig nagyobb arányban alakulnak a férfiak, mint a nők.

A rendszeresnek vélt fizikai aktivitásra történő áttérés esetében is az előzőhöz hasonló eredmények születtek. Eltérést a bezárkózók aránya adja, amelyben a szegmens tagjai nem érik el a 10%-ot sem. Ennek megfelelően inkább váltánának a fizikai aktivitásuk területén a megkérdezettek, mint az étkezési szokásaikon. A férfiak nagyobb arányban zárkóznak el a fizikai aktivitásuk változtatása előtt, mint a nők, viszont a fenntartási szakaszban is a férfiak alakulnak nagyobb arányban a nőkhöz képest. A köztes szakaszokban a nők alakulnak nagyobb arányban.

Az iskolai végzettség növekedésével arányosan emelkedik azok aránya, akik hajlandók többet áldozni az egészségesebbnek vélt táplálkozásra. Ezzel megegyező eredmény, hogy a fizikai aktivitásra is nagy arányban költenének a jelenleginél többet a megkérdezettek, ezáltal kijelenthető, hogy a testtömeg-menedzselés mindkét területét nem csupán fontosnak tartják a válaszadók, hanem hajlandóak anyagi áldozatot is hozni értük.

5. Köszönetnyilvánítás

A publikáció elkészítését az EFOP-3.6.2-16-2017-00003 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

6. Irodalomjegyzék

- Rodler I. (2008): Élelmezés- és táplálkozás-egészségtan. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 41–532.
- Csányi T. (2010): A fizikai aktivitás és egészség fiatal korban. Egészségfejlesztés. 51 (1-2) 43–48.
- Pearson, D. – Grace, C.: Weight Management. Wiley-Blackwell. Egyesült Királyság, 2012. 1–273.



- Sharron, D. (1997): *Overweight and Weight Management: The Health Professional's Guide to Understanding and Treatment*. Aspen Publishers Inc. Maryland, 1–76. URL: http://books.google.hu/books?id=cs534maiplwC&printsec=frontcover&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false (Letöltés dátuma: 2013. október 26.)
- WHO: *Overweight and obesity in adults*. URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/data-and-statistics> (Letöltés dátuma: 2014. január 18.)
- WHO: *The challenge of obesity - quick statistics*. URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics> (Letöltés dátuma: 2014. január 18.)



Az elhízás gazdasági terhei – Hazai és nemzetközi körkép

KISS MARIETTA

*PhD, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
kiss.marietta@econ.unideb.hu*

KONTOR ENIKŐ

*PhD, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
kontor.eniko@econ.unideb.hu*

Absztrakt

A helytelen táplálkozásból fakadó betegségek egyre több embert érintenek világszerte. A fejlett országokban (így Magyarországon is) az olyan, életmóddal és táplálkozással kapcsolatos, megelőzhető betegségek, mint az elhízás/túlsúlyosság, illetve az ezekkel sok esetben összefüggő cukorbetegség és kardiovaszkuláris betegségek azok, amelyek egyre nagyobb társadalmi-gazdasági terhekkel járnak. A tanulmány az elhízás és túlsúlyosság – mint a helytelen táplálkozás talán legsúlyosabb következményeinek – gazdasági költségeit kísérli meg az elérhető hazai és nemzetközi szakirodalmi forrásokra építve számszerűsíteni. A nemzetközi és hazai szakirodalomban egyaránt leggyakrabban alkalmazott módszer erre a betegségteher módszer, mely az elhízás kapcsán felmerülő direkt, indirekt és személyes költségeket számszerűsíti és összegzi. Összességében elmondható, hogy a legkönnyebben mérhető direkt költségek az indirekt és személyes költségek töredékét teszik csak ki, így a csupán az ezekre építő számítások jelentősen alábecsülik az elhízás valós költségeit. Magyarországon az elhízás költségei összességében elérhetik a GDP 2,67–4,44%-át, így az elhízás elleni küzdelem nemzetgazdasági prioritás kell, hogy legyen.

Kulcsszavak: elhízás, túlsúly, gazdasági teher, egészségügyi kiadások



1. Bevezetés

A helytelen táplálkozásból fakadó betegségek Európában mintegy 33 millió embert érintenek, költségük évente 170 milliárd euróra rúg (LJUNGQVIST – DE MAN, 2009). A helytelenül táplálkozók kezelési, kórházi ellátási költsége 30%-kal magasabb, a fertőzések és a komplikációk valószínűsége náluk 3-szorosára nő, és az elhalálozásuk esélye is 12-szer magasabb, mint a helyesen táplálkozóké. A helytelen táplálkozás így több milliárd euróval növeli a közkiadásokat: Németországban 2003-ban ez az összeg 9 milliárd, Írországban 2007-ben 1,4 milliárd, Hollandiában 2011-ben 1,9 milliárd (az összköltség közel 25%-a), az Egyesült Királyságban 2011-12-ben pedig 19,6 milliárd euró volt (FREIJER, 2017). Nem véletlen tehát, hogy az EU-ban a GDP egyre nagyobb hányadát teszik ki az egészséggel kapcsolatos kiadások: míg ez az arány az EU 28 tagállamában 2002-ben 6,2% volt, 2016-ban már 7,1% (EUROSTAT, 2018). A betegségek ilyen mértékű terhei mellett a lakosság egészségi állapotának javítása gazdasági prioritás kell, hogy legyen (BYRNE, 2004).

Ugyanakkor számos bizonyítékot találhatunk arra vonatkozóan is, hogy az egészségbe történő beruházás jelentős gazdasági haszonnal jár. A helytelen táplálkozásból eredő betegségekben szenvedők gyógyításába fektetett minden euró 1,9-4,2 euró megtakarítást jelent a társadalom számára (KOK – SCHOLTE, 2014). A WHO adatai szerint a születéskor várható élettartam 10%-os emelkedése a gazdasági növekedést 0,35%-kal növeli meg évente, a szegény és gazdag országok közötti növekedési különbség fele az előbbi országok népességének rossz egészségi állapotára és az alacsony várható élettartamára vezethető vissza (SACHS, 2001).

Míg a kevésbé fejlett országokban jellemzően az alultápláltság, a mikrotápanyagok hiánya jelenti a fő problémát, addig a fejlett országokban (így Magyarországon is) az olyan, életmóddal és táplálkozással kapcsolatos, megelőzhető betegségek, mint az elhízás/túlsúlyosság, illetve az ezekkel sok esetben összefüggő cukorbetegség és kardiovaszkuláris betegségek azok, amelyek egyre nagyobb társadalmi-gazdasági terhekkel járnak. A tanulmány ezért az elhízás és túlsúlyosság – mint a helytelen táplálkozás talán legsúlyosabb következményeinek – gazdasági terheivel foglalkozik, költségeit kísérli meg az elérhető hazai és nemzetközi szakirodalomra építve számszerűsíteni.

2. A túlsúlyosság és az elhízás terhei

A túlsúlyosság és a belőle származó egészségügyi problémák hozzájárulnak mind az egyéni, mind a társadalmi jólét csökkenéséhez. A túlsúlyosságból és elhízásból származó egészségügyi kiadások drasztikus emelkedése napjainkban a legégetőbb egészségügyi és már-már finanszírozhatatlan gazdasági problémává nőtte ki magát, mely már nem csak hosszú távon, hanem rövid távon is érezteti hatásait (SZÚCS, 2012). Ennek oka, hogy az egészségügyi kiadások egyre nagyobb hányadát költik az elhízás és a vele szoros kapcsolatban álló betegségek kezelésére, mely az érintettek növekvő aránya mellett azzal magyarázható, hogy az elhízással küzdők átlagos kezelési költségei akár 42%-kal (FINKELSTEIN – KOSA, 2003), a hozzájuk kapcsolódó éves egészségügyi kiadások pedig 37,4%-kal is meghaladhatják a normális testsúlyúakét (FINKELSTEIN et al., 2003). ANDREYEVA et al. (2004) kimutatta, hogy a 30–35 kg/m², a 30–40 kg/m² és a 40 kg/m² fölötti BMI a normál súlyúakhoz képest körülbelül 25, 50, illetve 100%-kal magasabb egészségügyi kiadásokkal jár együtt, KJELLBERG et al. (2017) Dániában végzett kutatása szerint pedig a 30-as BMI fölötti egy pontos BMI-emelkedés az átlagos egészségügyi kiadásokat 4%-kal emeli meg (ez 136 euró/fő/év többletkiadást jelent), ami egyéni szinten 1



és 10% közti emelkedést jelent az egészségügyi kiadásokban. Ez részben a magasabb gyógyszerkiadásokra (5%/BMI-pont-emelkedés), részben a magasabb pszichiátriai kiadásokra (10%/BMI-pont-emelkedés) vezethető vissza.

Az EU-ban az egészségügyi kiadások mintegy 7%-át költik évente az elhízással kapcsolatos betegségek kezelésére (WHO, 2010), ami a munkából való kieséssel együtt mintegy 70 milliárd eurót emészt fel (CIVILHETES, 2018). Így a gyermekkorban is egyre gyakrabban jelentkező elhízás mára összességében nagyobb problémát jelent, mint a dohányzás vagy alkoholizmus (SZÚCS, 2011; 2012). A túlsúly és elhízás – különösen gyermek- és serdülőkorban – napjaink egyik legfontosabb közegészségügyi problémája (LOBSTEIN et al., 2015), ugyanis jelentős egészségügyi és nem egészségügyi hatása van nem csupán gyermek- és serdülőkorban, hanem a későbbi élet folyamán is (MAGGIO et al., 2014). Éppen ezért a gyermek- és serdülőkori elhízás különösen fontos kihívás a magyarhoz hasonló, korlátozott erőforrásokból gazdálkodó egészségügyi rendszerek számára (EU, 2014).

Érdemes megjegyezni ugyanakkor, hogy az elhízás költségei nem mindig határozhatók meg pontosan populációs vagy nemzetgazdasági szinten, hiszen az egyén szintjén is legfeljebb csak becsülhetőek. A becslést pedig nehezíti, hogy az elhízás önmagában ritkán jár következmények nélkül; gyakoriak a szövődmények, amelyek kezeléséhez szintén költségek köthetők (ISKI – RURIK, 2014). E szövődmények egészségbiztosítási kiadásokban játszott komoly szerepére FADGYAS-FREYLER és KORPONAI (2016) mutatott rá magyarországi adatok alapján, az Egészségbiztosítási Alap 2015. évi, beteghez köthető természetbeni kiadásainak számbavételével⁴. A szerzők megállapították, hogy az egészségbiztosító a legtöbbet a cukorbetegség ellátására költött (mintegy 45 milliárd Ft-ot), ezt követték az ischaemiás és az egyéb szívbetegségek (körülbelül 40 és 35 milliárd Ft), a veseelégtelenség (mintegy 35 milliárd Ft) és a magas vérnyomás (körülbelül 34 milliárd Ft). Az első húsz kifizetési csoportban emellett szerepel – az elhízással és túlsúllyal potenciálisan összefüggő – többféle daganat, illetve mozgásszervi betegség is.

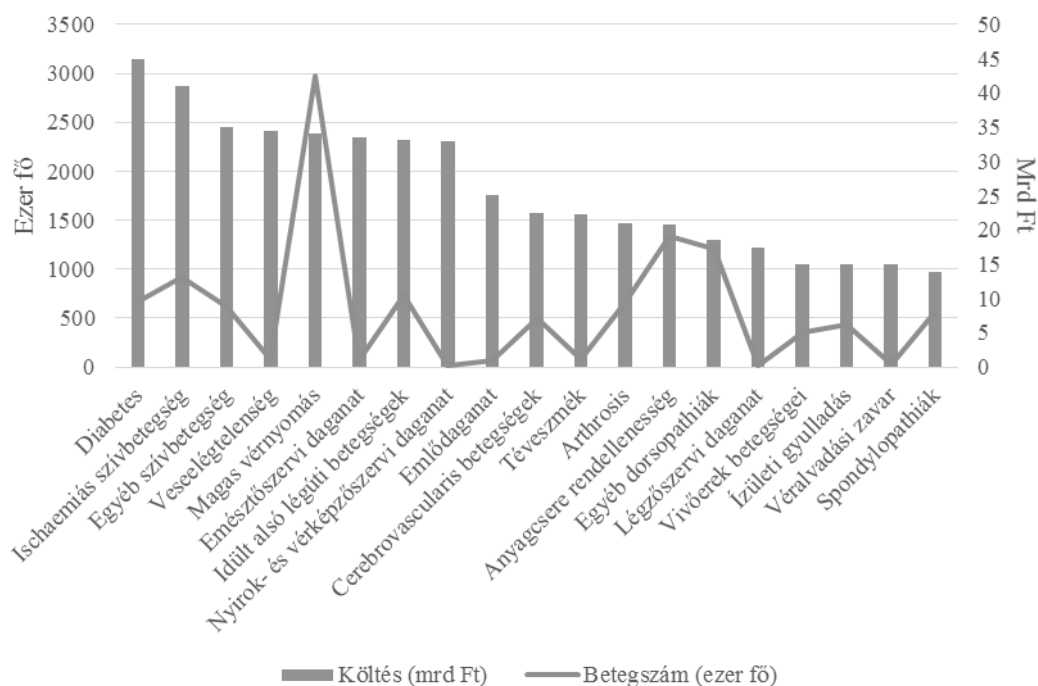
Ahogy az az *1. ábrából* látható, az egészségbiztosításra legnagyobb terhet rová betegségek többsége szoros kapcsolatban áll a helytelen táplálkozással, illetve az annak következtében kialakuló túlsúllyal, elhízással. Érdemes megemlíteni, hogy e betegségekkel kapcsolatos kiadások nagyságát elsősorban nem az adja, hogy személyenként a kezelések a legköltségesebbek lennének, hanem a betegségek által érintettek igen széles köre: Magyarországon a legtöbb embert (több mint 2,5 millió főt) a magas vérnyomás érint, de meglehetősen sok (több mint egymillió) ember szenved anyagcsere-rendellenességekben és egyéb dorsopathiákban is (FADGYAS-FREYLER – KORPONAI, 2016).

Az elhízással szoros oki kapcsolatban álló fizikai inaktivitás teljes költségvonzatára is készült becslés (ÁCS et al., 2012), mely szerint 2009-ben az inaktivitásnak tulajdonítható kiadások az állami E-Alapban 285,6 milliárd Ft-ot (mintegy 45%) jelentettek. Ide számították a szív- és érrendszeri megbetegedéseket, a stroke-ot, a vastagbélrákot, a 2-es típusú diabetes mellitust, az osteoporosist, a depressziót, az emésztőszervi szövődményeket, az elhízást, a magas trigliceridszintet és a szándékos önártalmat; beleértve a járó- és fekvőbeteg-, valamint a háziorvosi ellátást, továbbá az ezekben az indikációkban rendelt gyógyszereket is. Ezen túlmenően a táppénz még újabb 5%-ot, a gyógyászati segédeszközökkel kapcsolatos kiadás további 2%-ot tett ki. Az érintett betegek 4,3 millió táppénzes napot vettek igénybe, 10,6 millió orvos–beteg találkozás történt, természetesen átfedésekkel a gyakori multimorbiditás

⁴ A szerzők a kifizetést generáló természetbeni ellátások teljes körét bevonták a vizsgálatba (háziorvosi ellátás – különös tekintettel az eseti igénybevételre –, járóbeteg és fekvőbeteg szakellátás, betegszállítás, CT/MRI, művese, fogászat, otthoni szakápolás és hospice, betegszállítás, illetve ártámogatási kiadások).



miatt (ISKI – RURIK, 2014). Az 5,3 millió, orvosnál történt megjelenés 57%-a hipertonia, 23,8%-a hyperlipidaemia és 16%-a diabetes miatt történt. Mindezek összesen 131 milliárd Ft állami kiadást generáltak, amelyben a hipertonia kezelése 75,5 milliárd, a hyperlipidaemiáé 32,9 milliárd, míg a diabetesé 21,6 milliárd Ft-ot képviselt. Az egyéni hozzájárulás a gyógyszerköltségekhez átlagosan még további 30%-ra becsülhető. Nyilván ezek csak becslések, hiszen a közismert patológiai kapcsolat ellenére sem hozható oki összefüggésbe minden egyes megbetegedés az inaktivitással, hiszen anélkül is kialakulhatnak, bár kisebb arányban (ÁCS et al., 2012; ISKI – RURIK, 2014).



1. ábra: Morbiditási csoportok érintett betegszáma és kifizetés, az előbbi szerint rendezve, az első húsz csoport

Forrás: FADGYAS-FREYLER – KORPONAI (2016:10)

A fent említett, inaktivitással és helytelen táplálkozással összefüggő betegségek közül külön a diabetes egészségügyi költségeire Magyarországon 2008-as adatokkal készült becslés. Ekkor mintegy 521 ezer gyógyszeresen kezelt magyar cukorbeteg volt, akiknél az éves átlagos közkiadás 335 ezer Ft/fő-re rúgott. A betegség kezelésére fordított közkiadások a hazai GDP 0,65%-át, illetve az egészségbiztosító kiadásainak 13%-át tették ki. Az egy főre jutó költség azonban igen nagy ingadozást mutatott a gyógyszeres kezelés, illetve az ellátás típusától függően. Szövődményes (kórházi kezelést igénylő) személyek esetében az egy főre jutó összköltség 633 ezer Ft volt, szemben a szövődménymentes orális antidiabetikum- (OAD-) kezelés 242 ezer Ft/fő, illetve az inzulinkezelésre szorulóknak 449 ezer Ft/fő összegével. A költségek 53%-a gyógyszeres kezelés, 27%-a fekvőbeteg-ellátás, 20%-a pedig egyéb ellátás (járóbeteg-ellátás, művesekezelés, házi betegápolás) fedezetét szolgálta. Az összes gyógyszerköltség 26%-át költötték OAD- és inzulinellátásra, amely az egészségügyi kiadások 14%-a volt. A teljes egészségügyi költségek ennél magasabbak voltak, mert nem számoltak a fejkvótaalapon finanszírozott házi orvosi ellátással és a betegszállítás költségeivel (KALÓ et al., 2011; ISKI – RURIK, 2014). Érdemes megjegyezni, hogy a cukorbetegség



szövődményeinek kezelése lényegesen nagyobb terhet jelent az alapbetegség kezelésénél (KALÓ et al., 2011).

3. Az elhízás költségeinek szisztematikus vizsgálatai

Az elhízás költségeivel kapcsolatos nemzetközi szakirodalom áttekintésével TÓTH és NAGY (2009) a vizsgálatok három csoportját azonosította: 1. különböző országokra vonatkozó betegségteher-vizsgálatok; 2. az egyes terápiás alternatívák költséghatékonyságára vonatkozó cikkek; 3. alternatív, nem hagyományos költséghatékonysági vizsgálatok.

A nemzetközi szakirodalomban fellelhető kutatások az elhízás kezelésével kapcsolatos költségek összetételét és arányait leggyakrabban az úgynevezett *betegségteher (Cost of Illness – COI) vizsgálati módszerrel* elemzik, amely az egyes betegségekkel kapcsolatban felmerülő kiadásokon alapul (HALMY, 2006; ZHANG – LI, 2008; JÓZWIAK et al., 2010; ISKI – RURIK, 2014), és az adott kóros állapothoz köthető költségek felmérésére irányul. Célja és fő hasznosíthatósága a pénzértéken való összehasonlításban rejlik, azaz segítségével a különböző betegségeket a társadalom vagy az ellátórendszer számára felmerülő terhek nagysága alapján prioritizálhatjuk (TÓTH – NAGY, 2009). Ez a módszer a költségek három típusát különbözteti meg (HALMY, 2003; KOURIS-BLAZOS – WAHLQVIST, 2007):

- *Direkt költségek* közé tartoznak a megelőzésnek, az alap-, szakellátási és fekvőbeteg-intézeti vizsgálatoknak, diagnosztikai eljárásoknak és kezelésnek az egészségügyi ellátórendszeren belül felmerült költségei, levonva belőle az önrészt, amennyiben ez értelmezhető. Emellett tartalmazza a kísérő betegségekre adott gyógyszerek árát, a rehabilitáció és gyógyászati segédeszközök költségeit, illetve a nem orvosi jellegű kiadásokat is (egészséges életmód és étrend, sporteszközök stb.) (ISKI – RURIK, 2014).
- Az *indirekt költségek* közé a morbiditáshoz és a mortalitáshoz köthető kiadások tartoznak. Morbiditási költségnek tekinthető a kisebb termelékenység, a csökkent munkaképesség, a munkahelyről való kimaradás, a keresőképtelenség miatt elveszített jövedelem, a táppénz, a korai munkaképesség-csökkenés és a rokkantnyugdíj. Mortalitási költséget jelent az idő előtti elhalálozás miatt kiesett jövőbeni jövedelem. Ezen költségelemek megbecsülése, kiszámítása a legnehezebb (ISKI – RURIK, 2014).
- A költségek harmadik elemét a *személyes költségek* jelentik, mely az állam vagy biztosító mint költségviselő mellett a beteg terheit számszerűsíti. Az elhízott páciens a gyógyszerek árának társadalombiztosítási támogatásán kívül maga is fizet a gyógyszerekért és a különleges műtétért (gyomorszűkítő gyűrű), valamint az elhízás későbbi stádiumában az ápolásért, gondozásért, speciális elhelyezésért, szállításáért és a méreteinek megfelelő, hordható ruházat miatti árkülönbségekért (JÓZWIAK et al., 2010; ISKI – RURIK, 2014).

Ezeket kívül figyelembe vehetők – bár még nehezebben számszerűsíthetők – a *megfoghatatlan költségek* (intangible costs), melyek a fájdalom és az elhízás miatti szenvedéshez köthető (ZHANG – LI, 2008; ISKI – RURIK, 2014), illetve a pénzügyileg nehezen meghatározható, de nagyon is érzékelhető károkat foglalja magába, úgymint a rossz iskolai előmenetelt, a munkahelyi diszkriminációt, a pszichoszociális beilleszkedési problémákat és a rosszabb életminőséget (MNSZ, 2018).

A WHO 2007-es elemzése (BRANCA et al., 2007) alapján az obezitással összefüggő kiadások az összes egészségügyi kiadások 2–8%-át teszik ki az európai országokban és körülbelül 5%-ot Kelet-Európában. A betegségteher-vizsgálatok nemzetközi eredményeit TÓTH és NAGY (2009) foglalta össze az 1. táblázat szerint.



Az elhízás *direkt költségei*, a diagnózisra és kezelésre fordított, egészségügyben jelentkező kiadások a teljes egészségügyi kiadások között nemzetközileg viszonylag magas arányt képviselnek (például Belgiumban 3%, Franciaországban 2%, Németországban 3%, Svédországban 2%, az Egyesült Királyságban 3% körül vannak). Ezek a költségek az illető európai országok teljes hazai össztermékének (GDP) 0,2–1%-át (ZHANG – LI, 2008), Korea esetén a 0,22%-át, míg Brazília esetén a 0,09%-át is elérhetik (BAHIA et al., 2012). A tendencia ráadásul emelkedő, abszolút értékben és az egészségügyi kiadásokhoz viszonyítva is: az Egyesült Államokban például az elhízás direkt költségei 1995-ben 51,6 milliárd (WOLF – COLDITZ, 1998), 2000-ben 61 milliárd (WELLMAN – FRIEDBERG, 2002), 2009-ben pedig már 147 milliárd dollárt tettek ki (SZŰCS, 2011), az egészségügyi kiadásokhoz viszonyított arányuk pedig az 1996-os 7%-ról (FINKE – HUSTON, 2007) 2006-ra 9,1%-ra nőtt (SZŰCS, 2011). Kínában a direkt költségek 2000-ben a GDP 0,48%-át tették ki, az előrejelzések szerint ez 2025-re 0,5%-ra fog nőni (POPKIN et al., 2006).

1. táblázat: A betegségteher-vizsgálatok eredményei

| Publikáció | Ország, év | Költség | Az egészségügyi kiadások arányában |
|------------------------------------|----------------------------|--|------------------------------------|
| COLDITZ, 1992 | USA, 1986 | 39,9 mrd \$ (USD) | 5,5% |
| WOLF – COLDITZ, 1994 | USA, 1990 | 45,8 mrd \$ (USD) | 6,8% |
| WANG et al., 2008 | USA, 2030 (előrejelzés) | | 16-18% |
| SEGAL, 1994 | Ausztria, 1989 | 395 m osztrák schilling (ATS) | 2% |
| LEVY, 1995 | Franciaország, 1992 | 11,89 mrd francia frank (FRF) | 2% |
| SEIDELL, 1995 | Hollandia, 1995 | 1 mrd holland forint (NLG) | 4% |
| ODEGAARD et al., 2008 | Svédország, 2008 | 3600 m svéd korona (SEK), ebből 1800 m SEK kórházi szolgáltatás, 2100 m SEK kórházi költségek | 1,9% |
| SWINBURN, 1997 | Új-Zéland, 1991 | 135 m új-zélandi dollár (NZD) | 2,5% |
| DAVIS, 2006 | Ausztrália, 2000 | 636 m ausztrál dollár (AUD) | |
| KOURIS-BLAZOS – WAHLQVIST, 2007 | Ausztrália, 2005 | 1721 ausztrál dollár (AUD) | |

Forrás: TÓTH – NAGY (2009:44)

Megjegyzés: A táblázatban feltüntetett eredmények összehasonlíthatósága korlátozott. Mind a felmért időszakban, mind a felmért populációban és a mérési módszertanban is lehetnek különbségek.

A direkt költségek mellett az *indirekt költségek* emelkedése is világosan látszik: míg az USA-ban 1995-ben „mindössze” 99,2 milliárd dollárt tettek ki e költségek (WOLF – COLDITZ, 1998), 2000-re már 117 (WELLMAN – FRIEDBERG, 2002), 2003-ra pedig 123 milliárd dollárra emelkedtek (ENDOCRINE SOCIETY AND HORMONE FOUNDATION, 2008,



idézi SZÜCS, 2011). Kínában az indirekt költségek 2000-ben a GDP 3,58%-át tették ki, 2025-re várhatóan ez az arány eléri a 8,73%-ot (POPKIN et al., 2006).

Több kutatás bemutatta, hogy az elhízás – a betegségek és a munkaképtelenség gyakoribb előfordulása miatt – összefügg a munkahelyi hiánnyal és a munkanélküliséggel (NARBRO et al., 1996; SARLIO-LACHTEENKORVA – LAHELMA, 1999; BUNGUM et al., 2003; MORRIS, 2006; TROGDON et al., 2008; NEOVIUS et al., 2009), DIBONAVENTURA et al. (2015) pedig 20%-os munkatermelékenység-csökkenést mutatott ki az elhízottak körében. Mindezek pedig az egyéni jövedelmek csökkenésével járnak, egy dán kutatás (KJELLBERG et al., 2017) szerint például a 30-as BMI fölött a BMI emelkedése minden egyes pont esetén 2%-os jövedelemcsökkenéssel jár együtt, ami 442 eurót jelent évente. Ennek pedig nem csak egyéni, de társadalmi következményei is vannak. Ausztrál adatok alapján az indirekt költségek emelkedésében szerepet játszik az elhízott betegek kiesett munkaidejének tekintetében a bekövetkezés gyakorisága (17%-kal gyakoribb a távollétük, mint a nem elhízottaké) és átlagos hossza (3,8 nap átlagos távollét az elhízottak esetén vs. 3 nap a nem elhízottak esetén). Az obezitásnak köszönhetően a 45–64 év közöttiek korcsoportjában 8%-kal kevesebben dolgoznak az elhízottak közül, mint a nem elhízottak közül, a teljes munkaidejű foglalkoztatás pedig 20%-kal alacsonyabb az első csoport esetén. Mindezek következtében évente mintegy 4,25 millió munkanap esik ki Ausztráliában az elhízás miatt, ami jelentős gazdasági terhet jelent a vállalatok és a társadalom számára egyaránt (KOURIS-BLAZOS – WAHLQVIST, 2007).

A munkával összefüggő indirekt költségek mellett érdemes megemlíteni a szociális transzferek emelkedését is az elhízás következtében (Dániában ez 3%-os emelkedést jelent BMI-pontonként 30-as BMI fölött, évente ez 262 euró/fő⁵), ezen belül is elsősorban a rokkantnyugdíjat (6%/BMI-pont-emelkedés 30-as BMI fölött) és a társadalombiztosítási költségeket (5%/BMI-pont-emelkedés 30-as BMI fölött) (KJELLBERG et al., 2017). Meg kell ugyanakkor említeni, hogy a korai nyugdíjazással és a gyermekekkel kapcsolatos juttatások Dániában BMI-pontonként 3, illetve 1%-kal csökkennek az elhízottak körében. Ennek oka, hogy az elhízott személyek sokszor nem érik el a korai nyugdíjazás alsó korhatárát egészségügyi problémáik miatt, így egyéb szociális transzferekre (pl. rokkantnyugdíjra) lesznek jogosultak; illetve az elhízott nők kevesebb gyermeket szülnek a reprodukzív és terhességi komplikációk miatt (KJELLBERG et al., 2017).

A direkt és indirekt költségek emelkedéséből következően a teljes kiadás is világszerte növekvő trendet mutat. 1970 és 2004 között az obezitás/túlsúly költségei például az USA-ban dekádonként megkétszereződtek (WANG et al., 2008). A diabétesz terjedését fő kockázati tényezőjének, az obezitásnak további rohamos növekedése pedig oly mértékben felgyorsíthatja, hogy például az Ausztrália esetén 2051-re előre jelzett 2,5-szeres betegszámnövekedés akár 3,5-szeres is lehet, amely a 2000-ben mért költségeket (636 millió ausztrál dollár) 3,7-szeresére emelheti (DAVIS et al., 2006). A költségek emelkedése nem csupán a felnőtt társadalomra jellemző, az elhízással összefüggő betegségek kórházi ápolásának költsége a gyermekek körében az USA-ban például 1979 és 1999 között több mint háromszorosára (2001-es konstans árakon számolva 35 millió dollárról 127 millió dollárra, az összes kórházi költségek 0,43%-áról 1,71%-ára) emelkedett (WANG – DIETZ, 2002).

⁵ KJELLBERG et al. (2017) Dániában végzett kutatása jól szemlélteti az elhízás indirekt költségeinek viszonyát a direkt költségekhez: míg az előbbi magába foglalja a jövedelemcsökkenést (442 euró/fő a BMI egy pontos emelkedésével 30-as BMI fölött) és a szociális transzfereket (262 euró/fő a BMI egy pontos emelkedésével a 30-as BMI fölött), az utóbbi a direkt egészségügyi kiadásokat (136 euró/fő a BMI egy pontos emelkedésével a 30-as BMI fölött), melyek az indirekt költségek töredékét teszik ki, így jelentősen alábecsülik az elhízás valós költségeit.



Mindezek alapján az elhízással összefüggő betegségek jelenlegi 6–8%-os részesedése az összes egészségügyi ráfordításokból várhatóan tovább fog növekedni a jövőben. Ebben főszerepet játszik az, hogy a gyermekkori és fiatalkori elhízás és a súlyosan elhízott betegek arányának további növekedése miatt feltehetően a jövőbeli költségek alulbecsültek (TÓTH – NAGY, 2009).

A helyzet Magyarországon sem kedvezőbb, a hazai trend megfelel a nemzetközi trendeknek (SZÚCS, 2011). A magyar arányokat tekintve a 2. táblázat tartalmazza a – 2012-es adatokra vonatkozó – becsléseket (ISKI – RURIK, 2014). A becsléseknél a szerzők mértékadó prevalenciaadatokat használtak, a túlsúlyosoknak és elhízottaknak a cukorbetegség körében 80%-os, a hipertóniában szenvedőknél – igen mértéktartóan – 60%-os arányú előfordulását feltételezve, így a vonatkozó költségek ilyen arányát figyelembe véve az elhízással összefüggő összköltség kalkulációjánál. A direkt költségek közül számba vették a szakellátásra, a fekvőbeteg-intézeti vizsgálatokra, a gyógyászati segédeszközökre és a felírt vényekre költött társadalombiztosítási támogatás nagyságát. A beteg által fizetett térítési díjak (gyógyászati segédeszközök, gyógyszerek) a személyes költségek részét képezik (ISKI – RURIK, 2014). A táppénz mint indirekt költség jelent meg az összesítésben.

Ahogy az a 2. táblázat adataiból látszik, ISKI és RURIK (2014) kalkulációja alapján az elhízott vagy túlsúlyos betegek állami ellátásának költsége 2012-ben legalább 207 milliárd Ft volt, ami a teljes E-Alap kiadásainak 11,6%-át és a bruttó hazai termék 0,73%-át tette ki. A betegek hozzájárulása a kezeléshez legkevesebb közel 22 milliárd Ft-ot igényelt. Figyelembe véve az elhízottaknál nagyobb arányban kialakuló és nagyobb kezelési költséget jelentő betegségeket, továbbá az esetlegesen magasabb incidenciarányt, a közkiadások ennél lényegesen nagyobbak lehettek (valószínűleg elérték az összes egészségügyi közkiadás 15–18%-át, illetve a bruttó hazai termék legalább 1%-át). Sőt, mivel a kalkulációból kimaradtak a személyes költségekből a háztartások terhei (ugyanis például a túlsúlyos felnőttek és gyermekek többlet hiányoznak az iskolából és a munkahelyről, képzésük, étkezésük, ruházatuk is költségesebb lehet), illetve számos indirekt költség is (csupán a táppénz került számbavételre), az elhízás összes költsége még ennél is magasabb lehet. A személyes kiadások – óvatos becslés szerint – elérhetik a közkiadások 15%-át (ISKI – RURIK, 2014). Más becslések szerint a – viszonylag jól kalkulálható – direkt költségek az összköltségeknek csupán 40%-át teszik ki, a maradék 60%-ért pedig az indirekt, illetve személyes költségek a felelősek (HALMY, 2003). Ez azt jelenti, hogy 2012-ben az indirekt és személyes költségek – óvatos becslés szerint is – elérték a 461,4 milliárd Ft-ot, az összköltségek pedig ez alapján a 769 milliárd Ft-ot, amely a bruttó hazai termék (KSH, 2018) 2,67%-a volt. A WTO mérései alapján az indirekt költségek a direkt költségeknek legalább kétszeresét teszik ki (TÓTH – NAGY, 2014), de egyesek szerint akár a háromszorosát is elérhetik (MNSZ, 2018), és ehhez jönnek még a személyes költségek. Ezen arányok alapján önmagukban az indirekt költségek elérték akár a 615,1–922,7 milliárd Ft-ot, melyhez a közkiadások 15%-ával számítva 46,2 milliárd Ft személyes költség járult, így összesen 2012-ben az elhízás 968,9–1276,5 milliárd Ft terhet jelentett a magyar gazdaság számára, ami a GDP 3,37–4,44%-át tette ki.



2. táblázat: Az elhízásra, diabetes-re és hypertoniára kalkulált költségek, az országosan összesített egészségbiztosítói kifizetésekre és beteg által fizetett térítési díjakra bontva (millió Ft)

| | Tb-támogatás | | | | | | | Beteg által fizetett | | | |
|------------------------|--------------|--------|--------|-------|----------|---------|----------------|----------------------|-------|--------|---------------|
| | Direkt | | | | Indirekt | Összes | Kalkuláció | Személyes | | Összes | Kalkuláció |
| | Fekvő | Járó | Vény | Gyse | Táppénz | | | Vény | Gyse | | |
| Elhízás | 10 023 | 550 | 17 | 3 | 1 | 10 594 | 10 594 | 11 | 1 | 12 | 12 |
| Diabetes | 55 712 | 2 851 | 28 859 | 5 587 | 101 | 93 110 | 74 488 | 5 342 | 1 193 | 6 535 | 5 228 |
| Magas vérnyomás | 160 965 | 7 019 | 35 946 | 34 | 13 | 203 977 | 122 386 | 27 591 | 7 | 27 598 | 16 558 |
| Összesen | 226 700 | 10 420 | 64 822 | 5 624 | 115 | 307 681 | 207 468 | 32 944 | 1 201 | 34 145 | 21 799 |

Forrás: ISKI – RURIK (2014) alapján saját javítás, kiegészítés

Megjegyzés: Gyse = gyógyászati segédeszköz

Az elhízás költségeivel kapcsolatos nemzetközi szakirodalom második irányát a *költséghatékonysági vizsgálatok* képezik, melyek az obezitás kezelési lehetőségeit azok eredményessége és a felmerülő költségeik összevetése alapján értékelik (TÓTH – NAGY, 2009). Az AVENELL et al. (2004) által összegyűjtött költséghatékonysági vizsgálati eredmények (3. táblázat) alapján megállapítható, hogy Nagy-Britanniában a magas kockázatú egyének gyógyszeres vagy műtéti kezelése által egy minőségi életév (QALY) elérésének a költsége 13 000 GBP alatt volt, a 2-es típusú diabeteszesek metformin-terápiájának is volt költségmegtakarító hatása, a súlyosan elhízott és glükózintorelans betegek célzott műtéti terápiája esetén 2329 GBP-nak adódott egy megmentett életév költsége, végül a diéta és mozgás eredményeképpen a csökkent glükóztolerancia esetén ugyan magas az egy minőségi életévre jutó kezdeti költség, de hosszú távon (6 év) költséghatékonynak bizonyult a beavatkozás (13 389 GBP/QALY).

Az elhízás költségeinek *egyéb, alternatív megközelítései* között érdemes megemlíteni a munkahelyi elhízással kapcsolatos programok eredményességének vizsgálatára készült ROI (return-on-investment)-modellezést (BAKER et al., 2008), mely feltárta, hogy az ilyen programok hatására csökkentek az egészségügyi kockázatok az USA-ban. Emellett a szerzők megtakarításokat is tapasztaltak, melyek az egészségügyi ráfordítások csökkenéséből (59%) és a javuló produktivitásból adódnak (41%).



3. táblázat: Nemzetközi költséghatékonysági eredmények

| Cél (modellezett) populáció | Beavatkozás | Komparátor / követés | Modellezés időhorizontja | Év | Ország | Eredmény | Egységnyi eredményjavulás költsége 2001-es GBP-értéken |
|---|------------------------------|-------------------------|------------------------------|------|------------|----------|--|
| 2-es típusú diabéteszes, elhízottak (LAMOTTE, 2002) | | | | | | | |
| Nincs komplikáció | Orlistat | Diéta (nem specifikált) | 10 év | 2000 | Belgium | Életévek | 12 760 |
| Hypercholesterolaemia | Orlistat | Diéta (nem specifikált) | 10 év | 2000 | Belgium | Életévek | 4 733 |
| AHT | Orlistat | Diéta (nem specifikált) | 10 év | 2000 | Belgium | Életévek | 4 721 |
| Hypercholesterolaemia és AHT | Orlistat | Diéta (nem specifikált) | 10 év | 2000 | Belgium | Életévek | 2 212 |
| Morbidan elhízott betegek (CLEGG, 2002; SEGAL, 1998) | | | | | | | |
| BMI \geq 45 kg/m ² | Vertical banded gastroplasty | Nincs súlycsökkenés | 20 év | 2000 | UK | QALY | 10 432 |
| BMI \geq 45 kg/m ² | Adjustable gastric banding | Nincs súlycsökkenés | 20 év | 2000 | UK | QALY | 8 689 |
| BMI \geq 45 kg/m ² | Roux-en-Y gastric bypass | Nincs súlycsökkenés | 20 év | 2000 | UK | QALY | 6 408 |
| BMI \geq 45 kg/m ² vagy 45 kg súlytöbblet, 10% IGT, 90% NGT | Gastric bypass műtét | Nincs terápia | 25 év | 1997 | Ausztrália | Életévek | 6 277 |
| BMI \geq 45 kg/m ² vagy 45 kg súlytöbblet IGT-vel | Gastric bypass műtét | Nincs terápia | 25 év | 1997 | Ausztrália | Életévek | 2 329 |
| Súlyosan elhízott betegek (SEGAL, 1998) | | | | | | | |
| 100% IGT | VLCD és egyéni terápia | Nincs terápia | 25 év | 1997 | Ausztrália | Életévek | Költségmegtakarítás |
| 10% IGT, 90% NGT | VLCD és egyéni terápia | Nincs terápia | 25 év | 1997 | Ausztrália | Életévek | 1 316 |
| 2-es típusú diabéteszesek (CLARKE, 2001) | | | | | | | |
| >120% IBW vagy BMI>kb. 25,6 kg/m ² | Metformin | Diéta | Medián követési idő: 10,7 év | 1997 | UK | Életévek | Költségmegtakarítás |
| Kardiovaszkuláris betegség magas rizikójú csoportja (SALKELD, 1997) | | | | | | | |
| Diasztolés vérnyomás >95 Hgmm vagy összes koleszterin>6,5 mmol/l (átlagos BMI >30 kg/m ²) | Oktatóvideó | Nincs terápia | Élethossz | 1994 | Ausztrália | QALY | 17 386 |

Forrás: AVENELL et al. (2004) alapján saját kiegészítés

3. Összefoglalás

A túlsúlyosságból és elhízásból származó egészségügyi kiadások drasztikus emelkedése napjaink legégetőbb egészségügyi és már-már finanszírozhatatlan gazdasági problémájává nőtte ki magát, mely az érintettek növekvő aránya mellett azzal magyarázható, hogy az



elhízással küzdők átlagos kezelési költségei, illetve a hozzájuk kapcsolódó egészségügyi kiadások jelentősen meghaladják a normális testsúlyúakét.

Az elhízás gazdasági terheinek szisztematikus feltárására a nemzetközi és hazai szakirodalomban egyaránt leggyakrabban alkalmazott módszer a betegségteher-vizsgálat (Cost of Illness – COI), mely az elhízás kapcsán felmerülő direkt, indirekt és személyes költségeket számszerűsíti és összegzi (TÓTH – NAGY, 2009). A direkt költségekbe olyan költségelemek tartoznak, mint a megelőzés, az alap-, szakellátási és fekvőbeteg-intézeti vizsgálatok, kezelések (rehabilitációs is) és gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök állami költségei. Az indirekt költségek közé tartozik az elhízás miatti kisebb termelékenység, csökkent munkaképesség, a munkahelyi hiányzás, a keresőképtelenség miatt kieső jövedelem, a táppénz, a rokkantnyugdíj, illetve az idő előtti elhalálozás miatt kieső jövedelem. A személyes költségek a beteg terheit jelentik, többek között a gyógyszerek árának rá eső részét, a speciális műtétek árát, az ápolás, elhelyezés, szállítás és a megfelelő ruházat plusz költségeit.

Összességében elmondható, hogy a legkönnyebben mérhető direkt költségek az indirekt és személyes költségek töredékét teszik csak ki, így jelentősen alábecsülik az elhízás valós költségeit. Magyarországon egy 2012-es – mértéktartó prevalenciaadatokra építő – becslés (ISKI – RURIK, 2014) alapján az elhízás költségei összességében elérhetik a GDP 2,67–4,44%-át, így az elhízás elleni küzdelem nemzetgazdasági prioritás kell, hogy legyen.

4. Köszönetnyilvánítás

A publikáció elkészítését az EFOP-3.6.2-16-2017-00003 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

5. Irodalomjegyzék

- Ács P. – Paár D. – Hécz R. M. – Stocker M. (2012): A metabolikus betegségek és a fizikai inaktivitás pénzügyi terhei és megtakarítási lehetőségei az Országos Egészségbiztosítási Pénztár költségvetésében. In: Szóts G. (szerk.) (2012): A fittség mértéke, mint a megbetegedések rizikóját befolyásoló tényező. Magyar Sporttudományi Füzetek IV. Akadémiai Kiadó, Budapest, 160–180.
- Andreyeva, T. – Sturm, R. – Ringel, J. S. (2004): Moderate and severe obesity have large differences in health care costs. *Obesity Research*. 12 (2) 1936–1943. <https://doi.org/10.1038/oby.2004.243>
- Avenell, A. – Broom, J. – Brown, T. J. – Poobalan, A. – Aucott, L. – Stearns, S. C. – Smith, W. C. S. – Jung, R. T. – Campbell, M. K. – Grant, A. M. (2004): Systematic review of the longterm effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvement. *Health Technology Assessment*. 8 (21) 1–182. <https://doi.org/10.3310/hta8210>
- Bahia, L. – Freire Coutinho, E. S. – Barufali, L. A. – de Azevedo Abreu, G. – Malhão, T. A. – Ribeiro de Souza, C. P. – Araujo, D. V. (2012): The costs of overweight and obesity-related diseases in the Brazilian public health system: cross-sectional study. *BMC Public Health*. 12 (1) 440–446. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-440>
- Baker, K. M. – Goetzl, R. Z. – Pei, X. – Weiss, A. J. – Bowen, J. – Tabrizi, M. J. – Nelson, C. F. – Metz, R. D. – Pelletier, K. R. – Thompson, E. (2008): Using a return-on-investment estimation model to evaluate outcomes from an obesity management



- worksite health promotion program. *Journal of Occupational Environmental Medicine*. 50 (9) 981–990. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e318184a489>
- Branca, F. – Nikogosian, H. – Lobstein, T. (eds.) (2007): The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. WHO, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98243/E89858.pdf (Letöltés dátuma: 2018.06.28.)
- Bungum, T. – Satterwhite, M. – Jackson, A. W. – Morrow, J. R. (2003): The relationship of body mass index, medical costs, and job absenteeism. *American Journal of Health Behavior*. 27 (4) 456–462.
- Byrne, D. (2004): Enabling Good Health for all – A reflection process for a new EU Health Strategy. European Commissioner for Health and Consumer Protection, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/byrne_reflection_en.pdf (Letöltés dátuma: 2019.03.30.)
- Civilhetes (2018): Százmilliárdokat visz el Magyarországon az elhízás: Közös harc az elhízás ellen egy egészségesebb Európáért. Civilhetes, <https://civilhetes.net/szazmilliardokat-visz-el-magyarorszagon-az-elhizas> (Letöltés dátuma: 2018.06.28.)
- Clarke, P. – Gray, A. – Adler, A. – Stevens, R. – Raikou, M. – Cull, C. – Stratton, I. – Holman, R. (2001): Cost-effectiveness analysis of intensive blood-glucose control with metformin in overweight patients with Type II diabetes (UKPDS no. 51). *Diabetologia*. 44 (3) 298–304.
- Clegg, A. J. – Colquitt J. – Sidhu, M. K. – Royle, P. – Loveman, E. – Walker, A. (2002): The clinical effectiveness and cost-effectiveness of surgery for people with morbid obesity: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*. 6 (12) 1–153.
- Colditz, G. A. (1992): Economic costs of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*. 55 (Suppl 2) 503s–507s. <https://doi.org/10.1093/ajcn/55.2.503s>
- Davis, W. A. – Knuiaman, M. W. – Hendrie, D. – Davis, T. M. (2006): The obesity-driven rising costs of type 2 diabetes in Australia: projections from the Fremantle Diabetes Study. *International Medicine Journal*. 36 (3) 155–161. <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2006.01014.x>
- DiBonaventura, M. – Lay A. L. – Kumar, M. – Hammer, M. – Wolden, M. L. (2015): The association between body mass index and health and economic outcomes in the United States. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 57 (10) 1047–1054. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000539>
- EU (2014): EU Action Plan on Childhood Obesity 2014–2020. Európai Unió, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf (Letöltés dátuma: 2018.06.27.)
- Eurostat (2018): Government expenditure on health. Eurostat, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Government_expenditure_on_health (Letöltés dátuma: 2018.06.29.)
- Fadgyas-Freyler P. – Korponai Gy. (2016): Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár beteghez köthető természetbeni kiadásai a 2015. év során. *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*. 15 (99: Egészség-gazdaságtan Különszám) 6–12.
- Finke, M. S. – Huston, S. J. (2007): Low-cost obesity interventions: The market for foods. *Low-Cost Approaches to Promote Physical and Mental Health*. Springer, New York, 73–86.



- Finkelstein, E. A. – Fiebelkorn, I. C. – Wang, G. (2003): National medical spending attributable to overweight and obesity: how much, and who's paying? *Health Affairs*. 22 (Suppl 1: Web Exclusives) W3-219–W3-226. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.w3.219>
- Finkelstein, E. A. – Kosa, K. M. (2003): Use of incentives to motivate healthy behaviors among employees. *Gender Issues*. 21 (3) 50–59. <https://doi.org/10.1007/s12147-003-0005-0>
- Freijer, K. (2017): Health Economics & Nutrition Economics: Cost & cost-effectiveness nutrition therapy. EFAD Conference, 30 September, 2017, <http://www.fightmalnutrition.eu/wp-content/uploads/2017/10/Karen-Freijer-Nutrition-Economics-EFAD-30-Sept-2017-.pdf> (Letöltés dátuma: 2018.06.19.)
- Halmy L. (2006): Az egészségpolitika új kihívása az elhízás epidémiája. *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*. 5 (2) 14–18.
- Halmy L.-né (2003): Az elhízás jelentősége, gazdasági hatásai és prevenciójának lehetőségei. Folpress Kiadó és Nyomdaipari Kft., Budapest
- Iski G. – Rurik I. (2014): Becslések a túlsúly és az elhízás hazai gazdasági terheiről. *Orvosi Hetilap*. 155 (35) 1406–1412. <https://doi.org/10.1556/OH.2014.29902>
- Józwiak Á. – Hagymásy J. – Kaló Z. (2010): Az obesitás betegségterhe. In: Császár, A. (szerk.) (2010): *Obezitás. Elmélet és klinikum*. TEVA Magyarország Zrt., Budapest, 269–280.
- Kaló Z. – Jermendy Gy. – Winkler G. – Hidvégi T. – Borsi A. – Novákné Pékli M. – Kincses J. – Kalotai Z. – Vokó Z. (2011): A cukorbetegség társadalmi terhe és egészségügyi prioritásának indoka. *Diabetologia Hungarica*. 19 (3) 245–251.
- Kjellberg, J. – Larsen, A. T. – Ibsen, R. – Højgaard, B. (2017): The Socioeconomic Burden of Obesity. *Obesity Facts*. 10 (5) 493–502. <https://doi.org/10.1159/000480404>
- Kok, L. – Scholte, R. (2014): Malnutrition underestimated: The costs of malnutrition and the return on medical nutrition. SEO Economic Research, Amsterdam, http://www.seo.nl/uploads/media/2014-11a_Malnutrition_underestimated.pdf (Letöltés dátuma: 2018.06.29.)
- Kouris-Blazos, A. – Wahlqvist, M. L. (2007): Health economics of weight management: evidence and cost. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 16 (Suppl 1) 329–338.
- KSH (2018): 3.1.1. A bruttó hazai termék (GDP) értéke és volumenindexei (2000–). Központi Statisztikai Hivatal, http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qpt001.html (Letöltés dátuma: 2019.04.06.)
- Lamotte, M. – Annemans, L. – Lefever, A. – Nechelpu, M. – Masure, J. (2002): A health economic model to assess the longterm effects and cost-effectiveness of orlistat in obese type 2 diabetic patients. *Diabetes Care*. 25 (2) 303–308. <https://doi.org/10.2337/diacare.25.2.303>
- Levy, E. – Levy, P. – Le Pen, C. – Basdevant, A. (1995): The economic cost of obesity: The French situation. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. 19 (11) 788–792.
- Ljungqvist, O. – de Man, F. (2009): Under nutrition – a major health problem in Europe. *Nutrición Hospitalaria*. 24 (3) 369–370.
- Lobstein, T. – Jackson-Leach, R. – Moodie, M. L. – Hall, K. D. – Gortmaker, S. L. – Swinburn, B. A. – James, W. P. T. – Wang, Y. – McPherson, K. (2015): Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *The Lancet*. 385 (9986) 2510–2520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61746-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61746-3)
- Maggio, A. B. – Martin, X. E. – Gasser, C. S. – Gal-duding, C. – Beghetti, M. – Farpour-Lambert, N. J. – Chamay-Weber, C. (2014): Medical and non-medical complications



- among children and adolescents with excessive body weight. *BMC Pediatrics*. 14 (1) 232. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-232>
- MNSZ (2018): Az elhízás járványszerű terjedése. Magyar Nemzeti Szívalapítvány, <http://www.mnsza.hu/elhizas/jarvany.php> (Letöltés dátuma: 2018.06.29.)
- Morris S. (2006): Body mass index and occupational attainment. *Journal of Health Economics*. 25 (2) 347–364. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2005.09.005>
- Narbro, K. – Jonsson, E. – Larsson, B. – Waaler, H. – Wedel, H. – Sjoström, L. (1996): Economic consequences of sick-leave and early retirement in obese Swedish women. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. 20 (10) 895–903.
- Neovius, K. – Johansson, K. – Kark, M. – Neovius, M (2009): Obesity status and sick leave: a systematic review. *Obesity Reviews*. 10 (1) 17–27. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2008.00521.x>
- Odegaard, K. – Borg, S. – Persson, U. – Svensson, M. (2009): The Swedish cost burden of overweight and obesity evaluated with the PAR approach and a statistical modelling approach. *International Journal of Pediatric Obesity*. 3 (Suppl.1) 51–57.
- Popkin, B. M. – Kim, S. – Rusev, E. R. – Du, S. – Zizza, C. (2006): Measuring the full economic costs of diet, physical activity and obesity-related chronic diseases. *Obesity Reviews*. 7 (3) 271–93. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2006.00230.x>
- Sachs, J. D. (2001): Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macro-economics and Health. WHO, <http://www1.worldbank.org/publicsector/pe/PEAMMarch2005/CMHReport.pdf> (Letöltés dátuma: 2018.06.28.)
- Salkeld, G. – Phongsavan, P. – Oldenburg, B. – Johannesson, M. – Convery, P. – Graham-Clarke, P. – Walker, S. – Shaw, J. (1997): The cost-effectiveness of a cardiovascular risk reduction program in general practice. *Health Policy*. 41 (2) 105–119. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(97\)00015-8](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(97)00015-8)
- Sarlio-Lahteenkorva, S. – Lahelma, E. (1999): The association of body mass index with social and economic disadvantage in women and men. *International Journal of Epidemiology*. 28 (3) 445–449. <https://doi.org/10.1093/ije/28.3.445>
- Segal, L. – Carter, R. – Zimmet, P. (1994): The cost of obesity. The Australian perspective. *PharmacoEconomics*. 5 (Suppl.1) 45–52. <https://doi.org/10.2165/00019053-199400051-00009>
- Segal, L. – Dalton, A. C. – Richardson, J. (1998): Cost-effectiveness of the primary prevention of noninsulin dependent diabetes mellitus. *Health Promotion International*. 13 (3) 197–209. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.3.197>
- Seidell, J. C. (1995): The impact of obesity on health status: Some implications for health care costs. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*. 19 (Suppl.6) S13–S16.
- Swinburn, B. – Ashton, T. – Gillespie, J. – Cox, B. – Menon, A. – Simmons, D. – Birkbeck, J. (1997): Health care costs of obesity in New Zealand. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*. 21 (10) 891–896. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0800486>
- Szűcs R. S. (2011): A fiatalok által fogyasztott néhány élelmiszeripari termék marketing és fogyasztóvédelmi szempontú vizsgálata. Doktori (PhD) értekezés, Debreceni Egyetem, Ihrig Károly Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola, Debrecen
- Szűcs R. S. (2012): Ki a felelős? – Áttekintés a gyermekkori elhízásról. *E-Conom*. 1 (1) 92–103.



- Tóth E. – Nagy B. (2014): Az elhízás egészség-gazdaságtani megközelítése. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 47 (4) 41-48.
- Trogon, J. G. – Finkelstein, E. A. – Hylands, T. – Dellea, P. S. – Kamal-Bahl, S. J. (2008): Indirect costs of obesity: a review of the current literature. *Obesity Reviews*. 9 (5) 489–500. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2008.00472.x>
- Wang, Y. – Beydoun, M. A. – Liang, L. – Caballero, B. – Kumanyika, S. K. (2008): Will all Americans become overweight or obese? Estimating the progression and cost of the US obesity epidemic. *Obesity*. 16 (10) 2323–2330. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.351>
- Wang, G. – Dietz, W. H. (2002): Economic burden of obesity in youths aged 6 to 17 years: 1979–1999. *Pediatrics*. 109 (5) 81. <https://doi.org/10.1542/peds.109.5.e81>
- Wellman, N. – Friedberg, B. (2002): Causes and consequences of adult obesity: health, social and economic impacts in the United States. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 11 (Suppl.) S705–S709. <https://doi.org/10.1046/j.1440-6047.11.s8.6.x>
- WHO (2010): Global Status Report on Non-Communicable Diseases 2010. World Health Organization, http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/ (Letöltés dátuma: 2018.06.22.)
- Wolf, A. M. – Colditz, G. A. (1998): Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. *Obesity Research*. 6 (2) 97–106. <https://doi.org/10.1002/j.1550-8528.1998.tb00322.x>
- Zhang, P. – Li, R. (2008): Economic aspects of obesity. In: Bray, G. A. – Bouchard, C. (eds.): *Handbook of obesity. Clinical applications*. 3rd edition. Informa Healthcare, New York, London, 607–630.



Az elhízás és a túlsúly okai, következményei és kezelésének lehetséges irányai

KONTOR ENIKŐ

*PhD, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
kontor.eniko@econ.unideb.hu*

KISS MARIETTA

*PhD, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
kiss.marietta@econ.unideb.hu*

Absztrakt

Globális tendenciák az elhízás világméretű járványként való elterjedésére utalnak, melyet mi sem jelez jobban, minthogy 2014-ben a felnőttek több mint 50%-a túlsúlyos vagy elhízott volt. Magyarországon még ennél is magasabb az arány, a felnőtt lakosság kétharmada tartozik ebbe a kategóriába. Az elhízás mögött számos életmódbeli tényező felsorolható, de az egyik legfontosabb rizikófaktorként a helytelen táplálkozási szokásokat lehet megnevezni, melyben társadalmi szinten egyenlőtlenségek fedezhetők fel. Az obezitás számos krónikus betegség előidézője, és mint ilyen, a haláloki tényezők között is előkelő helyet foglal el. A kiváltó okok tanulmányozása során kutatások rávilágítottak, hogy az egyéni, mikrokörnyezeti tényezőkn túl nem szabad eltekintenünk a makrokörnyezeti tényezők befolyásoló szerepéről sem, így a probléma megoldására irányuló stratégiáknak a környezet és a társadalmi normák megváltoztatásán kell alapulniuk. További fontos megállapítás, hogy a világszervezetek, kormányok és az egyes szektorok (kereskedelem, élelmiszeripar, média, egészségügy) együttes megmozdulására van szükség, hiszen az elszigetelt intézkedések nem képesek megállítani ezt a negatív tendenciát.

Kulcsszavak: elhízás, krónikus betegségek, obezogén környezet



1. Bevezetés

A helytelen táplálkozásból fakadó betegségek Európában mintegy 33 millió embert érintenek. Míg a kevésbé fejlett országokban jellemzően az alultápláltság, a mikrotápanyagok hiánya jelenti a fő problémát, addig a fejlett országokban (így Magyarországon is) az elhízás és túlsúly az, ami nagyon nagy társadalmi-gazdasági terhekkel jár.

Az elhízás majdnem ugyanakkora költségeket ró a világra, mint a dohányzás és a fegyveres konfliktusok, nagyobb terhet jelent, mint akár az alkoholizmus, akár a klímaváltozás – állapítja meg egy amerikai kutatás, mely az elhízás legyőzésének stratégiáit is vizsgálta. Az elhízás egyike annak a három legsúlyosabb társadalmi tehernek, amelyet az ember okozott – írja tanulmányában az amerikai McKinsey Kutatóintézet (DOBBS et al., 2014).

Azok a globális tendenciák, melyek az elhízás világméretű, szinte járványként való elterjedésére utalnak, világosan jelzik, hogy a McKinsey Kutatóintézet megállapításai egyáltalán nem túlzóak. A helyzet elszomorító és egyben ijesztő is az emberiség jövőjére nézve. Az elhízás aránya a világon megkétszereződött 1980 és 2014 között. 2014-ben több mint 1,9 milliárd felnőtt volt túlsúlyos, 600 millió pedig elhízott, ami azt jelenti, hogy a világon a felnőttek 39 százaléka túlsúlyos, 13 százaléka elhízott volt. Szomorú tény, hogy az elhízottak aránya Európán belül hazánkban a legmagasabb, világviszonylatban pedig a negyedik helyen állunk ezen a negatív ranglistán. Természetesen az elhízás mögött nem csak a helytelen táplálkozási szokások állnak. Számos más tényező, mint például az ülőmunka, fizikai aktivitás hiánya, vagy a stresszes életmód is a kiváltó okok között található, csak néhányat említve. Mégis talán az egyik legfontosabb rizikófaktorként a megváltozott életmódhoz nem igazodó étkezési szokásokat lehet megnevezni, így ez a tanulmány is e témakört járja körül.

2. Az elhízás és túlsúly mint világméretű probléma

WALPOLE és munkatársai (2012, idézi RURIK, 2015) látványos összehasonlítást és kalkulációt végeztek az emberiség megnövekedett összsúlyáról. A Földön 2005-ben a humán biomassa tömege 287 millió tonna volt, amelyből 15 millió tulajdonítható a túlsúlynak ($BMI > 25 \text{ kg/m}^2$), míg az elhízásnak ($BMI > 30 \text{ kg/m}^2$) betudható többlet-tömeg 3,5 millió tonna, ami 56 millió átlagos antropometriai paraméterekkel rendelkező ember súlyának felel meg. Míg Észak-Amerika a Föld lakosságának 6%-át képviseli, az elhízás következtében kialakult biomassa 34%-a él ott. Ázsiában az emberiség 61%-a él, de az elhízás miatti többlet itt csak 13%. Egy tonna emberi biomassa 12 észak-amerikai vagy 17 ázsiai felnőttből tevődne össze. Az elhízott emberek többletfogyasztása miatt – táplálékigény szempontjából – ez azt jelenti, mintha még további félmilliárd ember élne a Földön (RURIK, 2015).

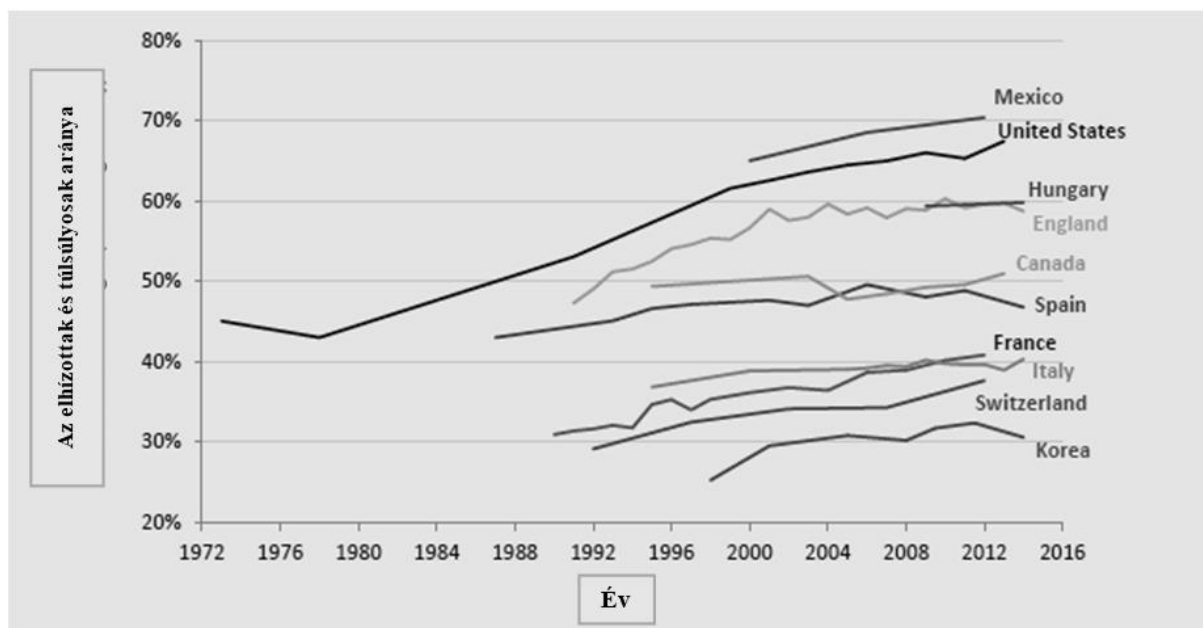
Az OECD adatai szerint (az OECD országokon belül) 2015-ben a felnőtt lakosság 19,5%-a volt elhízott. Az országok között persze jelentős eltérések vannak. Az elhízottak teljes populáción belüli rátája kevesebb mint 6%-tól (Korea és Japán) akár több mint 30%-ig terjedhet, mely a magyar, új-zélandi, mexikói és észak-amerikai lakosságra jellemző. Négy felnőttből legalább egy elhízott Ausztráliában, Kanadában, Chilében, Dél-Afrikában és az Egyesült Királyságban (OECD, 2017).

Globálisan az USA, Mexikó és Új-Zéland után a negyedik helyet „szerezte meg” a magyar lakosság az elhízottak arányát tekintve. A világszervezet adatai szerint a magyar felnőttek immár 30 százaléka elhízott, további több mint 30 százalék pedig túlsúlyos. Ez azt jelenti, hogy a magyar lakosság majdnem kétharmada tartozik az elhízott vagy túlsúlyos



kategóriákba. Az Európai Unióban a magyar nők a legelhízottabbak, míg a férfiak a negyedik helyen állnak. Magyarországon a nők körében az elhízás-túlsúly gyakorisága 63%, a férfiak esetében ez az arány 61% (SZÚCS, 2011). ISKI és RURIK (2014) felmérésében ennél még magasabb arányokat talált. Eredményeik szerint a férfiak 40,4%-a, míg a nők 31,3%-a volt túlsúlyos, és elhízottak a férfiak 32,0%-át, a nők 31,5%-át találták.

A jövőbeni tendenciák sem biztatóak. Az OECD legfrissebb jelentése szerint az elhízottak és a túlsúlyosak aránya 1990 óta gyorsan növekedett Angliában, Mexikóban és az Egyesült Államokban, bár elmondható, hogy a növekedés üteme más OECD országokban csökkent. Mindennek ellenére nem jelenthető ki egyértelműen, hogy az elhízás csökkent volna bármely országban (1. ábra).



1. ábra: Az elhízottak és túlsúlyosak arányának növekedése a 15-74 év közötti felnőttek körében

Forrás: OECD (2017)

Megjegyzés: Az ábrában felsorolt országok fentről lefelé haladva: Mexikó, USA, Magyarország, Anglia, Kanada, Spanyolország, Franciaország, Olaszország, Svájc, Korea

A fenti adatok által mutatott ijesztő képet tovább súlyosbítja az OECD előrejelzése, mely szerint az elhízás mint járvány továbbterjed 2030-ig. Az elhízás szintje a várakozások szerint különösen magas lesz az Egyesült Államokban (47%), Mexikóban (39%) és Angliában (35%). Emellett léteznek pozitív előrejelzések is, melyek azt mutatják, hogy például Olaszországban és Koreában a növekedés üteme lelassul, és az említett két országban csak 13%, illetve 9% lesz az elhízottak aránya 2030-ra (OECD, 2017).

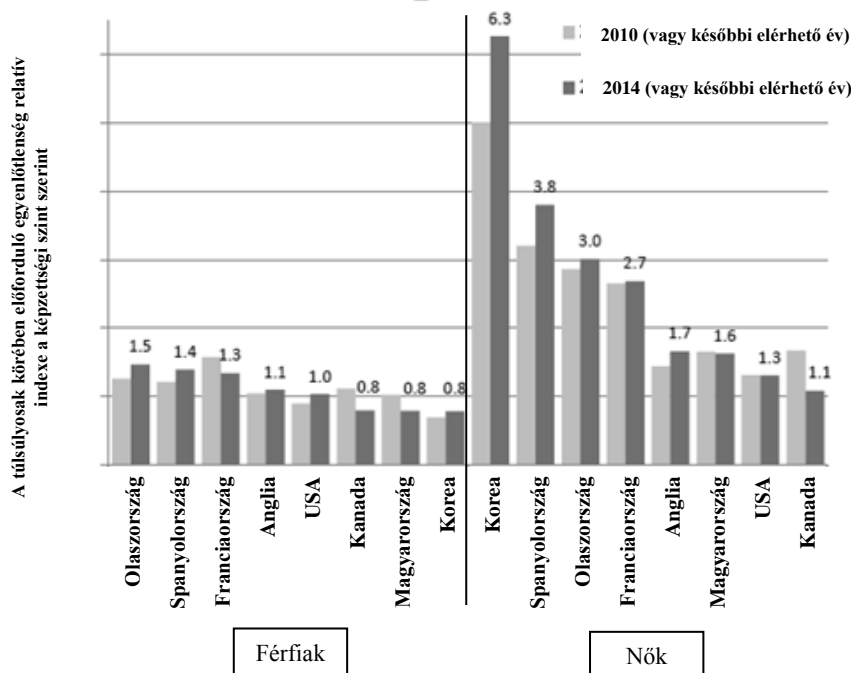
2.1. Az elhízásban és túlsúlyban mutatkozó egyenlőtlenségek

Az elhízás és túlsúly nem egyformán érint minden társadalmi csoportot, és az egyenlőtlenségek a jövőben várhatóan tovább nőnek. Európa legtöbb országában az elhízás gyakoribb a társadalmilag elmaradottabb csoportok körében, azaz az alacsony jövedelműek és műveltségűek, az ellátáshoz nehezen hozzáférők között. A hátrányos helyzetű egyének

különböző társadalmi, pénzügyi és strukturális korlátok közepette nehezebben tudják étrendjüket egészségesen alakítani és a megfelelő fizikai aktivitásra ügyelni. A tápanyagokban gazdag gyümölcs és zöldség ugyanis jóval többbe kerül, mint az ugyanannyi energiát tartalmazó más ételek, ráadásul az alacsony jövedelműek korlátozottabban férnek hozzá a sport- és rekreációs létesítményekhez is (MNSZ, 2018).

Nemek alapján vizsgálva az országok többségében a nők körében magasabb az elhízottak aránya, bár meg kell jegyezni, hogy a férfiak esetében ez az arány egyre növekvő tendenciát mutat. Számos országban végzett felmérések alapján a kevésbé iskolázott nők háromszor-négyszer nagyobb eséllyel lesznek elhízottak, mint a felsőfokú végzettséggel rendelkezők. Ez az eltérés kisebb a férfiak esetén (OECD, 2017) (2. ábra).

Ha munkaerő-piaci aspektusból vizsgáljuk az elhízást, megállapítható, hogy azok egyfajta kölcsönhatásban állnak egymással. Az elhízott embereknek – összehasonlítva normál súlyú társaikkal – rosszabbak a munkalehetőségeik, kisebb valószínűséggel tudnak elhelyezkedni és belépni a munkaerőpiacra. Kiseb a munkatermelékenységük, mivel több napot töltenek távol a munkahelyüktől betegség miatt, ezért megközelítőleg 10%-kal kevesebbet keresnek, mint a normál súlyú foglalkoztatottak. Mindezek következtében egy olyan ördögi körbe kerülnek, melyek tovább mélyítik az egyébként is meglévő társadalmi-egészségügyi egyenlőtlenségeket (OECD, 2017).



2. ábra: A képzettségből adódó egyenlőtlenség túlsúlyosak körében (férfiak és nők)
 Forrás: OECD (2017)

A világszövetség (WHO) felhívta a figyelmet, hogy az elhízás és az alultápláltság egyszerre lehet jelen ugyanabban az országban, közösségben vagy háztartásban is.



3. A helytelen táplálkozás és az elhízás következményeként kialakuló betegségek

Legalább 2,8 millióan halnak meg évente a túlsúly vagy az elhízás következményei miatt a WHO adatai alapján. A világszövetség adatai szerint a nem fertőző betegségek az európai régióban regisztrált haláloknak mintegy 75%-áért felelősek. Az obezitás mind a különböző krónikus betegségek morbiditási kockázatát, mind a mortalitást kedvezőtlenül befolyásolja, mindezek pedig jelentős egészségvesztést okozhatnak. Az elhízás mint a nem fertőző betegségek egyik fő kockázati tényezője emiatt is kiemelten kezelendő, mivel mindezek a várható élettartam és az életminőség csökkenését eredményezik. Az össz-szervi (összes halálokból eredő) halálozás a testtömeg-index változásával J alakú görbét mutat, vagyis a kórosan alacsonyabb testtömeg magasabb halálozási kockázatot jelent, mint a normális testsúly, de a testtömeg növekedésével a mortalitás exponenciális görbét mutatva emelkedik. Különösen magas értékeket (12-szeres kockázatot) kapunk a súlyos (morbid) obezitás csoportjában. Morbid elhízottak körében a hirtelen halál előfordulásának a kockázata 40-szeres (TÓTH – NAGY, 2009).

Az Elhízástudományi Világszövetség (World Obesity Federation) szerint az elhízottaknak a szívbetegségek, az agyvérzés, a diabétesz, a porckopás és a rák egyes típusai nagyobb kockázatával kell számolniuk. Ezeknek a betegségeknek – valamint az ízületek károsodásának, mely hátfájást okozhat, csípő- vagy térdprotézist tehet szükségessé – az éves költsége 2025-re elérheti az 1,2 billió dollárt (315 billió forint) (INFORMED, 2017). A súlytöbblettel összefüggő betegségek bekövetkezésének a kockázatait foglalja össze az *I. táblázat*.

Magyarországon az elhízással kapcsolatban korábban is történtek vizsgálatok az alapellátásban. A 25 kg/m^2 feletti BMI és a mortalitás pozitív kapcsolatban van; 5 kg/m^2 -es BMI-többlet mintegy 30%-kal növeli az általános mortalitást, 40%-kal a keringési rendellenességekhez köthető és 60-120%-kal a diabéteszhez, a vese- és májbetegségekhez köthető elhalálozást. A vérnyomás minden paraméter közül a legszorosabb korrelációban az elhízással van. Normális BMI esetén a hipertonia előfordulását 23% körüli, elhízásban 48%-ra, 35 kg/m^2 BMI felett átlagosan 60%-ra becsüli egy hazai kézikönyv. Az USA lakossága körében a túlsúlyosak 60%-a, az elhízottak 75%-a szenved hypertóniában. Cukorbetegség körében még nagyobb arányú a súlyfelesleg, 35 feletti BMI esetén a diabétesz kialakulásának kockázata 40-szeresre nő. Hazánkban a diabéteszes (jellemzően 2-es típusú) betegek körében az elhízottak arányát 80%-ra becsülték (ISKI – RURIK, 2014).



1. táblázat: A súlytöbblettel összefüggő megbetegedések kockázata

| Betegségek | A túlsúlyból adódó relatív kockázat* | Az elhízásból adódó relatív kockázat* |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Kardiovaszkuláris betegségek | 1,3 | 1,6 |
| Daganatos megbetegedések | 1,3 | 2 |
| Mentális rendellenességek | 1,2 | 1,5 |
| Depresszió | 1,2 | 1,4 |
| Szorongás | 1,2 | 2 |
| Alvási zavarok | 1,2 | 2,1 |
| Emésztőszerv-rendszeri megbetegedések | 1,5 | 2,3 |
| Epehólyag-betegség | 1,5 | 3 |
| Zsír máj | 1,4 | 2,3 |
| Mozgásszervi megbetegedések | 1,4 | 2 |
| Osteoarthritis | 1,4 | 2 |
| Hátfájdalom | 1,5 | 2 |
| Asztma | 1,2 | 1,6 |
| Diabétesz | 1,8 | 3,4 |
| Alzheimer típusú demencia | 1,4 | 1,75 |
| Vizelet-visszatartási problémák | 1,4 | 2,4 |

Forrás: TÓTH – NAGY (2009:43)

* A relatív kockázat megmutatja, hogy a normál populációhoz képest adott betegségecsoportban való megbetegedés kockázata mennyivel magasabb az elhízottak esetében.

Néhány további adat az elhízással vagy helytelen táplálkozással szoros kapcsolatba hozható betegségek előfordulásának magyarországi tapasztalatairól:

- Becslések szerint 2030-ra a cukorbetegség a 7. helyre lép fel a haláloki tényezők listáján. 2017-ben 706 800 fő élt cukorbetegséggel Magyarországon. A betegek 90%-a gyógyszert szed erre az egészségproblémára (beleértve az inzulin injekciót is). Diétát is többen alkalmaznak, 61-ről 67%-ra nőtt azok aránya, akik cukorbeteg diétával igyekeznek optimális szinten tartani vércukorszintjüket. A diabéteszhez köthető halálokozások száma Magyarországon a 30-69 éves korcsoportban: 440 férfi, 310 nő; a 70+ korcsoportban: 600 férfi, 1150 nő (KSH, 2014; WHO, 2016).
- Magas vérnyomásról a lakosság 31%-a számolt be, a betegségben szenvedők 95%-a szed orvos javaslatára gyógyszert a megfelelő vérnyomásszint elérése, fenntartása érdekében (KSH, 2014).
- A mozgásszervi betegségek közül a megkérdezettek 21%-a derék- vagy hátfájástól szenved. Az ízületi kopást 17, a nyaki fájdalmat, illetve egyéb nyaki gerincproblémát 11%-uk említette (KSH, 2014).
- A magyarok kevesebb mint 20%-a szed D-vitamint tartalmazó készítményt. A D-vitaminhiány hozzájárul a csontritkulás kialakulásához. A csontritkulás minden tizedik embert érint, köztük csak Magyarországon közel 1 millió nőt. A csontritkulás inkább az idősebbeknél, azon belül is inkább a nőknél jelentkezik. Míg a 15 év feletti lakosság 6%-át érinti ez az egészségprobléma, addig az 55 év feletti nők 24%-a szenved csontritkulástól. Egyes előrejelzések szerint a csontritkulásos megbetegedések száma a



következő 30 évben a két-háromszorosára fog nőni, ezzel együtt pedig a kezelési költségek és a biztosítótársaságok kiadása (a csonttörések és elhalálozások miatt) is megduplázódik. Évente kb. 300 ezer beteget kezelnek itthon, 50-80 ezer törést becsülnek a teljes népességre nézve (a csigolyatöréseket leszámítva) (MOOT, 2015).

Érdekes adatokkal szolgál SZAKÁLY (2006) kutatása is, amely a táplálkozás befolyásoló szerepét számszerűsíti a különböző betegségek kialakulásában (2. táblázat).

2. táblázat: A táplálkozás becsült befolyása a különböző betegségekre

| Betegség/Állapot | Táplálkozás befolyása (%) |
|-----------------------------|---------------------------|
| Szív-érrendszeri betegségek | >30 |
| Rosszindulatú daganatok | >35 |
| Székrekedés | >70 |
| Elhízás | >50 |
| 2-es típusú diabétesz | >25 |
| Fogszuvasodás | >30 |

Forrás: SZAKÁLY (2006)

Mindezek után felmerül a kérdés, vajon a magyar emberek mennyire vannak tisztában az elhízás súlyos következményeivel. A kérdésre SZAKÁLY (2009) megállapítása adja meg a választ: „A legnagyobb problémát (...) az elhízásra vonatkozó ismeretek hiánya okozza. A magyar fogyasztók mintegy 30%-a szerint a túlsúlyosság nem okozhat halálos kimenetelű krónikus betegségeket”.

4. Obezogén tényezők – az elhízást elősegítő környezet

Az elhízás „járványának” okai összetettek. Obezogén, azaz elhízást elősegítő környezetnek hívjuk a modern társadalom adottságait: a városok növekvő lakossága, az autóval való közlekedés, az ülő munkavégzés, a számítógépek használata, a feldolgozott élelmiszerek bővülő fogyasztása elősegíti az elhízás kialakulását. A kutatások fókuszában sokáig csak az olyan egyéni tényezők álltak, mint a szokások, az attitűdök, az ismeretek, az ízpreferenciák, illetve az energiafelhasználást befolyásoló metabolikus tényezők. Az elmúlt néhány évtized kutatásai azonban arra hívták fel a figyelmet, hogy a környezeti tényezők legalább annyira felelősek a kialakult helyzetért, mint az egyének (HORVÁTH, 2010).

Élelmiszerkörnyezet

Élelmiszerválasztásunkat makroszinten a törvényi szabályozás, az élelmiszertechnológia és az élelmiszeripar stratégiái, az élelmiszerekre kivetett adók és támogatások, a termelési és marketingköltségek által befolyásolt élelmiszerárak, valamint a nemzeti étkezési tradíciók és a fogyasztói kereslet-kínálati viszonyok határozzák meg.

Mikroszinten az élelmiszerek otthoni és munkahelyi kínálata, a gyorséttermek elérhetősége, a család bevételei és egyéb kiadásai, a saját termelésből származó élelmiszerek, nyersanyagok, a munkahelyi, iskolai étkezdék ártámogatásai, illetve a családi hagyományok, ünnepi szokások, a kortársak elvárásai és nem utolsósorban az élelmiszerekhez kötődő promóciós tevékenységek vannak hatással az egyén táplálkozási szokásaira (HORVÁTH, 2010).



A változások irányát jól jelzi az az adat, amely az 1971 és 2000 közötti napi kalóriafogyasztás változását mutatja. Egy átlagos fogyasztó napi optimális kalóriabevitelét a szakirodalom 2000 kalóriában határozza meg, mely kor, nem, fizikai aktivitás stb. függvényében változhat. Ezt alapul véve megdöbbentő, hogy egy átlagos férfi 168 kalóriával, míg egy átlagos nő 335 kalóriával fogyasztott többet naponta 2000-ben, mint 1971-ben. Figyelembe véve, hogy minden elfogyasztott plusz 118 kalória, amennyiben nincs valamilyen fizikai aktivitással ellensúlyozva, átlagosan 5 kilogramm többletsúlyt eredményez évente, a globális probléma egyik oka itt világosan megjelenik (NIELSEN et al., 2002, idézi SZÚCS, 2011).

Az étrendi szokások szoros összefüggést mutatnak az anyagi helyzettel és az iskolázottság fokával is. Ez azért különösen fontos, mivel az olcsó étrendek energiatartalma ugyan magasabb, viszont értékes tápanyagokban szegényebbek. Meg kell azonban jegyezni, hogy a valódi étel- és italfogyasztás hiteles felmérése nehézségekbe ütközik, mivel a legtöbb felmérés önkitöltésen alapul és általános tapasztalat, hogy a vizsgálatokban résztvevők jellemzően alulbecsülik az energia-bevitelüket. Nem véletlen, hogy az alulbecslők a magas BMI értékkel rendelkező felnőttek közül kerülnek ki (HORVÁTH, 2010).

Természeti és épített környezet

Az elhízás szempontjából vizsgálva a természeti és épített környezetet a várostervezés, a közterületek használhatósága, a különböző közlekedési eszközök és módok elérhetősége jellemzi. A mozgásszegény életmód, a rendszeres fizikai aktivitás hiánya egyrészt családi minta, másrészt a változó, urbanizált életmód és a passzív szabadidős tevékenységek következménye. A felnőttek kétharmada fizikailag nem aktív eléggé. A felnőtteknek minden nap 30 perc (átlagosan heti 150 perc), a gyermekeknek 60 perc mozgás lenne ajánlott. Egyes mutatók (mint például a gépkocsihasználat, tévénézés, számítógépezéssel töltött idő, fizikai munkát igénylő munkakörök számának a csökkenése) egyértelműen arra utalnak, hogy szinte minden társadalmi csoportban csökkent az átlagos napi energiafelhasználás mennyisége. Ami a gépkocsihasználatot illeti, Európában a gépkocsival megtett utak több mint 30%-a 3 km-nél, 50%-a pedig 5 km-nél rövidebb távolságra történik. Amint a WHO is rámutatott, ezt a távolságot kerékpárral 15-20 perc alatt, gyors sétával pedig 30-50 perc alatt meg lehet tenni, s ez éppen megfelelné az ajánlott napi testmozgásnak is. A rendszeres fizikai aktivitás egy ember élettartamát 3-5 évvel is megnövelheti (MNSZ, 2018; HORVÁTH, 2010).

Társadalmi-gazdasági környezet

Az obezogén környezeti változások nem egyformán érintik az egyes régiókat, egyéneket. A szociális környezetet az élet- és munkakörülmények, munkalehetőségek, a gazdasági kapacitás, a társadalmi összetartás, a szociális támogatási rendszerek, a társadalmi normák, az étkezési kultúra alkotják, a bennük megmutatkozó regionális és társadalmi szintek közti különbségek szintén befolyással lehetnek az elhízás kialakulására. Még további egyenlőtlenségek tapasztalhatók az elhízás prevalenciájában a társadalmi rétegződés szerint, a jövedelmi helyzet, az oktatás színvonala, a képzettség, iskolai végzettség, nemi és etnikai hovatartozás terén megfigyelhető különbségek függvényében.

A fejlett és fejlődő országok összehasonlításából kitűnik, hogy a nemzeti jövedelem emelkedésével párhuzamosan a szegényebb rétegekben nő, a jobb módúak körében pedig csökken az elhízottság gyakorisága, és kapcsolat figyelhető meg az obezitás és a társadalmi egyenlőtlenségek nagysága között. Például PICKETT et al. (2005) 21 fejlett országot érintő



kutatásában az országok közötti jövedelmi eltérések szoros szignifikáns kapcsolatban voltak az elhízással, a diabéteszből adódó mortalitással és az átlagos kalória-bevitellel. A társadalmi egyenlőtlenségek és az obezitás közti ok-okozati kapcsolatok feltárásánál ugyanakkor érdemes különösen óvatosnak lenni. Lehetséges ugyanis, hogy maga az elhízottság vezet alacsonyabb iskolázottsághoz, és ezen keresztül korlátozott munkalehetőségekhez és alacsonyabb jövedelemhez (HORVÁTH, 2010).

Összefoglalva mindezek a tényezők arra hívják fel a figyelmet, hogy táplálkozási és testmozgási szokásainkat fizikai, gazdasági, társadalmi és kulturális hatások egyaránt befolyásolják, azaz nem csak mikrokörnyezeti, hanem a makrokörnyezeti hatásokat is figyelembe kell venni egy, az obezitás csökkentését célzó stratégia kialakítása során.

5. Világszervezetek intézkedési tervei

A világszervezetek programjában stratégiai terület az egészségügy, éppen ezért a WHO, az EU, és az OECD is prioritásként kezeli az elhízásból és helytelen táplálkozásból eredő egyre nagyobb problémát jelentő jelenségeket.

Az EU a közösségi politikában szokásos Zöld könyvben a helyzet értékelését megtette, míg a Fehér könyvben a hosszú távú stratégia kifejtése is megtörtént. A Fehér könyvben az Európai Bizottság egy egységes európai uniós megközelítést vázol fel, amely – a szándékok szerint – segít a helytelen táplálkozásból, túlsúlyból és elhízásból fakadó egészségügyi problémák csökkentésében. A stratégia elsődleges célja az elhízást elősegítő (obezogén) környezet elleni küzdelem, valamint a polgárok abban történő támogatása, hogy csökkentsék a magas kockázatú viselkedési mintákat. A Bizottság szoros együttműködésben dolgozott az Egészségügyi Világszervezettel referenciadokumentumok és egy közös táplálkozási és testmozgási adattár létrehozása érdekében (EUR-LEX, 2017).

A stratégia hangsúlyozza a partnerségek kiépítésének fontosságát az EU-ban annak érdekében, hogy a gyakorlatban, azaz az uniós szintű fellépések mellett a helyi, regionális és nemzeti szinteken is lehessen lépéseket tenni. Ezek a partnerségek a magánszektor (pl. az élelmiszeripar, kiskereskedelem és a reklámpiac), a közegészségügyi ágazat, valamint a civil szervezetek (pl. sportegyesületek, fogyasztóvédelmi és közegészségügyi szervezetek) együttműködésén alapulnak.

Habár a problémakör középpontjában a közegészségügy áll, a stratégia – amellett, hogy hangsúlyozza a partnerség fontosságát valamennyi szinten – felhívja a figyelmet arra, hogy a túlsúly és az elhízás elleni fellépés összehangolt megközelítést kíván, számos szakpolitikai ágazat bevonásával. Ezek például a következők:

- Oktatás: gyermekeket és felnőtteket megcélzó tájékoztató kampányok kidolgozása.
- Fogyasztóvédelem: egyértelmű és átfogó információk biztosítása az élelmiszerekkel kapcsolatos választási lehetőségekről, pl. tápértékjelölés.
- Marketing: az audiovizuális médiaszolgáltatásokról szóló irányelv ösztönzi az élelmiszerek felelősségteljes marketingjét, különösen a gyermekek tekintetében.
- Sport: a szervezett sporttevékenységek hozzáférhetőbbé tétele és nagyobb mértékű részvétel ösztönzése a testmozgás terén.
- Várostervezés és aktív mobilitás: az „aktív közlekedés és ingázás”, pl. gyaloglás vagy biciklizés és a tömegközlekedés használata.
- Kutatás: további ismeretek szerzése az élelmiszer-választást és a testmozgásforma-választást meghatározó tényezőkről, különösen az EU (Horizont 2020) és a nemzeti kutatásfinanszírozási mechanizmusok keretében.



- Mezőgazdaság: az egészségesebb választási lehetőségek megfizethetőbbé és elérhetőbbé tétele valamennyi lakossági csoport, különösen a gyermekek részére.

Az Európai Bizottság stratégiát dolgozott ki az egyes szakpolitikák figyelemmel kísérésére, illetve a nyomonkövetés egyes lépéseire is (EUR-LEX, 2017).

Az amerikai McKinsey kutatóintézet Az elhízás legyőzése (Overcoming obesity) című tanulmánya foglalkozott az elhízás társadalmi terheivel, és többek között az elhízás csökkentését célzó lehetséges stratégiák elemeit is vizsgálta. Tanulmányozták azt a 74 intézkedést, amely 18 területen történt a világ valamely országában, egyebek között az összes diák számára támogatott iskolai étrendet, az élelmiszerek címkéjén feltüntetett kalória- és tápanyagmennyiséget, a magas kalóriatartalmú ételek hirdetésének tilalmát és a közegészségügyi reklámkampányokat. Elengedő adatot 16 terület 44 intézkedéséről találtak.

A vitairatnak szánt tanulmány főbb eredményei is azt mutatják, nincs olyan egyetlen intézkedés, amelynek jelentős általános hatása lenne. A terhek növekedésének megállításához fenntartható intézkedések egész rendszerére van szükség. Az oktatás és a személyes felelősség minden programnak alapvető eleme, ám magukban nem elegendők. A szükséges intézkedéseknek inkább a környezet és a társadalmi normák megváltoztatásán kell alapulniuk és kevésbé az egyes emberek tudatos választásain. Ilyen stratégia az ételadagok csökkentése, a marketing átalakítása, a városi és az oktatási környezet átépítése úgy, hogy lehetővé tegye a testmozgást. Sem egyetlen kormány, sem az egyes szektorok, többek között a kereskedelem, az élelmiszergyártók, a média, az egészségügy nem képesek egyedül legyőzni a problémát, a lehető legnagyobb hatás eléréséhez a lehető legtöbb területnek kell megmozdulnia (DOBBS et al., 2014).

6. Összegzés

Globális tendenciák az elhízás világméretű elterjedésére utalnak, melyet egyértelműen jelez, hogy 1980 és 2014 között az elhízás aránya a világon megkétszereződött. Szomorú tény, hogy Magyarország ezen a negatív ranglistán a cseppet sem előkelő 4. helyet foglalja el. A túlsúlyosságot és elhízást kiváltó egyik legfontosabb rizikótényező a helytelen táplálkozás, amelyben egyenlőtlenségek mutatkoznak különböző társadalmi, pénzügyi és strukturális eltérések miatt. Így az elhízásnak leginkább kitett csoportok a társadalmilag elmaradottabb egyének, a nők, illetve az alacsonyabb képzettségűek.

A WHO adatai szerint közel 3 millióan halnak meg évente a világon az elhízás, vagy túlsúly következményeként. Az obezitás a krónikus betegségek morbiditási kockázatát és a mortalitást egyaránt kedvezőtlenül befolyásolja. Az elhízottaknak a szívbetegségek, agyvérzés, diabétesz, porckopás és a rák egyes típusainak nagyobb kockázatával kell számolniuk (csak egy példát kiemelve: hazánkban a diabéteszes betegek körében az elhízottak arányát 80%-ra becsülik, és prognózisok szerint 2030-ra a cukorbetegség 7. helyre lép fel a halál oka tényezők listáján világszerte, ISKI – RURIK, 2014; WHO, 2016). Az adatok ijesztőek, de a legnagyobb problémát az emberek elhízásra vonatkozó ismereteinek a hiánya okozza, amit jól példáz, hogy a magyar fogyasztók 30%-a szerint az elhízás nem okozhat halálos kimenetelű krónikus betegséget (SZAKÁLY, 2009).

Az elhízás járványos méretű elterjedésének okai összetettek. Elsődleges kiváltó tényezőként a mai modern társadalom „vívmányaira” tekinthetünk mint obezogén környezeti tényezőkre, melyek az elhízásért felelőssé tehetőek. Gondolhatunk itt az autóval való közlekedésre, a számítógép-használatra, vagy a feldolgozott élelmiszerek fogyasztására, csak néhány példát említve. Számos kutatás rámutatott, hogy ezek a környezeti tényezők legalább



olyan fontosak, mint az egyéni tényezők, ezért a stratégia kialakítása során nem csak a mikro-, hanem a makrokörnyezeti hatásokat is figyelembe kell venni.

A világszervezetek programjában prioritásként jelenik meg a helytelen táplálkozásból és elhízásból eredő globális problémák kezelése. Kutatók azonban kiemelik, hogy a szórványos lépések elenyésző hatással járnak, ezek összefüggő rendszerére van szükség a változáshoz. Felhívják a figyelmet, hogy a szükséges intézkedések kevésbé az egyének tudatos választásain, sokkal inkább a környezet és a társadalmi normák megváltoztatásán kell, hogy alapuljanak. (Ilyen stratégia lehet például az ételadagok csökkentése, vagy a városi környezet átalakítása a sportolást támogatva.) A világszervezetek, kormányok és az egyes szektorok (kereskedelem, élelmiszergyártók, média, egészségügy) együttes megmozdulására van szükség, hiszen az elszigetelt intézkedések nem képesek legyőzni a problémát (DOBBS et al., 2014).

7. Köszönetnyilvánítás

A publikáció elkészítését az EFOP-3.6.2-16-2017-00003 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

8. Irodalomjegyzék

- Dobbs, R. – Sawers, C. – Thompson, R. – Manyika, J. – Woetzel, J. – Child, P. – McKenna, S. – Spatharou, A. (2014): Overcoming obesity. An initial economic analysis. Discussion paper, McKinsey Global Institute, McKinsey & Company, USA
- EUR Lex, (2017): Táplálkozás, túlsúly és elhízás – EU-stratégia. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=LEGISSUM%3Ac11542c> (Letöltés dátuma: 2018.06.27.)
- Horváth Z. (2010): Az elhízás terjedésének megállítását célzó obezitáspolitikai stratégiák nemzetközi megítélésének vizsgálata. Doktori (PhD) értekezés, Semmelweis Egyetem, Patológiai Tudományok Doktori Iskola, Budapest
- Iski G. – Rurik I. (2014): Becslések a túlsúly és az elhízás hazai gazdasági terheiről. Orvosi Hetilap. 155 (35) 1406–1412. <https://doi.org/10.1556/OH.2014.29902>
- INFORMED (2017): Az elhízás egészségügyi költségei elérhetik az évi 315 billió forintot 2025-re. https://www.informed.hu/eletmod/dieta/elhizas/az-elhizas-egeszsegugyi-koltsegei-elrhetik-az-evi-315-billio-forintot-2025-re-15015.html?_voteadmin_site=109 (Letöltés dátuma: 2018.06.23.)
- KSH (2014): Európai lakossági egészségfelmérés, 2014. <http://www.ksh.hu/elef/kiadvanyok.html> (Letöltés dátuma: 2018.06.27.)
- MNSZ (2018): Az elhízás járványszerű terjedése. Magyar Nemzeti Szívalapítvány, <http://www.mnsza.hu/elhizas/jarvany.php> (Letöltés dátuma: 2018.06.29.)
- MOOT (Magyar Osteoporosis és Osteoarthrológiai Társaság) (2015): Sajtóközlemények <http://osteoporosis.hu/info.aspx?sp=85> (Letöltés dátuma: 2018.06.27.)
- Nielsen, S. – Seiga-Riz, A. M. – Popkin, B. (2002): Trends in energy intake in U.S. between 1977 and 1996: Similar, shifts seen across age groups. Obesity Research. 10 370–378. doi: <https://doi.org/10.1038/oby.2002.51>
- OECD (2017): Update. www.oecd.org/health/obesity-update.htm (Letöltés dátuma: 2018.06.28.)
- Pickett, K. E. – Kelly, S. – Brunner, E. – Lobstein, T. – Wilkinson, R. G. (2005): Wider income gaps, wider waistbands? An ecological study of obesity and income inequality.



- Journal of Epidemiology and Community Health. 59 670–674.
<https://doi.org/10.1136/jech.2004.028795>
- Rurik I. (2015): Obesitás és obezitológia Magyarországon. *Metabolizmus*. 13 (1) 67–72.
- Szakály Z. (2006): A táplálkozásmarketing új irányjai. *Élelmiszer, Táplálkozás és Marketing*. 3 (1) 3–12.
- Szakály Z. (2009): Egészségmagatartás és funkcionális élelmiszerek: Hogyan vélekednek a hazai fogyasztók. *Élelmiszer, Táplálkozás és Marketing*. 6 (1-2) 9–19.
- Szűcs R. S. (2011): A fiatalok által fogyasztott néhány élelmiszeripari termék marketing és fogyasztóvédelmi szempontú vizsgálata. Doktori (PhD) értekezés, Debreceni Egyetem, Ihrig Károly Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola, Debrecen
- Tóth E. – Nagy B. (2009): Az elhízás egészség-gazdaságtani megközelítése. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 4 41–48.
- Walpole, S. C. – Prieto-Merino, D. – Edwards, P. et al. (2012): The weight of nations: an estimation of adult human biomass. *BMC Public Health*. 12 439. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-439>
- WHO (World Health Organization) (2016): Global report on diabetes. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=461E7C8DB4F53710255BC8BD3DDB866B?sequence=1 (Letöltés dátuma: 2018.06.25.)



**DEBRECENI
EGYETEM**

4. FIZIKAI AKTIVITÁS MOTIVÁCIÓI



Fizikai aktivitás motivációival kapcsolatos modellek rendszerezése I. – Szakirodalmi áttekintés

FEHÉR ANDRÁS

*PhD, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
feher.andras@econ.unideb.hu*

BÁCSNÉ BÁBA ÉVA

*PhD, Debreceni Egyetem, GTK, Vidékfejlesztés, Turizmus- és Sportmenedzsment Intézet,
Sportgazdasági és -menedzsment nem önálló Tanszék
bacsne.baba.eva@econ.unideb.hu*

MÜLLER ANETTA

*PhD, Debreceni Egyetem, GTK, Vidékfejlesztés, Turizmus- és Sportmenedzsment Intézet,
Sportgazdasági és -menedzsment nem önálló Tanszék
muller.annetta@econ.unideb.hu*

SZAKÁLY ZOLTÁN

*CSc, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
szakaly.zoltan@econ.unideb.hu*

Absztrakt

Az egyének fizikai aktivitásának milyensége az egészséges életmód követésének alapvető feltétele. Egy fizikailag aktívabb életmód folyamatának számos szakaszát különítjük el. Ezek közül is talán a legfontosabb, hogy az egyének az előzetesen kialakuló szándékot cselekvéssé alakítsák és elinduljanak az aktívabb életvitel felé. Azonban nem elég elkezdeni egy aktívabb életvitelt, fenn is kell tudni azt tartani. Mindezekben pedig számos tényezőnek van elengedhetetlen szerepe. A hazai és nemzetközi szakirodalom széleskörben vizsgálja a fizikai aktivitás motivációival kapcsolatos mérési modelleket és skálákat. Célkitűzésünk, hogy górcső alá vegyük és rendszerezzük ezeket. Ennek érdekében két tanulmányt készítettünk el, amelyek közül jelen cikkben a fizikai aktivitás legfontosabb definícióit és általános jellemzőit mutatjuk be. Majd különféle mérési skálák és modellek segítségével azonosítjuk a fizikai aktivitásra való áttérés szakaszait, a megvalósulás közegét és annak mértékét. Továbbá részletesen elemezzük a fizikai aktivitás pszichológiai megközelítéseit. Jelen tanulmányban tehát releváns és logikus módon azonosítottuk és rendszereztük a skálákat és modelleket, amellyel a legfőbb célunk, hogy megalapozzunk a fizikai aktivitással kapcsolatos további kvantitatív kutatásokat, amelyekben az általunk gyűjtött modellek akár egyesével, vagy egymásba adaptálva is felhasználhatók lehetnek.

Kulcsszavak: fizikai aktivitás, motiváció, pszichológia



1. Bevezetés

A fizikai aktivitás egy gyűjtőfogalom, amely magába foglalja az emberi élethez szükséges minden fizikai tevékenységet. A fizikai aktivitásra való áttérésnek különböző szakaszait differenciálhatjuk. Mielőtt az egyén belevág egy fizikailag aktívabb életszakaszba, nagyon fontos, hogy megállapítsa a különféle rizikótényezőket. Ennek köszönhetően biztonságosan tudja megkezdeni az edzésprogramját. Ezt követően azonosítani kell, hogy a fizikai aktivitás milyen közegben és milyen mértékkel valósul meg. Fizikailag aktívabb életmódra történő áttérés során a folyamat pszichológiai megközelítése számos elengedhetetlen összefüggést von maga után. Az új típusú életmód fenntartásának egyik legfőbb zászlóshajójaként kell tekintenünk az egyén mentális tényezőire. Hiszen a fizikailag aktívabb életet nem elég elkezdni, hanem minél tovább fenn is kell tartani. Ehhez pedig az egyén akarateréje és egyéb pszichológiai tényezők különös jelentőséggel bírnak.

Az előzőek során megfogalmazott összefüggések segítségével a célkitűzésünk, hogy a fizikai aktivitás méréséhez használható hazai és nemzetközi skálákat górcső alá vegyük és rendszerezzük azokat. Ehhez két tanulmányt készítettünk el, amelyek egymás folytatásai. Jelen tanulmányban (első rész) a fizikai aktivitás legfontosabb definícióit és általános jellemzőit ismertetjük. Ezt követően különféle mérési skálák és modellek segítségével azonosítjuk a fizikai aktivitásra való áttérés szakaszait, a megvalósulás közegét és annak mértékét. Részletesen kitérünk a fizikai aktivitás pszichológiai megközelítésére.

2. A fizikai aktivitás definiálása és általános jellemzői

CASPERSEN és szerzőtársai (1985:126) szerint a fizikai aktivitás magában foglal az emberi léthez tartozó minden fizikai tevékenységet, ami fizikai aktivitással jár. Tehát fizikai aktivitásnak tekinthető: „minden olyan mozgás, amelyet a vázizomzat hoz létre, és energiafelhasználás kíséri.”

A fizikai aktivitáshoz kapcsolódó tevékenységeket leggyakrabban a megvalósulásának közege szerint szokták csoportosítani. *Foglalkozáshoz, munkavégzéshez köthető fizikai aktivitások* azok, melyeket a munkahelyen, azaz a munkavégzés helyszínén, annak megvalósítása során végzünk. Az egyén foglalkozásából (munkájából) adódó testmozgások lehetnek pl.: könnyebb vagy nehezebb tárgyak emelése, húzása, tolása vagy anyagmozgatással összefüggő lapátolás. *Közlekedéssel jelentkező fizikai aktivitások* azok, melyeket a munkahelyünkön vagy a munkába járás során fejtünk ki. Ide sorolhatjuk a gyaloglást és a kerékpározást. *Háztartásban realizálódó fizikai aktivitások* közé azokat a házimunkákat soroljuk, melyek a lakás vagy ház körüli munkában jelentkeznek rendszeresen pl. vasalás, teregetés, takarítás, festés, fűnyírás. *Szabadidőben megvalósuló fizikai aktivitások* jelentik a szabadidős sportot, testedzést vagy olyan hobbitévékenységet, melyet az egyén a szabadidejében önként, szabad elhatározásból választ és űz a mozgásigény kielégítésére, a motorikus képességek fejlesztésére vagy egészségmegőrzés céljából (CSÁNYI, 2010).

Az életformaszerű fizikai aktivitások gyűjtőfogalomként értelmezhetők. Ebben differenciálhatjuk a foglalkozás, a házimunka, a szabadidő és a közlekedés területén azokat a fizikai tevékenységeinket, melyek beépülnek az életvitelünkbe, annak szerves részét képezve és naponta megjelennek. Ide tartoznak az egyénileg választott testmozgások, amelyek napi rendszerességgel, azaz minden nap legalább 30 percig megjelennek, valamint ide sorolhatók a tervezett vagy nem tervezett, szabadidős, foglalkozáshoz és háztartáshoz kapcsolódó fizikai



aktivitások. Illetve olyan közepes vagy nagy erősségű testmozgás, amely a hétköznapiakon előfordul (CSÁNYI, 2010).

A fizikai aktivitás szintjének meghatározásakor a terhelés összetevőit az inger intenzitásával is szokták jellemezni. A könnyű (1,5-3 MET), a közepes (3,0-6,0MET) és nehéz (6,0 MET fölött) fizikai aktivitások kerülnek definiálásra. A MET azaz metabolikus ekvivalens egy olyan mutató, amellyel összehasonlítható az egyes fizikai aktivitások relatív intenzitása. Egységnyi MET egyenlő a nyugalomban szükséges CO₂ felhasználással (CSÁNYI, 2010).

A következő fejezetekben részletesen ismertetjük azokat a skálákat és modelleket, amelyek a fizikai aktivitásra való áttérés szakaszainak azonosítása során alkalmazhatók, illetve a fizikai aktivitás megvalósulásának közegét és mértékét, valamint a testmozgással kapcsolatos pszichológiai megközelítést tartják szem előtt. A kutatási eredményeink könnyebb áttekintése miatt egy összefoglaló táblázatban is szemléltetjük eredményeinket (*1. táblázat*).

2.1. A fizikai aktivitásra való áttérés szakaszainak azonosítása

Az egyén szempontjából különösen lényeges, hogy a fizikai aktivitási szintjének változtatását, illetve fokozását megelőzően felmérje, hogy mely rizikótényezők játszhatnak szerepet egy edzésprogram megkezdése előtt. Így megállapíthatja, hogy szükséges-e az orvosi vizsgálat az edzések biztonságos megkezdéséhez. A *Fizikai aktivitásra való készenlét kérdőív (Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q))* segítségével hatékonyan kivitelezhető ez az előzetes helyzetfelmérés (BAJSZ et al., 2014). A *Betegközpontú értékelés és tanácsadás a testmozgáshoz kérdőív (Patient-centred Assessment and Counselling for Exercise (PACE))* célja, hogy elősegítse a felnőttek fizikai aktivitásának elfogadásával és fenntartásával kapcsolatos tanácsadásokat az egészségügyi szektorban. A módszertan alapján a változás szakaszai három részre differenciálhatók. Az első szakaszban található az „előszemlélők”, akik nem aktívak és nem áll szándékukban elkezdni egy fizikai aktivitással kapcsolatos programot. A második szakaszban a „szemlélők” találhatóak, akik végeznek valamilyen fizikai aktivitást, de nem állandó jelleggel és inkább még az érdeklődés fázisába sorolják magukat. A harmadik szakaszban az „aktívak” sorolhatók, akik állandó jelleggel vesznek részt valamilyen fizikai aktivitás elvégzésében (PROCHASKA – DICLEMENTE, 1992; LONG et al., 1996; VANCAMPFORT et al., 2017). A *fizikai aktivitás szintjének megállapításához a változás állapotát egy önkítöltős kérdőívvel mérték (Self-reported Stage of Change Measure (Physical Activity) (SCM))*, amelyben öt különböző szakaszt differenciáltak különféle állítások segítségével: előfeltevés, szemlélődés, előkészítés, cselekvés és fenntartás. Az első három szakaszban az egyéneknek az egészségük szempontjából kedvezőtlen a fizikai aktivitása, míg az utolsó két szakaszban az egészségüket tekintve előnyös a fizikai aktivitási szintjük (MARCUS et al., 1992; BOWLES et al., 2002; SIT et al., 2008).

2.2. A fizikai aktivitás megvalósulásának közege és mértéke

A fizikai aktivitás mértékének megállapítására az egyik leggyakrabban használt eszköz a *Nemzetközi fizikai aktivitás kérdőív (International Physical Activity Questionnaire (IPAQ))*. Ennek segítségével felmérhetjük, hogy a korosztályunknak megfelelő szintű fizikai aktivitást végzünk, vagy sem. A kérdőív öt részre bontható. Vizsgálja a munkával, a közlekedéssel kapcsolatos fizikai aktivitást. Továbbá felméri a ház körüli munkákkal és a családdal kapcsolatos tevékenységekből származó fizikai aktivitást. Kitér a rekreáció, a sport és



szabadidős tevékenységekre, illetve külön vizsgálja az ülési szokásokat (IPAQ, 2012; BAJSZ et al., 2014; BEBCAKOVA et al., 2015; COLEMAN – SHEBIRE, 2016). Magyarországon BAJSZ és szerzőtársai (2014) *fizikai aktivitás meghatározó tényezőit a „FITT” modell* által vették górcső alá. A „frekvencia” (terhelés gyakoriság - az edzéselméletben) által megállapítható a fizikai aktivitás gyakorisága, vagyis az, hogy egy héten hányszor végezzük azt. Az „intenzitás” megmutatja, hogy mennyire megterhelő az adott fizikai aktivitás (a terhelés során az inger intenzitása alatt érthetjük a felemelt súly nagyságát, vagy az adott időegységre jutó mozgásgyakoriságot, azaz a sebességet, stb.), amely enyhe, mérsékelt vagy intenzív lehet. A „tartam, időtartam” segítségével kikövetkeztethető, hogy egy adott alkalom és tevékenység mennyi ideig tart. A „típus” megállapítása során a gyakorlatok speciális módja mutatható ki pl. futás, úszás. Ezen kívül a terhelés összetevői között szokták még nevesíteni az ingerbonyolultságot, pihenőidőt, az ingersűrűséget, terjedelmet.

A kutatások jelentős része a szabadidős fizikai aktivitás elemzésére összpontosít, így a következők során ezzel kapcsolatos mérési eszközöket vesszünk górcső alá. Az *Egyének szabadidejében végzet fizikai aktivitás (Leisure-time Physical Activity (LTPA))* fokozása könnyebben megvalósítható, mint más típusú fizikai aktivitás (pl. közlekedéssel vagy munkával kapcsolatos) (AINSWORTH et al., 2000; CRAIKE, 2007; TEYCHENNE et al., 2008; KIRK et al., 2011). A *Godin-féle szabadidős testmozgás kérdőív (The Godin Leisure Time Exercise Questionnaire (GLTEQ))* három elemet differenciál, amelyek az enyhe, mérsékelt és megerőltető edzés gyakoriságával vonhatók párhuzamba. A mérsékelt és a megerőltető intenzitású testmozgás járul hozzá pozitívan az egészséghez, míg az enyhe aktivitásnak nincs bizonyítható hatása (GODIN – SHEPHARD, 1985; GODIN, 2011; SYLVESTER et al., 2018). A *Fizikai aktivitás és szabadidő motivációs skála (Physical Activity and Leisure Motivation Scale (PALMS))* 40 tételből áll és információt nyújt az egyének fizikai aktivitásban való részvételének motivációiról a szabadidős tevékenységeik figyelembevételével. A modellben nyolc jól elkülöníthető dimenzió található: mester/profi szint, élvezet, pszichológiai állapot, fizikai állapot, megjelenés, mások elvárásai, kapcsolat és verseny/ego (MORRIS – ROGERS, 2004; MOLANOROUZI et al., 2014; KUEH et al., 2018; LIPOWSKI – USSOROWSKA, 2018).

2.3. A fizikai aktivitás pszichológiai megközelítése

A fizikai aktivitással kapcsolatos kutatások pszichológiai megközelítése széles szakirodalmi háttérrel rendelkezik. A következők során különféle pszichológiai tényezőkre differenciálva ismertetjük a legfontosabb mérési eszközöket és modelleket.

Elsőként az észleléssel kapcsolatos modelleket emeljük ki. A *Pszichológiai szükségesség a testmozgásban skála (Psychological Need Satisfaction in Exercise Scale (PNSE))* önkitöltős kérdőív alapján méri, hogy az egyének mennyire elégedettek a fizikai aktivitásukkal kapcsolatos autonómiájukkal, kompetenciájukkal és kapcsolattartási lehetőségeikkel (DECI – RYAN, 2000; VLACHOPOULOS – MICHAILIDOU, 2006; WILSON et al, 2006; LI, 2018; SYLVESTER et al., 2018). SYLVESTER és szerzőtársai (2014; 2018) a *Testmozgás változatosságának észleléséhez (The Perceived Variety in Exercise (PVE))* alakítottak ki kérdőívet. A *Testmozgás sikerességének észlelésénél alkalmazott kérdőívvel (The Perception of Success Questionnaire for Exercise (POSQ-E))* kétféle célorientációt határoztak meg. Az egyik a mesterré/profivá válás orientációja, míg a másik a versenyképesség/egocentrizmus irányvonala (AMES, 1992; ZIZZI, 2006; LIPOWSKI – USSOROWSKA, 2018).

A fizikai aktivitás pszichológiai megközelítésénél az orientáció mérésére két modellt emelünk ki. Az *Általános ok-okozati összefüggések orientációjának skálája (General*



Causality Orientations Scale (GCOS)) az élet különböző aspektusai közötti tartós motiváció orientációjának mérésére alkalmas. Az egyének különböző élethelyzetekben vannak feltüntetve. Az egyes skáláknál három válaszlehetőség van, amelyek megmutatják az ok-okozati összefüggéseket (DECI – RYAN, 1985). A *Testmozgás orientációs skála (The Exercise Causality Orientations Scale (ECOS))* három ok-okozati orientációt mutat be. Az autonómia (a haladás mérése és a büszkeség érzése az eredmények láttán), a kontroll (az állandó gyakorlásra való (ön)kényszerítés) és a személytelenség (emlékeztetés, hogy mennyire képtelenek vagyunk egy feladat megoldására) (ROSE et al., 2001).

A viselkedésszabályozás méréséhez az előzőekhez hasonló két modellt részletezünk. A *Viselkedésszabályozás a testmozgásban kérdőív (Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire (BREQ))* az egyik legelterjedtebb mérési eszköz, amelynek három változata vált ismertté. A BREQ modellel mérhető a testmozgással kapcsolatos viselkedésszabályozás külső, introjektált, azonosított és belső formái (MULLAN et al., 1997). A BREQ-2 modell nem tartalmaz integrált szabályozási alskálát, azonban WILSON és szerzőtársai (2006) ezt más összetevőkkel egészítették ki. A BREQ-3 új kiegészítő introjekciókat is tartalmaz (SYLVESTER et al., 2018; BREQ, 2019). A *Testmozgás önszabályozása kérdőív* segítségével – a BREQ modellhez hasonlóan – (*Self-Regulated Questionnaire-Exercise (SRQ-E)*) a mozgásformák tanulását és elsajátítását befolyásoló négy szabályozó differenciálható. A külső, az introjektált, az azonosított és a belső szabályozási alskálák. Pl. „Mert kihívást jelent számomra a céloom elérése érdekében”; „Mert az egészségesebben élni érzés fontos értéket jelent számomra”; „Mert szórakoztat” (RYAN – CONNELL, 1989; MCBRIDE – XIANG, 2013).

A fizikai aktivitás pszichológiai megközelítése esetében az egyének által észlelt előnyök és akadályozó tényezők mérésére a kutatók számos modellt fejlesztettek ki. A *Pszichológiai tünetek leltára (Brief Symptoms Inventory (BSI))* 18 állítás segítségével a pszichológiai szorongás szintjének három dimenzióját különíti el és értékeli: a szomatizáció, a depresszió és a szorongás (DEROGATIS, 2001; VANCAMPFORT et al., 2017). A *Testmozgás függőség leltár (Exercise Addiction Inventory (EAI))* hat kérdésre terjed ki, amelyek a testmozgással kapcsolatos függőség kialakulását vizsgálják (TERRY, 2004; LI, 2018). A *Testmozgás előnyei és akadályai skála (Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS))* 29 tétellel veszi górcső alá az előnyöket, míg további 14 tényezővel méri az akadályozó tényezőket (SECHRIST et al., 1987; SHIN et al., 2018). A *Fizikai kockázat csökkentésére elméletben (Physical Activity for Risk Reduction (PARR))* egy 23 tételből álló állításlistával vizsgálják a fokozottabb fizikai aktivitásban való részvétel hat akadályát. A készségek hiányát, a pszichoszociális tényezőket (pl. érdeklődés hiánya), a személyes jóllétet (pl. rossz egészségi állapot), az időtartamot (pl. időzítés hiánya a testmozgás elvégzésénél), az időjárást vagy kényelmetlenséget (pl. izzadás vagy hajviselet) és a család vagy a barátok támogatásának hiányát (GUAN – ZHU, 1999; ZHU, 1996; SIT et al., 2008).



1. táblázat: A fizikai aktivitás méréséhez használható skálák és modellek rendszerezése

| Mérési skálák és modellek | Szerző(k) (év) | Összességében |
|---|---|--|
| Fizikai aktivitásra való áttérés szakaszainak azonosítása | | |
| Fizikai aktivitásra való készenlét kérdőív <i>Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q)</i> | Bajsz et al. (2014) | A rizikótényezők felmérése az edzés megkezdése előtt. |
| Betegközpontú értékelés és tanácsadás a testmozgáshoz kérdőív <i>Patientcentred Assessment and Counselling for Exercise (PACE)</i> | Prochaska – DiClemente (1992) Long et al. (1996) Vancampfort et al. (2017) | Célja, hogy elősegítse a felnőttek fizikai aktivitásának elfogadásával és fenntartásával kapcsolatos tanácsadásokat az egészségügyi szektorban. |
| Változás állapotának önkitöltős mérése (fizikai aktivitás) <i>Self-reported Stage of Change Measure (Physical Activity) (SCM)</i> | Marcus et al. (1992) Bowles et al. (2002) Sit et al. (2008) | A viselkedésváltozás öt különböző szakaszán alapul (azaz előfeltevés, szemlélődés, előkészítés, cselekvés és fenntartás). |
| Megvalósulás közege és mértéke | | |
| Nemzetközi fizikai aktivitás kérdőív <i>International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)</i> | IPAQ (2012) Bajsz et al. (2014) Bebcakova et al. (2015) Coleman – Shebire (2016) | A fizikai aktivitás mértékének felmérésére nyújt segítséget. Megtudhatjuk, elérjük-e a korosztályunknak megfelelő ajánlott aktivitási szintet. |
| Fizikai aktivitás meghatározó tényezői (FITT) | Bajsz et al. (2014) | A fizikai aktivitás dózisének különböző tényezők határozzák meg, melyeknek kezdőbetűit összeolvasva a „FITT” szót kapjuk meg. Ahhoz, hogy egy fizikai aktivitás kiváltsa az elvárt hatást, megfelelő típusú formát kell választani, melyet megfelelő intenzitással, megfelelő ideig, megfelelő gyakoriságban kell végezni. |
| Megvalósulás közege és mértéke | | |
| Szabadidős fizikai aktivitás <i>Leisure-time Physical Activity (LTPA)</i> | Ainsworth et al. (2000) Craike (2007) Teychenne et al. (2008) Kirk et al. (2011) | A fizikai aktivitás szintjének emelkedését határozhatjuk meg. |
| Godin-féle szabadidős testmozgás kérdőív <i>The Godin Leisure Time Exercise Questionnaire (GLTEQ)</i> | Godin – Shephard (1985) Godin (2011) Sylvester et al. (2018) | Három elemet tartalmaz az enyhe, mérsékelt és megerőltető edzés gyakoriságával kapcsolatban, amelyek legalább 15 percig tartanak egy munkamenet során, egy tipikus héten. |
| Fizikai aktivitás és szabadidő motivációs skála <i>Physical Activity and Leisure Motivation Scale (PALMS)</i> | Morris – Rogers (2004) Molanorouzi et al. (2014) Kueh et al. (2018) Lipowski – Ussorowska (2018) | Információt nyújt az egyének fizikai aktivitásában való részvételének motivációjáról. Nyolc jól elkülönülő dimenzió van: mester/profi szint, élvezet, pszichológiai állapot, fizikai állapot, megjelenés, mások elvárásai, kapcsolat és verseny / ego. |
| Pszichológiai megközelítés – Észlelés | | |
| Pszichológiai szükségesség a testmozgásban skála | Deci – Ryan (2000) | A skála önkitöltős és azt méri, hogy mennyire elégedettek az autonómia, a |



| | | |
|---|--|---|
| <i>Psychological Need Satisfaction in Exercise Scale (PNSE)</i> | Vlachopoulos – Michailidou (2006) Wilson et al. (2006) Li (2018) Sylvester et al. (2018) | kompetencia és a kapcsolattartás tényezőivel a kutatásban résztvevők. |
| Testmozgás változatosságának észlelése <i>The Perceived Variety in Exercise (PVE)</i> | Sylvester et al. (2014) Sylvester et al. (2018) | A testmozgás közbeni észleléseket és érzéseket vizsgálja. |
| Testmozgás sikerességének észlelése kérdőív <i>The Perception of Success Questionnaire for Exercise (POSQ-E)</i> | Ames (1992) Zizzi et al. (2006) Lipowski – Ussorowska (2018) | Két féle célorientációt mér. Az egyik a mesterré/profivá válás orientációja, a másik pedig a versenyképesség/ egocentrizmus irányvonala. |
| Pszichológiai megközelítés – Orientáció | | |
| Általános ok-okozati összefüggések orientációjának skálája <i>General Causality Orientations Scale (GCOS)</i> | Deci – Ryan (1985) | A skála az élet különböző aspektusai közötti tartós motivációs orientáció mérésére alkalmas. |
| Testmozgás orientációs skála <i>The Exercise Causality Orientations Scale (ECOS)</i> | Rose et al. (2001) | Három ok-okozati orientációt írtak le: autonómia (a haladás mérése és a büszkeség érzése az eredmények láttán), kontroll (az állandó gyakorlásra való (ön)kényszerítés) és személytelenség (emlékeztetés, hogy mennyire képtelenek vagyunk egy feladat megoldására). |
| Pszichológiai megközelítés – Viselkedésszabályozás | | |
| Viselkedésszabályozás a testmozgásban kérdőív <i>Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire (BREQ)</i> | Mullan et al. (1997) Markland – Tobin, (2004) Wilson et al. (2006) Sylvester et al. (2018) BREQ (2019) | Három változata vált ismertté. A BREQ modellel mérhető a testmozgással kapcsolatos viselkedésszabályozás külső, introjektált, azonosított és belső formái. A BREQ-2 modellel nem tartalmaz integrált szabályozási alskálát. A BREQ-3 új kiegészítő introjekciókat is tartalmazza. |
| Testmozgás önszabályozása kérdőív <i>Self-Regulated Questionnaire–Exercise (SRQ-E)</i> | Ryan – Connell (1989) McBride – Xiang (2013) | A mozgásformák tanulását és elsajátítását befolyásoló négy szabályozó differenciálható. A külső, az introjektált, az azonosított és a belső szabályozási alskálák. |
| Pszichológiai megközelítés – Előnyök és kockázatok/akadályozó tényezők | | |
| Pszichológiai tünetek leltára <i>Brief Symptoms Inventory (BSI)</i> | Derogatis (2001) Vancampfort et al. (2017) | A pszichológiai szorongás szintjének három dimenzióját különíti el és értékeli: szomatizáció, depresszió és szorongás. |
| Testmozgás függőség leltár <i>Exercise Addiction Inventory (EAI)</i> | Terry (2004) Li (2008) | A modell hat kérdésre terjed ki, amelyek a testmozgással kapcsolatos függőség kialakulását vizsgálják. |
| Testmozgás előnyei és akadályai skála <i>Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS)</i> | Sechrist et al. (1987) Shin et al. (2018) | 29 tétellel veszi górcső alá az előnyöket, míg további 14 tényezővel méri az akadályozó tényezőket. |
| Fizikai aktivitás a kockázat csökkentésére elmélet <i>Physical Activity for Risk Reduction (PARR)</i> | Zhu et al. (1996) Guan – Zhu (1999) Sit et al. (2008) | 23 tételből álló állításlistával vizsgálják a fokozottabb fizikai aktivitásban való részvétel akadályait. A készségek hiányát, a pszichoszociális tényezőket (pl. érdeklődés |



| | | |
|--|--|--|
| | | hiánya), a személyes jóllétet (pl. rossz egészségi állapot), az időtartamot (pl. időzítés hiánya a testmozgás elvégzésénél), az időjárást vagy kényelmetlenséget (pl. izzadás vagy hajviselet) és a család vagy a barátok támogatásának hiányát. |
|--|--|--|

Forrás: Saját szerkesztés, 2019

3. Diszkusszió

Jelen tanulmányban (amely az első része a fizikai aktivitás mérésével kapcsolatos modellek átfogó rendszerezésének) a legfőbb célkitűzésünk, hogy a fizikai aktivitás méréséhez használható hazai és nemzetközi skálákat görcső alá vegyük és rendszerezzük azokat. A cikkben feltérképeztük a fizikai aktivitás legfontosabb definícióit és általános jellemzőit. Majd különféle mérési skálák és modellek segítségével azonosítottuk a fizikai aktivitásra való áttérés szakaszait, a megvalósulás közegét és annak mértékét. Részletesen kitérünk a fizikai aktivitás pszichológiai megközelítésére.

A fizikai aktivitásra való áttérés szakaszainak azonosítása során a kutatók a viselkedésváltozás öt különböző szakaszát differenciálták (előfeltevés, szemlélődés, előkészítés, cselekvés és fenntartás) a *Változás állapotának önkitöltős mérése (SCM)* alapján (MARCUS et al., 1992; BOWLES et al., 2002; SIT et al., 2008). Ahhoz, hogy az egyes szakaszokat az egyén végigjárhassa nagyon lényeges, hogy előzetesen felmérje a különféle rizikótényezőket, amelyek szemléltethetik a meglévő vagy várható problémákat egy fizikailag aktívabb életvitel során. BAJSZ és szerzőtársai (2014) szerint az előző folyamat azonosítására a *Fizikai aktivitásra való készenlét kérdőív (PAR-Q)* a hatékony mérőeszköz.

A fizikai aktivitás hatékonyságának a méréséhez BAJSZ és szerzőtársai (2014) kifejlesztették a „*FITT*” modellt, amellyel meg tudják határozni, hogy az egyénnek milyen típusú edzésformát, mennyi ideig és milyen gyakorisággal kell választania. Ezt követően az egyénnek meg kell tudnia ítélnie, hogy a korosztályához mérten megfelelő mértékben végzi e a fizikailag aktívabb életmódja során felmerülő tevékenységeket. Ennek méréséhez nemzetközi értelemben leginkább elfogadott eszköznek a *Nemzetközi fizikai aktivitás kérdőív (IPAQ)* minősül (IPAQ, 2012; BAJSZ et al., 2014; BEBCAKOVA et al., 2015; COLEMAN – SHEBIRE et al., 2016).

A fizikai aktivitás pszichológiai megközelítése során differenciálni kell a mérési modelleket az észleléssel, az orientációval, a viselkedésszabályozással kapcsolatos területekre, illetve külön kell vizsgálni a lehetséges előnyöket és kockázati tényezőket. SYLVESTER és szerzőtársai (2014; 2018) a testmozgás közbeni észleléseket és érzéseket általános értelemben a *Testmozgás változatosságának észlelési skálájával (PVE)* elemezték. A *Pszichológiai szükségesség a testmozgásban skála (PNSE)* segítségével differenciálták és részletes vizsgálat alá vonták a testmozgással kapcsolatos autonómia, kompetencia és kapcsolattartás tényezőit is (DECI – RYAN, 2000; VLACHOPOULOS – MICHAILIDOU, 2006; WILSON et al., 2006; LI, 2018). A testmozgás sikerességének észlelésére kifejlesztették a *Testmozgás változatosságának észlelése (PVE)* modellt, amelyben azonosították mesterré/profivá válás és a versenyképesség/egocentrizmus irányvonalait (AMES, 1992; ZIZZI et al., 2006; LIPOWSKI – USSOROWSKA, 2018). A testmozgás orientációjának elemzésére ROSE és szerzőtársai (2001) kifejlesztették a *Testmozgás orientációs skálát (ECOS)*, amely három ok-okozati orientáció által méri a mozgással kapcsolatos autonómia, az önkontroll és a személytelenség aspektusait. A *Viselkedésszabályozás a testmozgásban kérdőív (BREQ)* a legalapvetőbb mérési eszköz a



testmozgással kapcsolatos viselkedésszabályozás külső, introjektált, azonosított és belső tényezőinek feltérképezésére. A skálát a kutatók folyamatosan fejlesztik, napjainkban három változata ismert (MULLAN et al., 1997; MARKLAND – TOBIN, 2004; WILSON et al., 2006; BREQ, 2019). SECHRIST és szerzőtársai (1987) kutatásai alapján SHIN és szerzőtársai (2018) létrehozták a *Testmozgás előnyei és akadályai skálát (EBBS)*, amellyel mindösszesen 43 állítás segítségével komplex módon tudják mérni a különféle előnyöket és akadályozó tényezőket. Más kutatók az elemzéseiket inkább a fellelhető hátráltató és akadályozó tényezőkre terjesztették ki. DEROGATIS (2001), illetve VANCAMPFORT és szerzőtársai (2017) a *Pszichológiai tünetek leltára (BSI)* segítségével a pszichológiai szorongás szintjeit (szomatizáció, depresszió és szorongás) vették górcső alá. TERRY (2004) és LI (2008) a *Testmozgás függőség leltárát (EAI)* állították össze, amellyel hat kérdés által tudták megállapítani a testmozgással kapcsolatosan kialakult függőségi tényezőket. A fokozottabb fizikai aktivitásban való részvétel akadályozó tényezőit (képességek hiánya, pszichoszomatikus tényezők, személyes jóllét, időtartam, időzítés hiánya, időjárás, család vagy barátok támogatásának hiánya) pedig a *Fizikai aktivitás a kockázat csökkentésére elmélet (PARR)* felhasználásával tudták a kutatók azonosítani (ZHU et al., 1996; GUAN – ZHU, 1999; SIT et al., 2008).

Összességében megállapítható, hogy a hazai és nemzetközi szakirodalomban a fizikai aktivitás mérésével kapcsolatos modellek és skálák kifejezetten széles körben állnak rendelkezésre. A tanulmányban azonosítottuk a szakirodalomban fellelhető modellek és skálák jelentős részét, illetve releváns és logikus módon rendszereztük azokat. Mindezek segítségével célunk a fizikai aktivitással kapcsolatos kvantitatív kutatások megalapozása, amelyekben az általunk gyűjtött modellek akár egyenként, vagy egymásba adaptálva is felhasználhatók lehetnek. Jelen tanulmány folytatásában a fizikai aktivitás motivációival kapcsolatos mérési skálákat és modelleket vesszük górcső alá.

4. Köszönetnyilvánítás

A publikáció elkészítését az EFOP-3.6.2-16-2017-00003 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

5. Irodalomjegyzék

- Ainsworth, A. – Bassett, D. – Strath, S. – Swatz, A. – O'Brien, W. – Thompson, R. – Jones, D.A. – Macera, C. A. – Kimsey, C.D. (2000). Comparison of three methods of measuring the time spent in physical activity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 32 (9) S457–S464. <https://doi.org/10.1097/00005768-200009001-00004>
- Ames, C. (1992): Achievement Goals, Motivational Climate, and Motivational Processes. In G. Roberts (Ed.), *Motivation in Sport and Exercise* (pp.161–176). Champaign: Human Kinetics.
- Bajsz V. – Császárné Gombos G. – Sió E. (2014): Fizikai aktivitás a kiegyensúlyozott, energikus munkavégzésért – Szolgáltatási kézikönyv vállalatoknak. TAMOP-4.1.1.C 12/1/KONV-2012-0010 Gépészeti mechatronikai hálózati kutatás és képzési együttműködés projekt Vállalati szolgáltatások alprojekt 5.3.1. Vállalkozási szolgáltatási igények és követelményjegyzék, illetve szolgáltatási kézikönyvek kidolgozása, Pécs ISBN 978-963-642-674-3



- Bebcakova, V. – Vadasova, B. – Kacur, P. – Junger, J. – Borzikova, I. – Zvonar, M. – Gimunova, M. (2015): Distribution of health-related physical fitness in Slovak population. *Springerplus*. 10 (4) 691. <https://doi.org/10.1186/s40064-015-1479-4>
- Bowles, H. R. – Morrow, J. R. – Leonard, B. L. – Hawkins, M. – Couzelis, P. M. (2002): The association between physical activity behavior and commonly reported barriers in a worksite population. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 73 464–470. <https://doi.org/10.1080/02701367.2002.10609047>
- BREQ (2019): Exercise Motivation Measurement – The Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire. http://pages.bangor.ac.uk/~pes004/exercise_motivation/breq/breq.htm (Letöltés dátuma: 2019.04.26)
- Caspersen, C. J. – Powell, K. E. – Christenson, G. M. (1985): Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*. 100 (2) 126–131. <https://doi.org/10.2307/20056429>
- Coleman, S. J. – Sebire, S. J. (2016): Do people’s goals for mass participation sporting events matter? A self-determination theory perspective. *Journal of Public Health*. 39 (4) 202–208. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw090>
- Craike, M. J. (2007): The Influence of Leisure Preference, Life Priority and Making Time on Regular Participation in Leisure Time Physical Activity. *Annals of Leisure Research*. 10 (2) 122–145. <https://doi.org/10.1080/11745398.2007.9686758>
- Csányi T. (2010): A fiatalok fizikai aktivitásának és inaktív tevékenységeinek jellemzői. Új pedagógiai szemle. (3-4) 115–129.
- Deci, E. L. – Ryan, R. M. (1985): The general orientations scale: Self-Determination in Personality. *Journal of Research in Personality*. 19 109–134.
- Deci, E. L. – Ryan, R. M. (2000): The what and why of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*. 11 (4) 227–268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Derogatis, L. R. (2001): BSI 18, Brief symptom inventory 18: Administration, scoring and procedures manual. NCS Pearson, Incorporated.
- Godin, G. – Shephard, R. J. (1985): A simple method to assess exercise behavior in the community. *Canadian Journal of Applied Sport Sciences*. 10 (3) 141–146.
- Godin, G. (2011): The Godin-Shephard leisure-time physical activity questionnaire. *The Health & Fitness Journal of Canada*. 4 (1) 18–22. <https://doi.org/10.2466/03.27.PMS.120v19x7>
- Guan, J. – Zhu, W. (1999): Validity and reliability of an exercise/physical activity barrier instrument: A preliminary analysis [Abstract]. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 70 (Suppl.), 60–61.
- IPAQ (2012): International Physical Activity Questionnaire – Long last 7 days self-administered format. https://www.sdp.univ.fvg.it/sites/default/files/IPAQ_English_self-admin_long.pdf (Letöltés dátuma: 2019.04.26.)
- Kirk, M. A. – Ryan, M. A. – Rhodes, E. (2011): Occupation Correlates of Adults’ Participation in Leisure-Time Physical Activity A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*. 40 (4) 476–485. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.12.015>
- Kueh, Y. C. – Abdullah, N. – Kuan, G. – Morris, T. – Naing, Ny.Ny. (2018): Testing Measurement and Factor Structure Invariance of the Physical Activity and Leisure Motivation Scale for Youth Across Gender. *Front Psycho*. 9 (3) 1096. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01096>



- Li, M. (2018): The Influence of Psychological Needs and Exercise Motivation on Exercise Dependence among Chinese College Students. *Psychiatric Quarterly*. 89 983–990. <https://doi.org/10.1007/s11126-018-9595-2>
- Lipowski, M. – Ussorowska, A. (2018): The motivational function of an objective in physical activity and sport. *Current Issues in Personality Psychology*. 6 (1) <https://doi.org/10.5114/cipp.2018.72054>
- Long, B. J. – Calfas, K. J. – Wooten, W. – Sallis, J. F. – Patrick, K. – Goldstein, M. – Marcus, B. H. – Schwenk, T. L. – Chenoweth, J. – Carter, R. – Torres, T. – Palinkas, L. A. – Heath, G. (1996): A multisite field test of the acceptability of physical activity counseling in primary care: Project PACE. *American Journal of Preventive Medicine*. 12 (2) 73–81. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(18\)30348-9](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(18)30348-9)
- Marcus, B. H. – Selby, V. C. – Niaura, R. S. – Rossi, J. S. (1992): Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 63 (1) 60–66. <https://doi.org/10.1080/02701367.1992.10607557>
- McBride, R. E. – Xiang, P. (2013): Self-Regulated Learning and Perceived Health Among Students Participating in University Physical Activity Classes. *Journal of Teaching in Physical Education*. 32 (3) 220–236. <https://doi.org/10.1123/jtpe.32.3.220>
- Molanorouzi, K. – Khoo, S. – Morris, T. (2014): Validating the Physical Activity and Leisure Motivation Scale (PALMS). *BMC Public Health*. 14 (909)
- Morris, T. – Rogers, H. (2004): Measuring motives for physical activity. *Proceedings of 2004 International Sport Science Congress: Sport and Chance of Life, (Seoul: KAHPERD)*, 242–250. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-909>
- Mullan, E. – Markland, D. – Ingledew, D. K. (1997): A graded conceptualisation of Self-Determination in the regulation of exercise behaviour: Development of a measure using confirmatory factor analytic procedures. *Personality and Individual Differences*. 23 (5) 745–752. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00107-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00107-4)
- Prochaska, J. O. – DiClemente, C. C. (1992): Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification*. 28 183–218.
- Rose, E. A. – Markland, D. – Parfitt, G. (2011): The development and initial validation of the Exercise Causality Orientations Scale. *Journal of Sports Sciences*. 19 (6) 445–462. <https://doi.org/10.1080/026404101300149393>
- Ryan, R. M. – Connell, J. (1989): Perceived locus of causality and internalization: Examining reasons for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology*. 57 (5) 749–761. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.5.749>
- Sechrist, K. R. – Walker, S. N. – Pender, N. J. (1987): Development and psychometric evaluation of the exercise benefits/barriers scale. *Research in Nursing and Health*. 10 (6) 357–365. <https://doi.org/10.1002/nur.4770100603>
- Shin, C-N. – Lee, Young-Shin – Belyea, M. (2018): Physical activity, benefits, and barriers across the aging continuum. *Applied Nursing Research*. 44 107–112. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.10.003>
- Sit, C. – Kerr, J. H. – Wong, I.T.F. (2008): Motives for and barriers to physical activity participation in middle-aged Chinese women. *Psychology of Sport and Exercise*. 9 (3) 266–283. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2007.04.006>
- Sylvester, B. D. – Standage, M. – Dowd, A. J. – Martin, L. J. – Sweet, S. N. – Beauchamp, M. R. (2014): Perceived variety, psychological needs satisfaction, and exercise-related well-being. *Psychology & Health*. 29 (9) 1044–1061. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.907900>



- Sylvester, B. D. – Curran, T. – Standage, M. – Sabiston, C. M. (2018): Predicting exercise motivation and exercise behavior: A moderated mediation model testing the interaction between perceived exercise variety and basic psychological needs satisfaction. *Psychology of Sport and Exercise*. 36 (May) 50–56. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2018.01.004>
- Terry, A. – Szabo, A. – Griffiths, M. (2004): The exercise addiction inventory: a new brief screening tool. *Addiction Research and Theory*. 12 (5) 489–499. <https://doi.org/10.1080/16066350310001637363>
- Teychenne, M. – Ball, K. – Salmon, J. (2008): Physical activity and likelihood of depression in adults: A review. *Prev. Med.* 46 397–411. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.01.009>
- Vlachopoulos, S. P. – Michailidou, S. (2006): Development and initial validation of a measure of autonomy, competence, and relatedness in exercise: the basic psychological needs in exercise scale. *Meas Phys Educ Exerc Sci*. 10 (3) 179–201. https://doi.org/10.1207/s15327841mpee1003_4
- Vancampfort, D. – De Hert, M. – Probst, M. – Firth, J. – Myin-Germeys, I. – van Winkel, R. – Naisiga, A. – Basangwa, D. – Mugisha, J. (2017): Interest, competence, appearance, fitness and social relatedness as motives for physical activity in Ugandan outpatients with psychosis. *Mental Health and Physical Activity*. 13 (October) 94–99. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2017.05.001>
- Wilson, P. M. – Rogers, W. T. – Rodgers, W. M. – Wild, T. C. (2006): The psychological need satisfaction in exercise scale. *Journal of Sport & Exercise Psychology*. 28 (3) 231–251.
- Zhu, W. (1996): Should total scores from a rating scale be used directly? *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 67 (3) 363–372. <https://doi.org/10.1123/jsep.28.3.231>
- Zizzi, S. J. – Keeler, L. A. – Watson, J. C. (2006): The interaction of goal orientation and stage of change on exercise behavior in college students. *Journal of Sport Behavior*. 29 (1) 96–110.



Fizikai aktivitás motivációival kapcsolatos modellek rendszerezése II. – Szakirodalmi áttekintés

FEHÉR ANDRÁS

*PhD, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
feher.andras@econ.unideb.hu*

BÁCSNÉ BÁBA ÉVA

*PhD, Debreceni Egyetem, GTK, Vidékfejlesztés, Turizmus- és Sportmenedzsment Intézet,
Sportgazdasági és -menedzsment nem önálló Tanszék
bacsne.baba.eva@econ.unideb.hu*

MÜLLER ANETTA

*PhD, Debreceni Egyetem, GTK, Vidékfejlesztés, Turizmus- és Sportmenedzsment Intézet,
Sportgazdasági és -menedzsment nem önálló Tanszék
muller.annetta@econ.unideb.hu*

SZAKÁLY ZOLTÁN

*CSc, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
szakaly.zoltan@econ.unideb.hu*

Absztrakt

Az egyének fizikai aktivitásának milyensége az egészséges életmód követésének alapvető feltétele. Egy fizikailag aktívabb életmód folyamatának számos szakaszát különítjük el. A legfontosabb, hogy az előzetesen kialakuló szándék cselekvéssé alakuljon át így az egyén képes elindulni egy aktívabb életvitel felé. Azonban ezt az aktívabb életvitelt fenn is kell tudni tartani. Mindezekben pedig számos tényező mellett legkiemelkedőbb szerepe az egyén motivációjának van, amely egy belső tudatállapotként fogható fel és az emberi érzések ösztönzését értjük alatta. A hazai és nemzetközi szakirodalom széles körben vizsgálja a fizikai aktivitás motivációival kapcsolatos mérési modelleket és skálákat. Célkitűzésünk, hogy górcső alá vegyük és rendszerezzük ezeket. Ennek érdekében két tanulmányt készítettünk el, amelyek közül jelen cikkben a motiváció legfontosabb definícióit és általános jellemzőit mutatjuk be. Majd különféle mérési skálák és modellek segítségével azonosítjuk a fizikai aktivitás céljait és motivációit. Jelen tanulmányban tehát megállapítottuk, hogy a fizikai aktivitással kapcsolatos belső és külső motivációs tényezők mérhetőségére számos skála és modell áll rendelkezésre, amelyek többségét a kutatók folyamatosan tovább fejlesztik, így teszik még inkább alkalmassá további kvantitatív kutatások elvégzésére.

Kulcsszavak: fizikai aktivitás, motiváció, testmozgás



1. Bevezetés

A motivációval a különféle emberi tevékenységek ösztönzése valósítható meg. Az egyén számára egy fizikailag aktívabb életformára történő áttérés folyamatában elengedhetetlen tényező a motiváció megléte. Különféle pszichológiai és menedzsment motivációs elméletek segítségével a munka, a tanulás, a sport és a fizikai aktivitás esetében is hatékonyan megállapítható az egyén motivációja.

Az előzőek során megfogalmazott összefüggések segítségével a célkitűzésünk, hogy a fizikai aktivitás méréséhez használható hazai és nemzetközi skálákat górcső alá vegyük és rendszerezzük azokat. Ehhez két tanulmányt készítettünk el, amelyek egymás folytatásai. Jelen tanulmányban (második rész) a motiváció legfontosabb definícióit és általános jellemzőit ismertetjük, majd a fizikai aktivitás legfőbb céljait és motivációit szemléltetjük.

2. A motiváció definiálása és általános jellemzői

Pszichológiai megközelítés szerint a motiváció egy belső tudatállapotként fogható fel és az emberi tevékenységek ösztönzését értjük alatta (ROÓZ – HENDRICH, 2013). Eredetük alapján primer (biológiai) és szekunder (személyes és társas) motívumokat különítünk el. A szükséglet kielégítése alapján organikus és pszichés, míg az aktuális tudatállapot szerint tudat alatti és tudatos motívumok differenciálhatók. A motívumok kihatására számos terület azonosítható pl. tudás, művészet, sport (FEJES, 2015). A tényleges cselekvést kiváltó erők forrásuk szerint belülről fakadó (intrinzik) és kívülről fakadó (extrinzik) motivációként különböztethetők meg. A múltbeli események hatására a motiváció okozati, tehát kauzális megközelítése van befolyással, míg a cselekvés jövőbeli következményeire a finális megközelítés van közvetlen hatással (GŐSINÉ GREGUSS – BÁNYAI, 2006).

A motivációs elméleteket a menedzsment területén két irányvonal mentén lehet különválasztani. A tartalomelméletek az okokra koncentrálnak, amelyek felelősek a viselkedés kiváltásáért. A folyamatelméletek pedig a folyamatok eredményeként az adott viselkedés bekövetkezésére helyezik a hangsúlyt. A tartalmi elméletek az emberi szükségletek kategóriáira épülnek és számos megközelítést magukba foglalnak, ilyen pl. Maslow-féle szükségleti piramis. A folyamat teóriák az adott eredmény kívánatossá és ösztönzővé válását szemléltetik az egyén szempontjából (ROÓZ – HEIDRICH, 2013; BENKE, 2018). SKINNER (1954) a *megerősítés elmélete* által megállapította, hogy a korábbi viselkedés következményei vezetnek a viselkedés gyakoribb alkalmazásához (pozitív megerősítés) vagy elkerüléséhez. LOCKE (1968) a *célkitűzés elmélete* által kifejtette, hogy az észlelt esemény értékelését követő célkitűzés vezet a cselekedetekhez. ADAMS (1963) a *méltányosság elméletében* meghatározta, hogy a társakkal szemben méltányos viselkedés elvárása és annak nyújtás vezet a cselekedethez. VROOM (1964) az *elvárás elméletében* figyelembe vette, hogy a személy számára kedvező eredmények elvárása vezethet a cselekvés megvalósulásához. BANDURA (1977) *önbizalom elméletében* a kognitív erőforrások aktivizálása vezet az eredményhez a környezet, a személyiség és a viselkedés kapcsolati rendszerét figyelembe véve. DECI és RYAN (1985) az *önmeghatározás elméletében* meghatározza, hogy az egyén az önállóság (autonómia), a hozzáértés (kompetencia) és a társas kapcsolatok (kötődés) egyensúlyára törekszik. DECI és RYAN (2000) öndeterminációs kontinuum elmélete számos pszichológiai és menedzsment elméletet integrál és mindegy összefoglalását jelenti az előző két területen publikált jelentősebb megközelítéseknek. A modell legfőbb előnye, hogy segítségével a munka, a tanulás, a fizikai aktivitás és a sport tekintetében is hatékonyan megfigyelhető az egyén motivációja (BENKE, 2018).



3. A fizikai aktivitás céljai és motivációi

A fizikai aktivitás céljainak meghatározásához két modellt veszünk górcső alá (1. táblázat). A *Testmozgás céljai kérdőívvel (Goal Content for Exercise Questionnaire (GCEQ))* a belső (azaz az egészség, a társadalmi hovatartozás és a készségek) és a külső (azaz társadalmi elismerés, megjelenés) célokat értékeli a gyakorlatban (SEBIRE et al., 2008; COLEMAN – SHEBIRE, 2016). A *Fizikai aktivitás céljainak leltára (Inventory of Physical Activity Objectives (IPAO))* négy skálát különböztet meg: a motivációs érték, az időgazdálkodó, a cselekvési tartósság és a motivációs konfliktus (LIPOWSKI – ZALESKI, 2015; LIPOWSKI – USSOROWSKA, 2018).

A fizikai aktivitás motivációinak feltérképezése képezi a cikkünk központi részét. A következők során számos modellel mutatjuk be a szakirodalomban fellelhető leggyakoribb mérési eszközöket (1. táblázat).

A *Fizikai aktivitás motivációi (Motivation for Physical Activity Measure (MPAM))* tekinthető a legalapvetőbb mérési modelleknek, amelyet később újragondoltak és kialakították a felülvizsgált változatát a *Fizikai aktivitás motivációi modelljének (Motivation for Physical Activity Measure-Revised (MPAM-R))* (FREDERICK – RYAN, 1993; RYAN et al. (1997). Az utóbbi modellekről egy másik tanulmányban részletesen értekezünk.

A *Motivációs stílusprofil (Motivational Style Profile (MSP))* öt metamotivációs állapot-pár dominanciáját méri az ingadozhatósággal, erőfeszítéssel, optimizmussal és pesszimizmussal kiegészülve (APTER et al., 1998; SIT et al., 2008). A *Motivációk megjelenése kérdőív (Participation of Motivation Questionnaire (PMQ))* egy 30 tételes kérdéssoron alapul, amely leírja a lehetséges okokat a fizikai aktivitás végzésére vonatkozóan: teljesítmény/státusz, csapat légkör, fitnesz, energiagazdálkodás (felszabadulás), készségfejlesztés, barátság és szórakozás, sportokban való részvétel (GILL et al., 1983; SIT – LINDNER, 2006; MASTEN et al., 2010; AHMED, 2012; ANAGNOSTOU et al., 2013; GUEDES – NETTO, 2013; SINDIK et al., 2013; VILCHEZ – DE FRANCISCO, 2017). A *Testmozgás motivációk és eredmények leltár (Exercise Motives and Gains Inventory (EMGI))* külön-külön állítássor segítségével méri a testmozgáshoz kötődő motivációkat és az eredményességet (STRÖMMER et al., 2015). A *Külső motivációs leltár (The Exercise Motivations Inventory (EMI))* a testmozgásban való aktív részvétel motivációinak vizsgálatára szolgál. Meghatározza a mozgásforma választását és a fizikai aktivitás elvégzésének intenzitását (MARKLAND – HARDY, 1993; MARKLAND – INGLEDEW, 1997). Az EMI eredetileg nem értékelt néhány fontos fitnesz-okot (pl. erő, kitartás) és az egészségi állapottal kapcsolatos alskálák a rossz egészségi állapot elkerülésére összpontosítottak, figyelmen kívül hagyva a pozitív motivációs tényezőket. Az EMI-2-öt (*The Exercise Motivations Inventory 2 (EMI2)*) az előző anomáliák feloldására fejlesztették ki és a testmozgásban résztvevők és az edzők számára is hasznosan alkalmazható (MARKLAND – INGLEDEW, 1997; INGLEDEW et al., 1998; INGLEDEW – SULLIVAN, 2002; KILPATRICK et al., 2005; STRÖMMER et al., 2015). Az előzőek mellett a kutatók kifejlesztették a *Belső motivációs leltárt (The Intrinsic Motivation Inventory (IMI))*, amellyel a belső motiváció esetében az érdekeltséget, az észlelt kompetenciát, az erőfeszítést és a nyomás-kezelést (mások általi) különítették el. Az ötödik dimenzióknak pedig az észlelt választást határozták meg (MCAULKEY et al., 1989; MARKLAND – HARDY, 1997).

A sportmotivációs skálák áttekintése során két olyan skálát találtunk (*Sport Motivation Scale (SMS/SMS2)*), amelyeket többek között a fizikai aktivitás méréséhez is alkalmaztak a korábbiak során a kutatók. Az átdolgozott SMS már tartalmazza az önmeghatározott külső motiváció egyik alapvető faktorát, az integrált szabályozást. Továbbá az intrinzik



motivációkat (tanulás, tapasztalatszerzés és tudás) egy összevont faktorként értelmezték a kutatók effektív és kognitív aspektusban. Ezeken kívül – az eredeti SMS-hez hasonlóan – az identifikált szabályozás, az introjektált szabályozás, a külső szabályozás és az amotiváció tényezőit vonták elemzés alá (PELLETIER et al., 1995; BRIÈRE et al., 1995; MIKULÁN – PIKÓ, 2012; PELLETIER et al., 2013; PAIC et al., 2018).

1. táblázat: A fizikai aktivitás méréséhez használható skálák és modellek rendszerezése

| Mérési skálák és modellek | Szerző(k) (év) | Összességében |
|---|---|---|
| Fizikai aktivitás céljai és motivációi | | |
| Testmozgás céljai kérdőív <i>Goal Content for Exercise Questionnaire (GCEQ)</i> | Sebire et al. (2008) Coleman – Shebire (2016) | 20 elemet foglal magában, amelyek a belső (azaz az egészség, a társadalmi hovatartozás és a készségek) és a külső (azaz társadalmi elismerés, megjelenés) célokat értékelik a gyakorlatban. |
| Fizikai aktivitás céljainak leltára <i>Inventory of Physical Activity Objectives (IPAO)</i> | Lipowski – Zaleski (2015) Lipowski – Ussorowska (2018) | Négy skálát különböztet meg: a motivációs érték; az időgazdálkodás; a cselekvési tartósság és a motivációs konfliktus. |
| Fizikai aktivitás motivációi <i>Motivation for Physical Activity Measure (MPAM)</i> | Frederick – Ryan (1993) | Az MPAM használatával három különböző motívum vizsgálható: az élvezet (6 állítás), a kompetencia (7 állítás) és a testhez kötődő motívumok (10 állítás) |
| Fizikai aktivitás motivációi – felülvizsgált változat <i>Motivation for Physical Activity Measure-Revised (MPAM-R)</i> | Ryan et al. (1997) | Azt méri, hogy egy személy fizikai aktivitási állapotának melyek a legfontosabb motivációs tényezői és mindezek alapján felmérhető, hogy milyen szintet képvisel egy aktívabb életforma felé vezető úton. Öt faktort különítettek el: élvezet (7 állítás), részvétel (6 állítás), közösségi (5 állítás), fitnesz és egészség (5 állítás), kompetencia és kihívás (7 állítás). |
| Motivációs stílusprofil <i>Motivational Style Profile (MSP)</i> | Apter et al. (1998) Sit et al. (2008) | Öt metamotivációs állapot-pár dominanciáját méri az ingadozhatóság, erőfeszítés, optimizmus és pesszimizmussal kiegészülve. A metamotivációs stíluspárok a következők: - telikus/paratelikus, - elkerülő/izgalmi-kereső, - negatív hozzáállású/megfelelni akaró, - domináló/együttérző, - autikus/alloikus. |
| Motivációk megjelenése kérdőív <i>Participation of Motivation Questionnaire (PMQ)</i> | Gill et al. (1983) Sit – Lindner (2006) Masten et al. (2010) Ahmed (2012) Anagnostou et al. (2013) Guedes – Netto (2013) | 30 tételes kérdőívben alapul, amely leírja a lehetséges okokat: teljesítmény/státusz; csapat légkör; fitnesz; energiagazdálkodás (felszabadulás); készségfejlesztés; barátság és szórakozás; sportokban való részvétel. |



| | | |
|--|--|--|
| | Sindik et al. (2013) Vilchez – De Francisco (2017) | |
| Testmozgás motivációk és eredmények leltár <i>Exercise Motives and Gains Inventory (EMGI)</i> | Strömmer et al. (2015) | Külön-külön állítássor segítségével méri a testmozgáshoz kötődő motivációkat és az eredményességet. |
| Külső motivációs leltár <i>The Exercise Motivations Inventory (EMI)</i> | Markland – Hardy (1993) Markland – Ingledew (1997) | A testmozgásban való aktív részvétel motivációinak vizsgálata. Meghatározza a mozgásforma választását és a fizikai aktivitás elvégzésének intenzitását. |
| Külső motivációs leltár 2 <i>The Exercise Motivations Inventory 2 (EMI2)</i> | Markland – Ingledew (1997) Ingledew et al. (1998) Ingledew – Sullivan (2002) Kilpatrick et al. (2005) Strömmer et al. (2015) | Az EMI eredetileg nem értékelt néhány fontos fitnessz-okot (pl. erő, kitartás) és az egészségi állapottal kapcsolatos alskálák a rossz egészségi állapot elkerülésére összpontosítottak, figyelmen kívül hagyva a pozitív motivációs tényezőket. |
| Belső motivációs leltár <i>The Intrinsic Motivation Inventory (IMI)</i> | McAuley et al. (1989) Markland – Hardy (1997) | A belső motiváció esetében az érdekltséget, az észlelt kompetenciát, az erőfeszítést és a nyomás-kezelést (mások általi) különíti el. Az ötödik dimenzió az észlelt választás. |
| Sportmotivációs skála <i>Sport Motivation Scale (SMS)</i> | Pelletier és mtsai (1995) Brière et al. (1995) Mikulán – Pikó (2012) Paic et al. (2018) | Többek között a fizikai aktivitás méréséhez is alkalmazták. |
| Sportmotivációs skála <i>Sport Motivation Scale (SMS2)</i> | Pelletier et al. (2013) Paic et al. (2018) | Az átdolgozott SMS már tartalmazza az önmeghatározott külső motiváció egyik alapvető faktorát, az integrált szabályozást. Továbbá az intrinzik motivációkat (tanulás, tapasztalatszerzés és tudás) egy összevont faktorként értelmezték a kutatók effektív és kognitív aspektusban. Ezeken kívül – az eredeti SMS-hez hasonlóan – az identifikált szabályozás, az introjektált szabályozás, a külső szabályozás és az amotiváció tényezőit vonták elemzés alá. |

Forrás: Saját szerkesztés, 2019

4. Diskusszió

Jelen tanulmányban (amely a második része a fizikai aktivitás mérésével kapcsolatos modellek átfogó rendszerezésének) a legfőbb célkitűzésünk, hogy a fizikai aktivitás méréséhez használható hazai és nemzetközi skálákat górcső alá vegyük és rendszerezzük azokat. A cikkben feltérképeztük a fizikai aktivitás legfőbb céljait és az ezekkel kapcsolatos motivációkat.

A szakirodalomban a fizikai aktivitás céljainak meghatározásához két viszonylag gyakran alkalmazott és relevánsnak tekinthető mérési skálát találtunk. SEBIRE és szerzőtársai (2008),



illetve COLEMAN – SHEBIRE (2016) a *Testmozgás céljai kérdőívet (GCEQ)* állították össze, amelyben a testmozgással kapcsolatos belső és külső célokat differenciálták. A fizikai aktivitás céljainak alaposabb feltérképezése érdekében a kutatók kifejlesztették a *Fizikai aktivitás céljainak leltárát (IPAO)*, amelyben a motivációs értéket, az időgazdálkodást, a cselekvés tartósságát és a motivációs konfliktusokat tudták azonosítani (LIPOWSKI – ZALESKI, 2015; LIPOWSKI – USSOROWSKA, 2018).

A fizikai aktivitás motivációinak méréséhez számos skálát és modellt különböztet meg a szakirodalom. Az egyik legfontosabb alapmodellnek a *Fizikai aktivitás motivációi (MPAM)* tekinthető, amelyet FREDERICK és RYAN (1993) alkottak meg. RYAN és szerzőtársai (1997) az előző modellt felülvizsgálták és kialakították az *MPAM-R* modellt, amellyel kapcsolatos részletes vizsgálatainkat egy másik tanulmányban mutattuk be.

A fizikai aktivitáshoz kapcsolódó motivációk okait egy széles körben alkalmazott kérdőíven lehet felmérni a *Motivációk megjelenése kérdőív (PMQ)* által. A különféle okokat a teljesítmény/státusz, a csapat légkör, a fitnessz, az energiagazdálkodás, a készségfejlesztés, a barátság és szórakozás, illetve a sportokban való részvétel faktoraira differenciálták (SIT – LINDNER, 2006; MASTEN et al., 2010; AHMED, 2012; ANAGNOSTOU et al., 2013; GUEDES – NETTO, 2013; SINDIK et al., 2013; VILCHEZ – DE FRANCISCO, 2017). STRÖMMER és szerzőtársai (2015) a *Testmozgás motivációk és eredmények leltár (EMGI)* segítségével a motivációk mellett az eredményességet veszik górcső alá. Viszonylag gyakran alkalmazott mérési skálák a *Külső és belső motivációs leltárak (külső: EMI, illetve belső: IMI)*. Az EMI segítségével elkülöníthetők azok a motivációk, amelyek a mozgásforma választásához és a testmozgás végzésének intenzitásához kapcsolódnak (MARKLAND – HARDY, 1993; MARKLAND – INGLEDEW, 1997). Az IMI által a belső motivációk közül a testmozgással kapcsolatos érdekltség, az észlelt kompetencia, az erőfeszítés, a mások általi nyomás kezelése és az észlelt választás határozható meg (MCAULKEY et al., 1989; MARKLAND – HARDY, 1997).

A sportmotivációs skálák egy külön tanulmány részét fogják képezni (egyéni és csapatsportágakkal kapcsolatban egyaránt), azonban a széles spektrumot felölelő kutatásokból kiemelhető az *SMS* és *SMS2*, mivel relevánsan alkalmazhatók a fizikai aktivitás motivációinak méréséhez is. Ennek segítségével hatékonyan monitorozhatók az intrinzik motivációk, az identifikált, az introjektált és külső szabályozás, illetve az amotiváció tényezői (PELLETIER et al., 1995; BRIÈRE et al., 1995; MIKULÁN – PIKÓ, 2012; PELLETIER et al., 2013; PAIC et al., 2018).

Összességében megállapítható, hogy a fizikai aktivitással kapcsolatos belső és külső motivációs tényezők mérhetőségére számos skála és modell áll rendelkezésre. Ezek többségét a kutatók folyamatosan továbbfejlesztik és kibővítik. Ennek köszönhetően ezeknek a mérési eszközöknek a relevanciája egyre inkább megkérdőjelezhetetlen. Jól bizonyítja az előző állítást, hogy a kutatásunk során mindegyik vizsgált mérési skálát és modellt több aspektusból is vizsgálat alá vonták már a kutatók és számos országban tesztelték azokat. Az elemzésünk során sikerült megfelelnünk az előzetes célunknak, tehát rendszereztük a hazai és nemzetközi értelemben is leggyakoribb mérési skálákat és modelleket, melyek a fizikai aktivitás céljainak és motivációinak mérésével vonhatók párhuzamba. Az elemzett skálák és modellek minden tekintetben alkalmasak további kvantitatív kutatások elvégzéséhez. Az elemzésünk folytatásaként egy másik tanulmányban az *MPAM-R* modellel kapcsolatos további kutatásokat részletezzük.



5. Köszönetnyilvánítás

A publikáció elkészítését az EFOP-3.6.2-16-2017-00003 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

6. Irodalomjegyzék

- Adams, J. S. (1963): Toward an understanding of inequity. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 67 (5) 422–436. <http://dx.doi.org/10.1037/h0040968>
- Ahmed, D. (2012): Participation motivation and will to win among noncontact game players - an analytical study. *International Journal of Sports Sciences and Fitness*. 2 (2). 308–314.
- Anagnostou, G. – Patsiaouras, A. – Demetriou, S. – Kokaridas, D. (2013): Goal orientation and participation motivation in tennis young players. *Journal of Physical Education and Sport*. 13 (3) 464–470. <https://doi.org/10.7752/jpes.2013.03074>
- Apter, M. J. – Mallows, R. – Williams, S. (1998): The development of the motivational style profile. *Personality and Individual Differences*. 24 (1) 7–18. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00148-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00148-7)
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*. 84 (2) 191–215. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Benke M. (2018): Motivációs elméletek elemzése, fókuszban az önmeghatározás elmélet. Taylor Gazdálkodás- és szervezéstudományi folyóirat: A Virtuális Intézet Közép-Európa Kutatására Közleményei. 10 (1) 105–114.
- Brière, N. – Vallerand, R. J. – Blais, M. – Pelletier, L.G. (1995): Développement et validation d'une mesure de motivation intrinsèque et extrinsèque et d'amotivation en contexte sportif: L'Echelle de Motivation dans les Sports (EMS). *International Journal of Sport Psychology*. 26 (4) 465–489.
- Coleman, S. J. – Sebire, S. J. (2016): Do people's goals for mass participation sporting events matter? A self-determination theory perspective. *Journal of Public Health*. 39 (4) 202–208. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw090>
- Deci, E. L. – Ryan, R. M. (1985): *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Deci, L.E. – Ryan M.R. (2000): Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*. 55 (1) 68–78.
- Fejes J (2015): Célok és motiváció – Tanulási motiváció a célorientációs elmélet alapján. Gondolat Kiadó Kör, Budapest
- Frederick, C. – Ryan, R. M. (1993): Differences in Motivation for Sport and Exercise and their Relations with Participation and Mental Health. *Journal of Sport Behavior*. 16 (3) 124–146.
- Gill, D. – Gross, J. – Huddleston, S. (1983): Participation motivation in youth sports. *International Journal of Sport Psychology*. 14 (1) 1–14.
- Gősiné Greguss A. – Bányai É. (2006): Érzelmek és motiváció. *Pszichológiai alapismeretek* (Szerk.: Oláh A.: Bölcsész Konzorcium), Budapest, 321–365.
- Guedes, D. P. – Netto, J. P. (2013): Sport participation motives of young brazilian athletes. *Perceptual and Motor Skills: Exercise and Sport*. 117 (3) 742–759. <https://doi.org/10.2466/06.30.PMS.117x33z2>



- Ingledeu, D. K. – Markland, D. – Medley, A. R. (1998): Exercise Motives and Stages of Change. *Journal of Health Psychology*. 3 477. <https://doi.org/10.1177/135910539800300403>
- Ingledeu, D. K. – Sullivan, G. (2002): Effects of body mass and body image on exercise motives in adolescence. *Psychology of Sport and Exercise*. 3 (4) 323–338. [https://doi.org/10.1016/S1469-0292\(01\)00029-2](https://doi.org/10.1016/S1469-0292(01)00029-2)
- Kilpatrick, M. – Hebert, E. – Bartholomew, J. (2005): College Students' Motivation for Physical Activity: Differentiating Men's and Women's Motives for Sport Participation and Exercise. *Journal of American College Health*. 54 (2) 87–94. <https://doi.org/10.3200/JACH.54.2.87-94>
- Lipowski, M. – Ussorowska, A. (2018): The motivational function of an objective in physical activity and sport. *Current Issues in Personality Psychology*. 6 (1) <https://doi.org/10.5114/cipp.2018.72054>
- Lipowski, M. – Zaleski, Z. (2015): Inventory of Physical Activity Objectives – a new method of measuring motives for physical activity and sport. *Health Psychology Report*. 3 (1) 47–58. <https://doi.org/10.5114/hpr.2015.49462>
- Locke, E. A. (1968): Toward a theory of task motivation and incentives. *Organizational Behavior and Human Performance*. 3 (2) 157–189. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(68\)90004-4](https://doi.org/10.1016/0030-5073(68)90004-4)
- Markland, D. – Hardy, L. (1993): The Exercise Motivations Inventory: Preliminary development and validity of a measure of individuals' reasons for participation in regular physical exercise. *Personality and Individual Differences*. 15 (3) 289–296. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90219-S](https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90219-S)
- Markland, D. – Hardy, L. (1997): On the factorial and construct validity of the intrinsic motivation inventory: Conceptual and operational concerns. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 68 (1) 20–32. <https://doi.org/10.1080/02701367.1997.10608863>
- Markland, D. – Ingledeu, D. K. (1997): The measurement of exercise motives: Factorial validity and invariance across gender of a revised Exercise Motivations Inventory. *British Journal of Health Psychology*. 2 (4) 361–376. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.1997.tb00549.x>
- Masten, R. – Dimec, T. – Donko, A.I. – Tušak, M. (2010): Motives for sports participation, attitudes to sport and general health status of the slovenian armed forces employees. *Kinesiology*. 42 (2) 153–163.
- McAuley, E. – Duncan, R. – Tammen, V. V. (1989): Psychometric Properties of the Intrinsic Motivation Inventory in a Competitive Sport Setting: A Confirmatory Factor Analysis. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 60 (1) 48–58. <https://doi.org/10.1080/02701367.1989.10607413>
- Mikulán R. – Pikó B. (2012): Iskoláskorú sportoló fiatalok káros szenvedélyeinek vizsgálata sportmotivációik és a sportáguk típusa tükrében. *Iskolakultúra*. 4 35–50.
- Paic, R. – Kajos, A. – Meszler, B. – Prisztóka Gy. (2018): A magyar nyelvű sportmotivációs skála (H-SMS) validációja és eredményei. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 73 (2-3) 159–182. <https://doi.org/10.1556/0016.2018.002>
- Pelletier, L. G. – Fortier, M. S. – Vallerand, R. J. – Tuson, K. M. – Brière, N. M. – Blais, M. R. (1995): Toward a new measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation in sports: the Sport Motivation Scale (SMS). *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 17 35–53. <https://doi.org/10.1123/jsep.17.1.35>



- Pelletier, G. L. – Rocchi, M. A. – Vallerand, R. J. – Deci, E. L. – Ryan, M. R. (2013): Validation of the revised sport motivation scale (SMS-II). *Psychology of Sport and Exercise*. 14 (3) 329–341. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2012.12.002>
- Roóz J. – Heidrich B. (2013): *Vállalati gazdaságtan és menedzsment alapjai*. Budapest, Budapesti Gazdasági Főiskola
- Ryan, R. M. – Frederick, C. M. – Lepes, D. – Rubio, N. – Sheldon, K. M. (1997): Intrinsic motivation and exercise adherence. *International Journal of Sport Psychology*. 28 (4) 335–354.
- Sebire, S. J. – Standage, M. – Vansteenkiste, M. (2008): Development and validation of the goal content for exercise questionnaire. *Journal of Sport & Exercise Psychology*. 30 353–377.
- Sindik, J. – Mandić, G. J. – Schiefler, B. – Kondrič, M. (2013): Differences in the structure of motivation for participation in sport activities among sport students in three countries. *Kinesiology Slovenica*. 19 (1) 14–31.
- Sit, C. – Kerr, J. H. – Wong, I. T. F. (2008): Motives for and barriers to physical activity participation in middle-aged Chinese women. *Psychology of Sport and Exercise*. 9 (3) 266–283. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2007.04.006>
- Sit, C. – Lindner, K. J. (2006): Situational state balances and participation motivation in youth sport: A reversal theory perspective. *British Journal of Educational Psychology*. 76 (2) 369–384. <https://doi.org/10.1348/000709905X37190>
- Skinner, B. F. (1954): *The science of learning and the art of teaching*. Harvard Educational Review. 24 (2) 86–97.
- Strömmer, S. T. – Ingledeu, D. K. – Markland, D. (2015): Development of the Exercise Motives and Gains Inventory. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*. 19 (2) 53–68. <http://dx.doi.org/10.1080/1091367X.2015.1036162>
- Vilchez, M. P. – De Francisco, C. (2017): Reduced Spanish Version of Participation Motives Questionnaire for Exercise and Sport: Psychometric Properties, Social/Sport Differences. *Journal of Sports Science and Medicine*. 16 (3) 365–374.
- Vroom, V. H. (1964): *Work and motivation*. John Wiley & Sons, Inc.
- Gill, D., Gross, J., & Huddleston, S. (1983). Participation motivation in youth sports. *International Journal of Sport Psychology*, 14, 1-14.
- Gill, D., Gross, J., & Huddleston, S. (1983). Participation motivation in youth sports. *International Journal of Sport Psychology*, 14, 1-1



**MPAM-R modellekkel kapcsolatos kutatások rendszerezése – Szakirodalmi
áttekintés**

FEHÉR ANDRÁS

*PhD, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
feher.andras@econ.unideb.hu*

BÁCSNÉ BÁBA ÉVA

*PhD, Debreceni Egyetem, GTK, Vidékfejlesztés, Turizmus- és Sportmenedzsment Intézet,
Sportgazdasági és -menedzsment nem önálló Tanszék
bacsne.baba.eva@econ.unideb.hu*

MÜLLER ANETTA

*PhD, Debreceni Egyetem, GTK, Vidékfejlesztés, Turizmus- és Sportmenedzsment Intézet,
Sportgazdasági és -menedzsment nem önálló Tanszék
muller.annetta@econ.unideb.hu*

SZAKÁLY ZOLTÁN

*CSc, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
szakaly.zoltan@econ.unideb.hu*

Absztrakt

Az emberi léthez, ezen belül az egészséges életmód követéséhez elengedhetetlen, hogy az egyének megfelelő hangsúlyt fektessenek a fizikai aktivitásukra. Az emberi motivációra a fizikailag aktívabb életmód elkezdésének és annak fenntartásának zálogaként tekinthetünk. A nemzetközi szakirodalom széles palettán vizsgálja a fizikai aktivitás motivációival kapcsolatos mérési modelleket. Jelen tanulmányban a Fizikai Aktivitás Motivációinak felülvizsgált modelljét (MPAM-R) vesszük górcső alá. A modell 30 állítás segítségével az egyén fizikai aktivitásának motivációit vizsgálja. Legfőbb célkitűzésünk, hogy részletesen feltérképezzük a modellel végzett nemzetközi kutatásokat. A modell széleskörű és hatékony alkalmazhatóságát mi sem bizonyítja jobban, minthogy szinte minden kontinensen vizsgálták a relevanciáját és validitását. Azonban, mivel az egyes országokban a mintavétel során a kutatók nem alkalmaztak egységes szempontrendszert, így az különféle kutatások eredményei nehezen összemérhetők.

Kulcsszavak: fizikai aktivitás, motiváció, MPAM-R



1. Bevezetés

A motiváció egy belső tudatállapotként fogható fel, amely az emberi tevékenységek ösztönzését jelenti (ROÓZ – HENDRICH, 2013). A fizikai aktivitás magában foglal minden, az emberi létezéshez szükséges fizikai tevékenységet. A definíció szerint minden olyan mozgást ide sorolunk, amelyet a vázizomzat hoz létre és energiafelhasználás követ (CASPERSEN et al., 1985). A fizikai aktivitás csoportosítása során a megvalósulás közege a mérvadó. Megkülönböztetjük a foglalkozáshoz, munkavégzéshez köthető, a közlekedéssel jelentkező, a háztartásban realizálódó és a szabadidőben megvalósuló fizikai aktivitást (CSÁNYI, 2010).

A fizikai aktivitás motivációival kapcsolatosan számos modell differenciálható, amelyek részletes vizsgálatra kerültek korábbi tanulmányainkban (Fizikai aktivitás motivációival kapcsolatos modellek rendszerezése – Szakirodalmi áttekintés I. és II.). Többek között: Felülvizsgált fizikai aktivitás motivációi modell – MPAM-R; Motivációs stílusprofil – MSP; Motivációk megjelenése kérdőív – PMQ; Testmozgás motivációk és eredmények leltár – EMGI; Külső motivációs leltár – EMI és EMI2; Belső motivációs leltár – IMI; Sportmotivációs skála (SMS és SMS2). Az előző modellek figyelembevételével a *Fizikai Aktivitás Motivációi (Motivation for Physical Activity – MPAM)* és a *Felülvizsgált Fizikai Aktivitás Motiváció (Revised Motivation for Physical Activity – MPAM-R)* tekinthetők a legalapvetőbb mérési modelleknek.

Jelen tanulmányban utóbbi modellek részletes vizsgálatát végezzük el, illetve összegyűjtjük és rendszerezzük azokat a kutatásokat, amelyekben az MPAM-R modellel kérdőíves felmérés segítségével mérték a különféle országokban a lakosok fizikai aktivitásának motivációit.

2. Fizikai aktivitás motivációi (MPAM-R) modellel kapcsolatos kutatások rendszerezése

Ebben a részben a Fizikai aktivitás motiváció modelljének (MPAM-R) felülvizsgált változatát vesszük górcső alá. A kutatók körében ezt a modellt viszonylag gyakran alkalmazták így a célunk, hogy rendszerezzük az MPAM-R modellel kapcsolatos eddigi kutatásokat és azok eredményeit (1. táblázat).

A *Fizikai aktivitás motivációi (MPAM)* minősül a kiinduló mérési modellnek. Az MPAM használatával három különböző motívum vizsgálható: az élvezet (enjoyment – 6 állítás), a kompetencia (competence – 7 állítás) és a testhez kötődő motívumok (body-related – 10 állítás). A modell 23 állítást tartalmazott (FREDERICK – RYAN, 1993; RYAN et al., 1997). FREDERICK és RYAN (1993) 376 főt kérdezett meg az USA-ban. A minta 64%-át férfiak, míg 36%-át nők tették ki. A mintában résztvevők átlagéletkora 39 év volt. A vizsgálatuk során kimutatták, hogy a különböző fajta fizikai aktivitások eltérő motivációval rendelkező embereket vonzhatnak és ennek alapján osztályozták a különféle egyéni sportokat. RYAN és szerzőtársai (1997) szintén 23 állítással dolgoztak és 40 főt kérdeztek meg, akik közül 24 fő férfi, míg 16 fő nő volt. A válaszadók átlagéletkora 21 év volt. Eredményeik szerint az élvezet és kompetencia belső motivációnak minősülnek, míg a testhez kötődő motiváció külső tényezőként jelenik meg. A kutatás során kiderült, hogy az élvezet és kompetencia motívumok jelentősebbnek bizonyultak a sportolók esetében, míg a testhez kapcsolódó motívumok lényegesebbek voltak a testmozgást hétköznapi módon végzők esetében.

A *Felülvizsgált fizikai aktivitás motivációi modellje (MPAM-R)* validált és 30 állítás segítségével méri, hogy egy személy fizikai aktivitási állapotának melyek a legfontosabb motivációs tényezői és mindezek alapján felmérhető, hogy milyen szintet képvisel egy aktívabb életforma felé vezető úton. A modellben öt faktort különítettek el a kutatók: az



élvezet (enjoyment – 7 állítás), a megjelenés (appearance – 6 állítás), társadalmi (social – 5 állítás), fittség és egészség (fitness/health – 5 állítás), kompetencia és kihívás (competence/challenge – 7 állítás) (RYAN et al., 1997). A következők során az MPAM-R modellel kapcsolatos konkrét kutatásokat és azok legfőbb eredményeit ismertetjük.

RYAN és szerzőtársai (1997) 155 fiatalat kérdeztek meg az USA-ban, akik átlagéletkora 19,5 év volt, illetve nemek szerinti megoszlás alapján 43%-uk férfi, míg 57%-uk nő volt. A megkérdezésük eredményeként megállapították, hogy a magasabb mértékű kompetenciával és élvezeti értékkel rendelkezők hosszabb edzésidőről és nagyobb erőfeszítéssel végzett edzésekről számoltak be az elvégzett fizikai aktivitásuk során.

WILSON és szerzőtársai (2002) eredményeikkel az MPAM-R modell érvényességét támasztották alá a kanadai egyetemi fitness órákon résztvevő nők körében. A kutatásuk során az eredeti 30 állítás helyett 28-at használtak fel. A megkérdezésben résztvevő nők átlagéletkora 26,9 év volt.

CELIS-MERCHÁN (2006) kolumbiai aktív sportolók körében végzett felméréseket. A kutatásban résztvevők életkora 18 és 25 év közé volt tehető. A kutatása során a sporttevékenységek végzésével és az edzők megítélésével kapcsolatban végzett méréseket, illetve a sportok környezeti hatásait is górcső alá vette.

MURCIA és szerzőtársai (2007) egy spanyol mintán dolgoztak, amelyben 561 fő vett részt. A kutatásuk alkalmával 28 állítást használtak fel. A nemek szerinti megoszlás alapján a minta 47%-a férfiakból, míg az 53%-a nőkből állt. A megkérdezettek átlagéletkora 31,8 év volt. Az eredményeik alapján megállapították, hogy az idősebbek számára az egészséghez kötődő motivációk a fontosak, míg a fiatalabbaknak a saját megjelenésük a prioritás.

SIT és szerzőtársai (2008) középkorú (30 és 59 év közötti) kínai nők fizikai aktivitásban való részvételének az okait vizsgálták, amelyek közül a fitnesszel és egészséggel kapcsolatos motivációkat emelték ki. Akadályozó tényezőként a barátok támogatásának hiányát, a rendelkezésre álló szűkös anyagi forrásokat és az időhiányt említették.

GONCALVES és ALCHIERI (2010) 309 brazil lakost kérdeztek meg, akik 49%-a férfi, míg 51%-a nő volt. A mintában szereplők átlagéletkora 35 év. Az eredmények alapján bebizonyították, hogy az MPAM-R modell a brazil fizikailag aktív lakosság körében is relevánsan alkalmazható.

WITHALL és szerzőtársai (2011) 144 brit lakost vontak be a kutatásukba. Közülük mindössze 22% volt férfi, míg a minta 78%-a nő. A válaszadók életkora a 18 és 55 év közötti kategóriába esett. A kutatók számos kulcstényezőt azonosítottak be a fizikai aktivitás fenntartását illetően a brit lakosoknál és megállapították, hogy az alacsonyabb jövedelműek számára fontosabb a fizikai aktivitás szintjének fenntartása, mint az átlag lakosoknál. A fenntartás akadályai közé soroltak többek között különféle extra költségeket és a gyermekmegőrzést.

BATTISTELLI és szerzőtársai (2016) 1995 olasz középiskolást vontak be a kutatásukba, akiknek az átlagéletkora 15,6 év volt. A nemek szerinti megoszlásuk kiegyensúlyozott volt (fiúk és lányok aránya 50-50%) A kutatók felmérték az olasz középiskolás fiatalok testmozgással kapcsolatos viselkedését és motivációikat. A kutatás során a BREQ modellt is adaptálták.

VANCAMPFORT és szerzőtársai (2017) 48 fő pszichózisban szenvedő ugandai lakost vizsgáltak. A betegek nemek szerinti megoszlása egyenlő arányú volt, míg az átlagéletkoruk 33,3 év. A kutatók kimutatták, hogy a betegségüktől függetlenül számukra is fontosak mind a külső, mind a belső motivációk a fizikai aktivitások elfogadásában és annak fenntartásában.

ALBUQUERQUE és szerzőtársai (2017) a brazil lakosokra vonatkozóan igazolták az MPAM-R modell portugál nyelvű változatának érvényességét. Azonban a validáláshoz 26



állításos kérdéssort alkalmaztak. A megkérdezésük során 300 főt kerestek fel, akiknek a 43%-a férfi, míg 57%-a nő volt, illetve a mintában szereplők átlagéletkora 28,4 év. Az elemzéseiket követően megállapították, hogy hatékonyan használható a modell a fizikai aktivitás motivációinak a mérésére. Ehhez újrakalkulálták az eredeti faktorsúlyokat.

LI (2018) 1601 kínai lakost vont be a vizsgálataiba, akiknek a többsége férfi (61%), míg kisebb részük nő (39%) volt. A válaszadók 19 és 22 év közöttiek voltak. Az eredményei alapján megállapította, hogy a képességgel kapcsolatos motiváció az elvégzett gyakorlatok iránti függőséget okozhatja.

KRÓL-ZIELINSKA és szerzőtársai (2018) lengyel serdülőket (átlagéletkor 16,2 év) vizsgáltak. A mintában szereplők 42%-a fiú, míg 58%-uk lány volt. Megállapították, hogy a lányok magasabb értékeket értek el a fiúknál az érdeklődés, a kompetencia, a társadalmi, a fitness és a megjelenés kategóriákban egyaránt. A lányoknak az élvezet és a megjelenés volt a két kiugró motivációs tényező.

1. táblázat: Az MPAM modellel kapcsolatos kutatások rendszerezése

| Forrás (szerző; év; ország) | Validitás és Reliabilitás | Skála típusa | Minta (nagysága ; nem; átlag életkor) | Mérési mutató | Állítá-sok | Faktorok (Crombach α) | Fontosabb eredmények |
|-----------------------------|--|--------------|---------------------------------------|---|------------|--|--|
| Frederick – Ryan (1993) USA | 66% (teljes magyarázott variancia) - RELIABILITÁS | 1-5 skála | N=376 241 férfi 134 nő 39 év | MPAM | 23 item | Élvezet (0,91), Kompetencia (0,91), Testhez kötődő (0,90) | Alapmodell! A belső és külső motivációs megkülönböztetést használták az egyének fizikai aktivitásának meghatározásához. Felfedezték, hogy különböző fajta fizikai aktivitások eltérő motivációjú embereket vonzhatnak. A vizsgálatban résztvevők elsődleges tevékenységeik alapján osztályozták a különféle egyéni sportokat. |
| Ryan et al. (1997) USA | nincs információ | 1-7 skála | N=40 24 férfi 16 nő 21 év | MPAM | 23 item | Élvezet (<0,87), Kompetencia (<0,87), Testhez kötődő (<0,87) | Az élvezet és kompetencia belső motivációnak minősülnek. A testhez kötődő motiváció külső tényezőként jelenik meg. A kutatás során kiderült, hogy az élvezet és kompetencia motívumok jelentősebbnek bizonyultak a sportolók esetében, míg a testhez kapcsolódó motívumok lényegesebbek voltak a testmozgást hétköznapi módon végzők esetében. |
| | 66% (teljes variancia) - RELIABILITÁS | 1-7 skála | N=155 89 nő 66 férfi 19,5 év | MPAM-R | 30 item | Fittség és egészség (0,92), Megjelenés (0,91), Kompetencia és kihívás (0,83), Élvezet-érdeklődés (0,78), Társadalmi (0,88) | A fizikai aktivitás motivációi közül a magasabb mértékű kompetencia és élvezeti értékkel rendelkező résztvevők többnyire hosszabb edzésidőről számoltak be. Továbbá az erősen fitnessorientáltak sokkal nagyobb erőfeszítéseket tettek az edzések közben, illetve nagyobb kihívást is jelentett számukra ezek elvégzése. |
| Wilson et al. (2002) Kanada | Conventionally acceptable standards (Q=3.39; CFI=0.85; IFI=0.86; | 1-7 skála | N=321 321 nő 26,9 év | MPAM-R és SDT (Self-Determination Theory) | 28 item | Fittség és egészség (0,87), Megjelenés (0,87), Kompetencia és kihívás (0,90), Élvezet-érdeklődés | Eredményeikkel alátámasztották az MPAM-R modell érvényességét az egyetemi fitness órákon résztvevő aktív nők körében. |

| | | | | | | | |
|---|---|--------------|---|--|------------|---|--|
| | RMSEA=0.08 [90% CI=0.08-0.09]) – VALIDITÁS ÉS RELIABILITÁS | | | | | (0,91), Társadalmi (0,82) | |
| Celis-Merchán (2006) Kolumbia | Cronbach α : 0,91 - RELIABILITÁS | 1-7 skála | N=90 18-25 év | MPAM-R és SCQ (Sports Climate Questionnaire) | 30 item | Fittség és egészség (0,81), Megjelenés (0,91), Kompetencia és kihívás (0,88), Élvezet-érdeklődés (0,76), Társadalmi (0,75) | Sporttevékenységek végzéséhez kapcsolódó motivációkat mért aktív sportolók körében, ahol az edzőkkel kapcsolatos megítélést is górcső alá vette. Az eredmények során a két mérési skálát relevánsan össze tudta hasonlítani. |
| Murcia et al. (2007) Spanyolország | 69,36% (teljes magyarozott variancia) - RELIABILITÁS | 1-7 skála | N=561 298 nő 263 férfi 31,8 év | MPAM-R | 28 item | Fittség és egészség (0,80), Megjelenés (0,87), Kompetencia és kihívás (0,85), Élvezet-érdeklődés (0,84), Társadalmi (0,81), | Az időskorúak nagyobb jelentőséget tulajdonítanak az egészséghez fűződő motivációknak. Ezzel szemben a fiatalok számára a saját megjelenésük a fontosabb. A nemek között nem mértek jelentősebb különbséget a kutatók az egészség, a megjelenés, a szociális tényezők és az élvezet faktoroknál. |
| Sit et al. (2008) Kína | Cronbach α : 0,80 RELIABILITÁS | 1-7 skála | N=306 306 nő 30-59 év | MPAM-R, PARR és SCM | 30 item | Fittség és egészség (0,85), Megjelenés (0,77), Kompetencia és kihívás (0,90) Élvezet-érdeklődés (0,90), Társadalmi (0,87) | A vizsgálatban résztvevő középkorú nők a fizikai aktivitásban való részvételük két legfontosabb okaként a fitnesszel és az egészséggel kapcsolatos motivációkat említették, illetve kiemelték az elvégzett gyakorlatok élvezetét és az érdeklődésük javítását. A család vagy barátok támogatásának a hiánya, a rendelkezésre álló szűkös erőforrások és idő voltak a legfőbb akadályai a részvételnek. |
| Goncalves – Alchieri (2010) Brazília | Cronbach α : 0,89; 51% (teljes magyarozott variancia) VALIDITÁS ÉS | 1-7 skála | N=309 157 nő 152 férfi 35 év | MPAM-R | 26 item | Fittség és egészség (0,84), Megjelenés (0,79), Kompetencia és kihívás (0,85), | Feltáró és megerősítő faktoranalízissel a kutatók bebizonyították, hogy a brazil fizikailag aktívnak minősülő lakosokra nézve is hatékonyan alkalmazható a modell. |

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|-----------|---|---|---------|--|--|
| | RELIABILITÁS | | | | | Élvezet-érdeklődés (0,88), Társadalmi (0,75) | |
| Withall et al. (2011) UK | Cronbach α : 0,61 RELIABILITÁS | 1-7 skála | N=144 112 nő 32 férfi 18-55 (alatta és felette is) | MPAM-R | 30 item | Fittség és egészség (0,89), Megjelenés (0,86), Kompetencia és kihívás (0,88), Élvezet-érdeklődés (0,88), Társadalmi (0,84) | Számos kulcsfontosságú tényező a fokozottabb fizikai aktivitás megtartásában nagyobb hatást gyakorol az alacsonyabb jövedelmű csoportoknál, mint az átlag lakosoknál. Felmerülhetnek olyan akadályok a fenntartás terén, mint a költségek, a gyermekmegőrzés. |
| Battistelli et al. (2016) Olaszország | VALIDITÁS ÉS RELIABILITÁS | 1-7 skála | N=1995 998 nő 997 férfi 15,6 év | MPAM-R és BREQ | 30 item | Fittség és egészség, Megjelenés, Kompetencia és kihívás, Élvezet-érdeklődés, Társadalmi (0,78 és 0,88 között) | Elmondható, hogy a BREQ és az MPAM-R hasznosnak bizonyultak az olasz fiatalok (középiskolások) testmozgással kapcsolatos viselkedésének szabályozására és a fizikai aktivitás motivációinak mérésére. Ezek az eszközök a motiváció belső és külső típusait egyaránt hatékonyan mérhetővé tették. |
| Vancampfort et al. (2017) Uganda | RELIABILITÁS | 1-3 skála | N=48 24 nő 24 férfi 33,3 év | MPAM-R és BSI (Brief Symptom Inventory) | 30 item | Fittség és egészség, Megjelenés, Kompetencia és kihívás, Élvezet-érdeklődés, Társadalmi (0,70 és 0,85 között) | A külső (fitnesz, megjelenés és társadalmi előnyök) és a belső (érdeklődés és kompetencia) motivációk egyaránt fontosak pszichózisban szenvedők fizikai aktivitásának elfogadásában és fenntartásában. |
| Albuquerque et al. (2017) Brazília | Cronbach α : 0,925 VALIDITÁS ÉS RELIABILITÁS | 1-7 skála | N=300 171 nő 129 férfi 28,4 év | MPAM-R | 26 item | Fittség és egészség (0,79), Megjelenés (0,76), Kompetencia és kihívás (0,88), Élvezet-érdeklődés (0,92), Társadalmi (0,83) | A kutatók igazolták az MPAM-R portugál változatának érvényességét és kiváló pszichometriás tulajdonságait. Tehát jól használható a modell a fizikai aktivitás motivációinak méréséhez. Egy súlyozott módszernek köszönhetően hatékonyabban kalkulálható faktorsúlyokat állapítottak meg a kutatók. |
| Li (2018) Kína | Cronbach α : 0,634 VALIDITÁS ÉS | 1-5 skála | N=1601 617 nő 984 férfi | MPAM-R – EAI (Exercise | 15 item | Élvezet Kompetencia Megjelenés | Megállapította, hogy a képességgel kapcsolatos motiváció is elvezethet az elvégzett gyakorlatok iránti függőséghez. A megjelenéssel és a képességekkel kapcsolatos motivációk |

| | | | | | | | |
|---|------------------------|-----------|--|--|----|---|--|
| | RELIABILITÁS | | 19-22 év | Addiction Inventory) – Psychological Need Satisfaction in Exercise Scale | | Egészség Társadalmi interakció | közvetítő szerepet játszanak a kompetencia szükségessége és a gyakorlatok végzése iránt érzett függőség között. |
| Król-Zielinska et al. (2018) Lengyelország | REGRESSZIÓ ANALÍZIS | 1-7 skála | N=1231 716 nő 515 férfi 16,2 év | MPAM-R és IPAQ | 30 | Fittség és egészség, Megjelenés, Kompetencia és kihívás, Élvezet-érdeklődés, Társadalmi (0,87 felett) | A lányok magasabb pontszámokat értek el a fiúknál az érdeklődés, a kompetencia, a társadalmi, a fitness és a megjelenés kategóriákban. Azonban a serdülőket számos külső körülmény befolyásolja a fizikai aktivitásuk pontos meghatározásában. A lányoknál az élvezet és a megjelenés a két kiemelkedő motivációs tényező. |

Forrás: Saját szerkesztés, 2019



3. Diszkusszió

A fizikai aktivitás motivációinak feltérképezéséhez az MPAM-R modell minősül az egyik legalkalmasabb mérőeszköznek (RYAN et al., 1997). A modell 30 állítás segítségével méri, hogy egy egyén fizikai aktivitásának melyek a legfontosabb motivációs tényezői. Így megállapíthatóvá válik, hogy az egyén hol tart az aktívabb életmód felé vezető úton. A modell 5 jól elkülöníthető faktora által az élvezet, a megjelenés, a társadalmi tényezők, a fittség és egészség érzete, illetve a mozgással kapcsolatos kompetencia és kihívás egyaránt elemzés alá vonható.

Az MPAM-R modell hatékony és széleskörű alkalmazhatóságát mi sem bizonyítja jobban, minthogy szinte minden kontinensen vizsgálták ennek relevanciáját és validitását. A modellel kapcsolatos kutatások leginkább az USA-ból indultak ki, ahol főleg RYAN és szerzőtársai (1997) felmérései által születtek meg az első konkrét eredmények. A modell mérési hatékonyságát Kanadában adaptálták, ahol WILSON és szerzőtársai (2002) végeztek kutatásokat. A dél-amerikai kontinensen Kolumbiában CELIS-MERCHÁN (2006), míg Braziliában GONCALVES és ALCHIERI (2010), illetve ALBUQUERQUE és szerzőtársai (2017) vizsgálták. Afrikában VANCAMPFORT és szerzőtársai (2017) folytattak méréseket Uganda lakosai körében. Ázsiát illetően Kínában végeztek el számos kutatást az MPAM-R modell felhasználásával, többek között SIT és szerzőtársai (2008) és LI (2018) vizsgálták a kínai lakosokat. Európában több országban is végeztek széleskörű felméréseket a lakosok fizikai aktivitásának motivációiról. Spanyolországban MURCIA és szerzőtársai (2007) vizsgálták. Olaszországban BATTISTELLI és szerzőtársai (2016) olasz nyelvre fordították és validálták a modellt. Az Egyesült Királyságban WITHALL és szerzőtársai (2011) végeztek az MPAM-R modellel méréseket, míg Lengyelországban KRÓL-ZIELINSKA és szerzőtársai (2018) hajtották végre a felméréseket.

A tanulmányban részletesen bemutatott kutatások mindegyikére igaz, hogy a minta összetételének kiválasztása során a kutatók nem alkalmaztak egységes szempontokat. A nemek szerinti megoszlást illetően a kutatások többségében nem jellemző az adott ország szerinti reprezentatív mintavétel. Kivételt képez ez alól MURCIA és szerzőtársai (2007), GONCALVES és ALCHIERI (2010), BATTISTELLI és szerzőtársai (2016) kutatásai, ahol a kutatók minden bizonnyal törekedtek a nemek szerinti megoszlás reprezentatív kialakítására. VANCAMPFORT és szerzőtársai (2017), RYAN és szerzőtársai (1997) vizsgálatainál az alacsony mintanagyság és a speciális mintaösszetétel miatt nehéz megítélni a reprezentativitás meglétét. WILSON és szerzőtársai (2002), illetve SIT és szerzőtársai (2008) kifejezetten a női nem képviselőinek a preferenciáit vizsgálták.

A górcső alá vett kutatások a korcsoportok alapján két megközelítést képviseltek. Számos kutatás vizsgálta a fiatalokat (leginkább középiskolásokat és egyetemistákat) (RYAN et al., 1997; CELIS-MERCHÁN, 2006; BATTISTELLI et al., 2016; LI, 2018; KRÓL-ZIELINSKA et al., 2018). A feldolgozott kutatások másik fele pedig leginkább a középkorú korosztály képviselőit térképezte fel a fizikai aktivitásukkal kapcsolatos motivációkat figyelembe véve (FREDERICK – RYAN, 1993; WILSON et al., 2002; MURCIA et al., 2007; SIT et al., 2008; GONCALVES – ALCHIERI, 2010; WITHALL et al., 2011; VANCAMPFORT et al., 2017; ALBUQUERQUE et al., 2017).

Összességében megállapítható, hogy az MPAM-R modell számos országban került már validálásra. Tehát globális szinten jelentős mérési eszköznek minősül a fizikai aktivitás motivációinak feltérképezésére. A modell eddigi széleskörű alkalmazásának egyik legfőbb gyengesége, hogy az egyes országokban a mintavétel során a kutatók nem alkalmaztak egységes



szempontrendszer. Így a különféle országokban elvégzett kutatások eredményei nehezen összemérhetők.

4. Köszönetnyilvánítás

A publikáció elkészítését az EFOP-3.6.2-16-2017-00003 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

5. Irodalomjegyzék

- Albuquerque, M. R. – Lopes, M. C. – de Paula, J. J. – Faria, L. O. – Pereire, R. T. – da Costa, V. T. (2017): Cross-Cultural Adaptation and Validation of the MPAM-R to Brazilian Portuguese and Proposal of a New Method to Calculate Factor Scores. *Frontiers in Psychology*. 8 (261) <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00261>
- Battistelli, A. – Montani, F. – Guicciardi, M. – Bertinato, L. (2016): Regulation of exercise behaviour and motives for physical activities: The Italian validation of BREQ and MPAM-R questionnaires. *Psychologie française*. 61 (4) 333–348. <http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.psfr.2014.10.003>
- Caspersen, C. J. – Powell, K. E. – Christenson, G. M. (1985): Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*. 100 (2) 126–131. <https://doi.org/10.2307/20056429>
- Celis-Merchán, G. A. (2006): Adaptación al español de la escala revisada de motivos para la actividad física (MPAM-R) y el cuestionario de clima deportivo (SCQ). *Avances en Medición*. 4 (1) 73–90.
- Csányi, T. (2010): A fiatalok fizikai aktivitásának és inaktív tevékenységeinek jellemzői. Új pedagógiai szemle. (3-4) 115–129.
- Frederick, C. – Ryan, R. M. (1993): Differences in Motivation for Sport and Exercise and their Relations with Participation and Mental Health. *Journal of Sport Behavior*. 16 (3) 124–146.
- Goncalves, M. P. – Alchieri, J. C. (2010): Adaptação e validação da escala de motivação à prática de atividades físicas (MPAM-R). *Avaliação Psicológica*. 9 (1) 129–138.
- Król-Zielinska, M. – Groffik, D. – Bronikowski, M. – Kantanista, A. – Laudanska-Krzeminska, I. – Bronikowska, M. – Korcz, A. – Borowiec, J. – Frömmel, K. (2018): Understanding the Motives of Undertaking Physical Activity with Different Levels of Intensity among Adolescents: Results of the INDARES Study. *Hindawi BioMed Research International*. <https://doi.org/10.1155/2018/1849715>
- Li, M. (2018): The Influence of Psychological Needs and Exercise Motivation on Exercise Dependence among Chinese College Students. *Psychiatric Quarterly*. 89 983–990. <https://doi.org/10.1007/s11126-018-9595-2>
- Murcia, J. A. M. – Gimeno, E. C. – Camacho, A. M. (2007): Validación de la Escala de Medida de los Motivos para la Actividad Física-Revisada en españoles: Diferencias por motivos de participación. *Anales de Psicología*. 23 (1) 167–176. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00261>
- Roóz J. – Heidrich B. (2013): Vállalati gazdaságtan és menedzsment alapjai. Budapest, Budapesti Gazdasági Főiskola



- Ryan, R. M. – Frederick, C.M. – Lipes, D. – Rubio, N. – Sheldon, K. M. (1997): Intrinsic motivation and exercise adherence. *International Journal of Sport Psychology*. 28 (4) 335–354.
- Sit, C. – Kerr, J. H. – Wong, I. T. F. (2008): Motives for and barriers to physical activity participation in middle-aged Chinese women. *Psychology of Sport and Exercise*. 9 (3) 266–283. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2007.04.006>
- Vancampfort, D. – De Hert, M. – Probst, M. – Firth, J. – Myin-Germeys, I. – van Winkel, R. – Naisiga, A. – Basangwa, D. – Mugisha, J. (2017): Interest, competence, appearance, fitness and social relatedness as motives for physical activity in Ugandan outpatients with psychosis. *Mental Health and Physical Activity*. 13 (October) 94–99. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2017.05.001>
- Wilson, P.M. – Rodgers, W. M. – Fraser, S. N. (2002): Cross-Validation of the Revised Motivation for Physical Activity Measure in Active Women. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 73 (4) 471–477. <https://doi.org/10.1080/02701367.2002.10609048>
- Withall, J. – Jago, R. – Fox, K. R. (2011): Why some do but most don't. Barriers and enablers to engaging low-income groups in physical activity programmes: a mixed methods study. *BMC Public Health*. 11 (507) <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-507>



**DEBRECENI
EGYETEM**

5. INNOVÁCIÓ ÉS TÁRSADALMI FELELŐSSÉGVÁLLALÁS



Az innováció fogalmának fejlődése

VUKOSZAVLYEV SZLOBODAN
ügyvezető, Premium Genom Kft.
szlobodan@gmail.com

POLERECZKI ZSOLT
PhD, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
polereczki.zsolt@econ.unideb.hu

KOVÁCS BENCE
MSc, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
kovacs.bence@econ.unideb.hu

Absztrakt

A világ fejlődése igencsak látványos folyamat, főképp, ha abból a szempontból nézzük, hogy hová jutott az emberiség az őskortól napjainkig. Ez a fejlődési folyamat, a folyamatos újítások, fejlesztések alapjaiban változtatták meg az emberiség életét. Ennek tükrében nem csoda, hogy a közgazdaság,- gazdálkodás- és szervezéstudományok népszerű kutatási területei közé tartozik a fejlődésgazdaságtan és az innováció. A tanulmányban igyekszünk átfogó képet adni az innováció fogalmi rendszeréről. Bemutatjuk, hogy a XX. századtól kezdődően hogyan változott az innováció értelmezése, mi az, ami ma a gyakorlatban innovációnak tekinthető, miképp építhető be egy szervezet életébe az innováció és hogyan ágyazódik be az innováció megkerülhetetlenül az életünkbe.

Kulcsszavak: innováció, innovációs modellek, innovációs folyamat



1. Bevezetés

A világ fejlődése igencsak látványos folyamat, főképp, ha abból a szempontból nézzük, hogy hová jutott az emberiség az őskortól napjainkig. Ez a fejlődési folyamat, a folyamatos újítások, fejlesztések alapjaiban változtatták meg az emberiség életét. Ennek tükrében nemcsoda, hogy a közgazdaság-, gazdálkodás- és szervezéstudományok népszerű kutatási területei közé tartozik a fejlődésgazdaságtan és az innováció. A tanulmányban igyekszünk átfogó képet adni az innováció fogalmi rendszeréről és megvilágítani az innováció mint folyamat vagy társadalmi–gazdasági jelenség hátterében meghúzódó tényezőket. Bemutatjuk, hogy a XX. századtól kezdődően hogyan változott az innováció értelmezése, mi az, ami ma a gyakorlatban innovációnak tekinthető, miképp építhető be egy szervezet életébe az innováció és hogyan ágyazódik be az innováció megkerülhetetlenül az életünkbe.

2. Az innováció fogalma

Az innováció latin eredetű szó, az innovare, innovatum igéből származik, mely két részből áll: az in- nyomatékosítást kifejező előtagból és a novus (új, újdonság) szóból, lefordítva megújítást jelent (KERESZTES, 2013). Az innováció fogalmával és értelmezésével részletesebben a XX. századtól foglalkoztak. Az 1. táblázatban összegyűjtöttük a legfontosabb megközelítéseket nemzetközi, illetve hazai szinten.

1. táblázat: Az innováció fogalmának fejlődése

| Szerző | Meghatározás |
|---------------------------|--|
| SCHUMPETER (1939) | Egy új vagy módosított termék piaci bevezetése: - új termék bevezetése az iparágban - új termelési eljárás/módszer bevezetése - új piac felfedezése - új forrás felfedezése az inputok piacán - új szervezet létrehozása |
| DRUCKER (1954) | A szervezet két alapfunkciójának egyike. |
| HOWARD – SHETH (1969) | Bármilyen új elem értékesítése függetlenül attól, hogy új vagy sem a szervezet számára. |
| ROGERS – SHOEMAKER (1971) | Új ötlet, amit az egyén újnak érz. |
| DOWNS – MOHR (1976) | Bármely olyan eszköz, rendszer, folyamat, probléma, termék vagy szolgáltatás adaptációja, ami a szervezet számára új. |
| DRUCKER (1985) | Az innovációra az élet minden területén szükség van, az innováció nem kizárólag műszaki vagy gazdasági jelenség. |
| SIMMONDS (1986) | (1) Új ötlet, aminek a tartalma lehet: új termék és szolgáltatás, egy létező termék új felhasználási lehetősége, új piac egy létező termék számára, új marketing-módszer. (2) Alapvetően egy kreatív folyamat. |
| OECD (1992) | Megkülönböztet termék- és eljárás-innovációt, a termékinnovációk közül a radikális és a módosító termékinnovációk között. Radikális termékinnováció: olyan új termék, amelynek felhasználása, teljesítményjellemzői, tulajdonságai, tervezési sajátosságai, anyagfelhasználása vagy alkatrészei jelentősen eltérnek a korábbi konstrukcióktól. Módosító termékinnováció: egy meglévő termék teljesítményének jelentős javítása, nagyobb teljesítményű alkatrészek vagy jobb minőségű anyagok felhasználásával. Eljárás-innováció: új, vagy jelentősen javított gyártási módszerek alkalmazása. |



| | |
|---|--|
| DAVENPORT (1993) | Egy feladat végrehajtása radikálisan új módon. |
| HENDERSON – LENTZ (1996) | Innovatív ötletek implementációja. |
| DOUGHERTY – HARDY (1996) | Új termék vagy szolgáltatás megalkotása, fejlesztése, gyártmányfejlesztése, gyártása, piacra vitele és folyamatos menedzselése. |
| BOER – DURING (2001) | A termék-piac-technológia-szervezet új kombinációja. |
| OECD (2002) | Az innovációs folyamat részének tekinti a K+F folyamatokat, s ezen belül három típust különböztet meg: alapkutatás, alkalmazott kutatás, kísérleti fejlesztés. |
| OECD (2006) | „Az innováció - új, vagy jelentősen javított termék (áru vagy szolgáltatás) vagy eljárás, - új marketing-módszer, vagy - új szervezési-szervezeti módszer bevezetése - az üzleti gyakorlatban, munkahelyi szervezetben, vagy a külső kapcsolatokban.” Az innováció területeit egyenként definiálja. |
| CHIKÁN (2008:31) | „... a fogyasztói igények új, magasabb minőségi szinten való kielégítése...” |
| 2014. évi LXXVI. törvény a tudományos kutatásról, fejlesztésről és innovációról | „a gazdasági tevékenység hatékonyságának, jövedelmezőségének javítása, a kedvező társadalmi és környezeti hatások elérése érdekében végzett tudományos, műszaki, szervezési, gazdálkodási, kereskedelmi műveletek összessége, amelyek eredményeként új vagy lényegesen módosított termék, eljárás, szolgáltatás jön létre, új vagy lényegesen módosított eljárás, technológia alkalmazására, piaci bevezetésére kerül sor, ideértve azokat a változásokat, amelyek csak adott ágazatban vagy adott szervezetnél minősülnek újdonságnak” |
| NKFI (2018) | „Az innováció lehet egy új termék (új fogyasztói javak előállítás), új termelési eljárás (megújított termelés, vagy szállítási módszer), új piac (új piacok, új elhelyezési lehetőség megnyitása), új nyersanyag (újfajta nyersanyagok és félkész áruk használata, beszerzési forrásainak megnyitása), vagy egy új szervezet, újfajta vállalati, vagy iparági szervezés létrehozása vagy megszüntetése. Ismert a termékinnováció, eljárás innováció, marketing innováció, szervezeti innováció megkülönböztetés, továbbá az innovatív üzleti modell is.” |

Forrás: Saját szerkesztés saját gyűjtés alapján

Az innovációval elsőként alaposabban SCHUMPETER (1939) foglalkozott, munkássága alapjaiban meghatározta az innováció tudományos és üzleti megközelítését. Kiemelendő, hogy már Schumpeter sem kizárólag a radikális termékinnovációt értette a fogalom alatt, valamint megnevezte az innováció területeit is. Az innovációs gondolkodás fejlődésében lényeges pont HOWARD és SHETH (1969) munkája, a szerzőpáros határozta meg elsőként, hogy az innovációra relatív módon kell tekintenünk, azaz nemcsak az nevezhető innovációnak, ami az egész piac, gazdaság, társadalom számára új, hanem az is az innováció kategóriájába tartozik, ami a szervezet számára újdonságnak számít. Ezt a megközelítést mélyítette tovább ROGERS és SHOEMAKER (1971), véleményük szerint minden újnak minősül, amit az egyén újnak észlel. A következő lényeges fejlődési pont DRUCKER 1985-ös munkája, ebben Drucker kiterjeszti az innováció fogalmát, megjelenik a társadalmi innováció fogalma és a szerző szerint nem lehet csupán a műszaki és gazdasági területre leszűkíteni az innováció jelentőségét. SIMMONDS (1986) vezeti be a kreativitás szerepét az innovációs folyamatba. Értelmezése szerint a kreativitás abban segíti a szervezetet, hogy az a megszerzett ismereteket a korábban megszokotthoz képest eltérően, újfajta struktúrában képes implementálni.

Az innováció nemzeti és nemzetközi támogatási rendszere hívott életre egy nemzetközileg is elfogadható, közösen értelmezett definíciót. Elsőként az 1992-ben megjelent Oslo kézikönyv próbált megoldást kínálni erre a problémára, melyet az OECD jelentetett meg. Ez a definíció azonban a termék- és eljárás-innovációra helyezte a hangsúlyt, valamint külön definiálta az



egyes kategóriákat (radikális termékinnováció, módosító termékinnováció, eljárás-innováció). További bonyodalmakra adhat okot az OECD által 2002-ben megjelentetett Frascatti kézikönyv, ami a tudományos kutatással és fejlesztéssel foglalkozik, ezeket pedig egyértelműen az innováció körébe sorolja, ezzel ellentétben jelenleg a hazai gyakorlatban a Nemzeti Kutatási és Fejlesztési Innovációs Hivatal (röviden: NKFI) szétválasztja a kutatást és fejlesztést az innovációtól.

Talán a mai gyakorlatban leginkább elterjedt meghatározása az innovációnak az Oslo kézikönyv harmadik kiadásában jelent meg 2006-ban. A kézikönyv e kiadása részletesen és egyértelműen meghatározza az innováció fogalmát és az innováció eseteit is magyarázza. Problémás helyzetet szül, hogy a hazai gyakorlatban az innováció definíciójának harmonizációja csak részben valósult meg. A jogalkotó a tudományos kutatásról, fejlesztésről és innovációról szóló 2014. évi LXXVI. törvényben meghatározza a fogalmat, tehát jogilag Magyarországon ez az alkalmazandó definíció, ezzel ellentétben az NKFI eltér ettől. Véleményünk szerint lényegi különbség a két fogalom között nincs, ugyanakkor államigazgatási szinten elvárható lehet a fogalom harmonizációja, ha erre a jogalkotó törvényben kitér. Érdekesség, hogy a hazai tudományos megközelítésben Chikán Attila, a Magyar Tudományos Akadémia tagja a népszerű Vállalatgazdaságtan című könyvében egy új megközelítést alkalmaz, melyben talán a vevőorientáció szerepe jelenik meg kardinálisan.

4. Innovációs modellek

Az innovációs folyamat gyakorlati megvalósításának pontos megértéséhez és az innovációs gondolkodás fejlődésének bemutatásához segítséget nyújthatnak az innovációs modellek. Ezek az innovációs modellek az innovációt folyamatában mutatják, megjelenítve, hogy milyen szakaszok azonosíthatók és azok közt milyen kapcsolódás található. Ezeket a modelleket generációknak tekintjük, ez alapján feltételezett az innováció innovációja vagy az innováció magasabb szintű megértése, esetleg az innováció minél eredményesebb igazítása a változó piaci környezethez. A 2. táblázatban az innovációs modellek összehasonlítása látható a különböző szerzők megközelítése alapján.

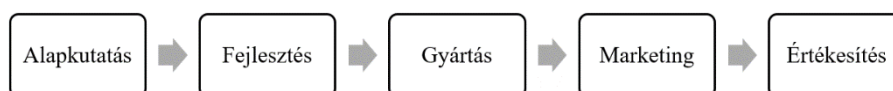
2. táblázat: Az innovációs modellek összehasonlítása

| Generáció | ROTHWELL (1994) | MARINOVA – PHILLMORE (2003) | BERKHOUT et al. (2006) | BOCHM – FREDERICK (2010) |
|-----------|--------------------------------|-----------------------------|---|--------------------------|
| Első | Technológiai tolás | Fekete doboz modell | Technológiai tolás | Technológiai tolás |
| Második | Piaci húzás | Lineáris modellek | Piaci húzás | A kereslet húzása |
| Harmadik | Kapcsolt modell | Visszacsatolós modell | Az első és második generációs modell kombinációja | Portfólió-menedzsment |
| Negyedik | Integrált modell | Rendszermodell | Ciklikus innováció modellje | Integrált menedzsment |
| Ötödik | Párhuzamos és integrált modell | Evolúciós modell | - | Rendszer integráció |
| Hatodik | - | Innovációs környezet | - | Hálózati integráció |

Forrás: Saját szerkesztés TAFERNER, 2017 alapján



Az első és a második generációs modelleket lineáris modelleknek tekintjük, mert az innovációt egy véges, meghatározott szakaszokból álló folyamatként értelmezzük, ahol a szakaszok egymásra épülnek és az egyik szakasz lezárását követően kezdődik a következő szakasz. A terület meghatározó szerzői túlnyomórészt egyet értenek abban, hogy a lineáris toló (technológiai tolás) modell tekinthető az elsőgenerációs, míg a lineáris húzó (piaci húzás) tekinthető a másodikgenerációs innovációs folyamatmodellnek.

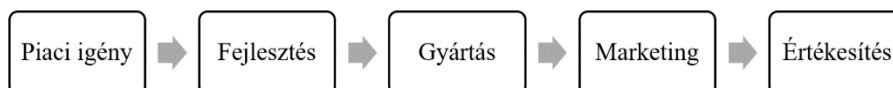


1. ábra: Technológiai tolás

Forrás: Saját szerkesztés ROTHWELL, 1994 alapján

Az elsőgenerációs modellt logikai felépítése alapján nevezhetjük szükségletteremtő vagy technológiavezérelt innovációs modellnek is (1. ábra). Az elsőgenerációs technológiai tolásra épülő innováció alapgondolata, hogy az innovációs folyamat valamilyen új kutatási eredményből származik, ezek a kutatási eredmények részben a technológiai fejlődés ösztönző hatásának köszönhetőek, ugyanakkor a fejlesztés és az innováció elébe meg a fogyasztói igényeknek, kvázi teljesen kizárja a folyamatból a piaci keresletet. A modell az állami vagy magán K+F központokban létrejött tudományos ismeretekre épül, melyek implementálása az innováció feladata (BARBIERI – ÁLVARES, 2016; ROTHWELL, 1994).

A folyamatban elsősorban a termelési és termék koncepció jellemzői, valamint a folyamat előrehaladását követően az értékesítési koncepció motívumai fedezhetők fel a marketing szemlélet teljes hiánya mellett.



2. ábra: Piaci húzás

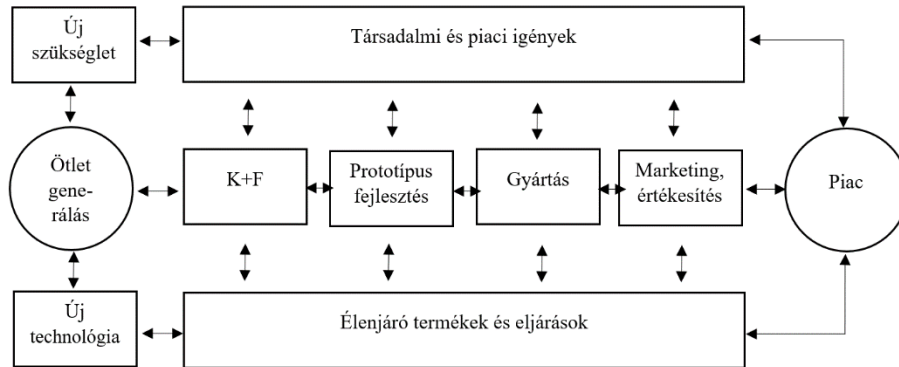
Forrás: Saját szerkesztés ROTHWELL, 1994 alapján

A másodikgenerációs modell a piaci vagy keresleten alapuló húzásra épít (2. ábra). Leegyszerűsítve úgy is nevezhetjük, hogy ez egy szükségletkövető vagy piacvezérelt innováció. Ezt az újfajta megközelítést a piaci verseny kiéleződése hívta életre. A piacon lassan kialakuló túlkínálat oda vezetett, hogy a vállalatoknak olyan értéket kellett felkínálniuk a piacon, melyre valós igény jelentkezik. Leegyszerűsítve nem azt kell gyártani, amit létre tudunk hozni, hanem azt kell létrehozni és legyártani, amire a piacon igény van. Ennek a felfogásnak a megjelenése az Egyesült Államokban nagyjából az 1960-as, 1970-es évekre tehető, a folyamatban pedig egyértelműen fellelhetők a marketing koncepció ismertető jegyei, elsősorban a vállalat által megvalósított vevőorientáció (ROTHWELL, 1994; KOTLER – KELLER, 2012).

Bár a másodikgenerációs lineáris modell sok tekintetben előrébb mutat, mégis a lineáris modellek közös problémája a szükségletkövető modellt is terheli, azaz mindkét modell egy belátható, egyirányú, véges, a részek egymásra épülését feltételező metodikát követ.

A lineáris modellek közös hibájának a kiküszöbölésére ROTHWELL (1994) alapján a visszacsatolós modell képes megoldást adni (3. ábra). Ez a modell összekapcsolja a lineáris modelleket és kiemeli, hogy a piaci igényeknek nem csupán a folyamat elején van szerepe,

hanem a folyamat valamennyi lépésében, továbbá kiemeli, hogy az innováció végeredményét nem lehet a kezdetekben pontosan meghatározni.

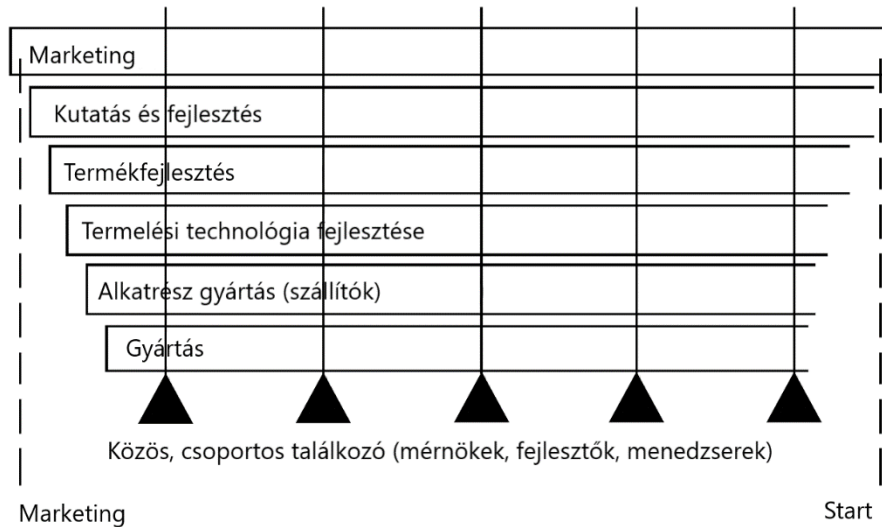


3. ábra: A visszacsatolós modell

Forrás: Saját szerkesztés GALANAKIS, 2006 alapján

A visszacsatolós modell elsősorban abban mutat jelentős különbséget a szükségletkövető modellhez képest, hogy jóval nagyobb rugalmasságot biztosít a folyamatban, azonban ez a rugalmasság csak akkor számít, ha a projektmenedzser vagy az innovációs folyamat koordinátora rendelkezik azokkal az attitűdökkel és szemlélettel, hogy az innovációba „beengedjen” egy folyamatos iterációt és vállalja, hogy ezáltal a folyamat komplexitása fokozódik.

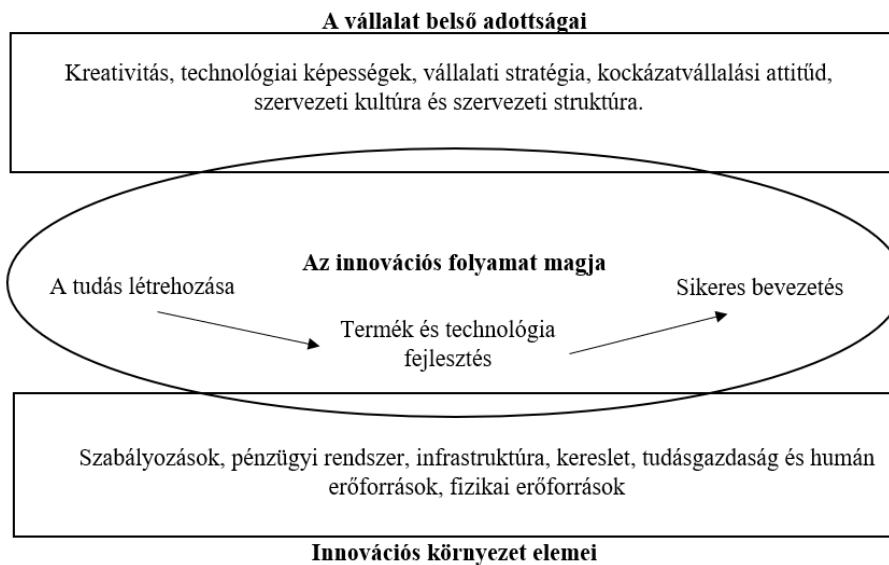
Az innováció eredményeinek (termékek, technológiák, eljárások, módszerek) az életciklusának a rövidülése, valamint a tovább erősödő verseny vezetett oda, hogy a visszacsatolós innováció újragondolása vált szükségessé. Az innovatív tevékenységek párhuzamos voltának felismerése magával hozta, hogy (1) a vállalaton belüli innovációs folyamatok integrációja szükséges, (2) az innovációs folyamat átlépi a szervezet határát és sokszereplős együttműködések előtt nyílik meg a kapu akár a szállítók, akár felhasználók, akár a versenytársak bevonásával. A 4. ábrán látható a negyedikgenerációs innovációs modell: az integrált modell (BOCHM – FREDERICK, 2010). Véleményünk szerint a modell logikájának ábrázolása ROTHWELL (1994) grafikus szemléltetésén nem adja át azt, hogy az innovációs folyamat előtt megnyílnak a szervezet határai, csupán azt hangsúlyozza az ábra, hogy a szervezeten belül integráció valósul meg. Ennek ellenére vegyük észre, hogy az integrált modell már igazi áttörést jelentett az innovációs gondolkodás fejlődésében, mert felismerte annak többszereplős (esetleg hálózatos) mivoltát.



4. ábra: Az integrált modell

Forrás: Saját szerkesztés ROTHWELL, 1994 alapján

Az integrált modell kibővítésének tekinthető az ötödikgenerációs innovációs modell, ami a tudás által vezérelt gazdaságban integrált módon közelíti meg az innovációt, miközben tartalmazza a korábbi modellek lényeges paramétereit (5. ábra). A folyamat komplexitását jól jelzi, hogy kibővíti az informatikai eszközök és irányítási rendszerek kiemelt szerepével, valamint, hogy a gyártás szempontjainak érvényesülniük kell már az előzetes tervezések során is. Összefoglalva, a modellben az innováció gyors és folyamatos implementálásának az alapja az integrált hálózatok és rendszerek intenzív és rugalmas használata (ROTHWELL, 1994; GALANKIS, 2006). A gyakorlatban a Triple és Quadruple Helix modellek megvalósítása már igen közel állónak tekinthető az ötödikgenerációs modellhez.



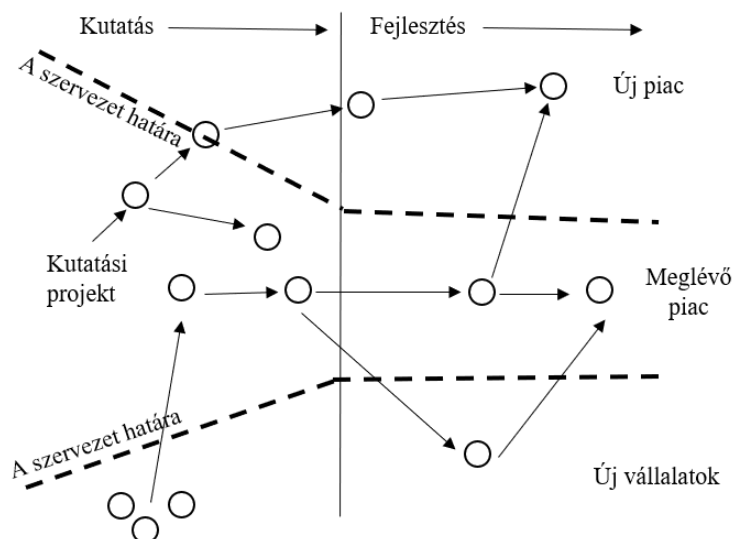
5. ábra: Az ötödikgenerációs innovációs modell

Forrás: Saját szerkesztés GALANKIS, 2006 alapján

MARINOVA és PHILLMORE (2003) ötödikgenerációs innovációs modelljét a darwini evolúció ihlette. Megközelítésük szerint az innováció az evolúció egyik fajtája a modern társadalomban, ahol a fajok létrejötte az innovációs folyamatok produktuma, ezek természetes szelekcióját (hosszútávon pedig azt, hogy melyik vállalatok maradnak a piacon) a piacgazdaságban folyó verseny szavatolja.

Ma már találkozhatunk az innováció hatodikgenerációs modelljeivel is, elsősorban angol nyelvű folyóiratok közleményeiben. MARINOVA és PHILLMORE (2003) munkássága alapján elmondható, hogy ezt az új generációt a teljesmértékű hálózatos integritás jellemzi, a modell központi eleme az innovációs környezet, amit a tudásállomány és az egyéni kompetenciák kreatív kombinációjaként értelmeznek. További kulcselemként jelenik meg a szerzőpáros munkásságában, hogy az innovációs környezet szerves elemének tekinti mindezek mellett a helyi szervezeteket, a technológiai, valamint a gazdasági folyamatokat. Továbbá véleményük szerint az innovációs hálózatokban nem szükségszerű a formalizált együttműködés (pl. stratégiai szövetségek által deklarálva), mert az innovációs környezet mint hatodikgenerációs modell, nem a vállalat által irányított, tervezett, szervezett innovációs folyamat, hanem egy külső adottság, amit a környezet generál, azaz a felhasználók, fogyasztók, versenytársak, társadalmi, kulturális, gazdasági feltételek és tényezők (MARINOVA – PHILLMORE, 2003).

Véleményünk szerint a hatodikgenerációs innovációs modellnek már az értelmezése is nehezebb az előzőkénél, a gyakorlati implementálása pedig már a leírásából adódóan is jelentős korlátokban ütközik, már azért is, mert megvalósítása nem csupán vállalati feladat. Azonban úgy gondoljuk, hogy ha adott az innovációs környezet a vállalat számára – vagy legalábbis valamilyen mértékben jelen van – egy alternatív megoldás lehet az innovációmenedzsment számára a nyitott innováció (6. ábra).



6. ábra: A nyitott innováció gondolata

Forrás: Saját szerkesztés BINCI – CERRUTI, 2014 alapján.

A nyitott innováció folyamata során tudatosan gyűjtjük be és dolgozzuk fel a vállalaton kívülről érkező gondolatokat, tapasztalatokat, ismereteket és aknázunk ki a környezetünkben lévő eszközöket, képességeit, kompetenciáit annak érdekében, hogy egy versenyképesebb terméket, szolgáltatást, eljárást, üzleti modellt tudjuk alkotni (SZAKÁLY, 2008). Alapelve, hogy nem áll rendelkezésre a vállalat számára minden erőforrás vagy, hogy nem a vállalatnál vannak a legversenyképesebb erőforrások, ugyanakkor ez nem zárja ki a lehetőségét mások erőforrásának a hasznosítására.

5. Következtetések és javaslatok

Az innováció mindig is a társadalmi és gazdasági fejlődés alapja volt, az emberiség hajnalától kezdve átszötte életünket. Az, hogy a gazdaság működéséről létrejött tudásállományunk egyre szofisztikáltabban közelíti meg az innováció és az innovációmenedzsment kérdéskörét, nem jelenti azt, hogy egy teljesen újkeletű jelenségről lenne szó. Sokkal inkább arra helyeződik a hangsúly, hogy minél jobban feltárjuk a működését annak érdekében, hogy a változó környezeti feltételekhez a legeredményesebben tudjuk illeszteni az eseti, gyakorlati problémák megoldását. A tanulmány első felében feltártuk az innováció fogalmi fejlődésének legfontosabb állomásait a fogalom megjelenésétől a mai üzleti gyakorlatban bevett meghatározásig. A második részben pedig bemutattuk az innovációs folyamat, s ezzel részint az innovációmenedzsment bizonyos területének az átalakulását, mely fejlődésnek az oka részben a gazdaság és a piac működésének minél magasabb szintű megismerése, részben a változó piaci és környezeti adottságok.

6. Köszönetnyilvánítás

A publikáció elkészítését az EFOP-3.6.2-16-2017-00003 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.



7. Felhasznált irodalom

2014. évi LXXVI. törvény: Tudományos kutatásról, fejlesztésről és innovációról.
- Barbieri, J. C. – Álvares, A. C. T. (2016): Sixth generation innovation model: description of a success modell. *RAI Revista de Administracao e Inovacao*. 13 (2) 116–127.
- Binci, D. – Cerruti, C. (2014): Open innovation!. *Management Innovation Newsletter*, No. 2. Idézi: Taferner, B. (2017): A next generation of innovation models? An integration of the innovation process model big picture towards the different generations models. *Review of Innovation and Competitiveness*. 3 (3) 47–60.
- Berkhout, A. J. – Hartmann, D. – Duin, P. – Ortt, R. (2006): Innovating the innovation process. *International Journal of Technology Management*. 34 (3-4) 390–404. <https://doi.org/10.1504/IJTM.2006.009466>
- Boehm, G. – Frederick L. J. (2010): Strategic innovation management in global industry networks. *Asian Journal of Business Management*. 2 (4) 110–120.
- Boer, H. – Daring, W. E. (2001): Innovation, What Innovation? A Comparison between Product, Process and Organizational Innovation. *International Journal of Technology Management*. 22 (1/2/3) 83–107. <https://doi.org/10.1504/IJTM.2001.002956>
- Chikán A. (2008): *Vállalatgazdaságtan*. AULA Kiadó, Budapest.
- Davenport, T. H. (1993): *Process innovation: Reengineering work through information technology*. Harvard Business School Press, Boston, Mass.
- Dougherty, D. – Hardy, C. (1996): Sustained Product Innovation Mature Organizations: Overcoming Innovation-to-Organization Problems. *The Academy of Management Journal*. 35 (5) 1120–1153.
- Downs, G. W. – Mohr, L. B. (1976): Conceptual issues in the study of innovation. *Administrative Science Quarterly*. 21 (4) 700–714.
- Drucker, P. F. (1954): *The practice of management* (1st ed.). Harper & Row, New York.
- Drucker, P. F. (1985): *Innovation and Entrepreneurship*. Harper Collins Publishers, USA.
- Galanakis, K. (2006): Innovation process: Make sense using systems thinking. *Technovation*. 26 (11) 1222–1232. <https://doi.org/10.1016/j.technovation.2005.07.002>
- Henderson, J. C. – Lentz, C. M. C. (1996): Learning, Working, and Innovation: A Case Study in the Insurance Industry. *Journal of Management Information Systems*. 12 (3) 43–64. <https://doi.org/10.1080/07421222.1995.11518090>
- Howard, J. A. – Sheth, J. N. (1969): *The theory of buyer behaviour*. Wiley, New York.
- Keresztes G. (2013): Az innováció fogalmának történeti áttekintése. *Gazdaság & Társadalom*. 5 (4) 81–95.
- Kotler P. – Keller, K. L. (2012): *Marketingmenedzsment*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Marinova, R. – Phillmore, J. (2003): Models of innovation. In: Shavinina, V. (ed.): *International handbook on innovation*, Elsevier, Amsterdam, 44–53.
- Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal honlapja: Fogalomtár. <<http://nkfih.gov.hu/szakpolitika-strategia/fogalomtar/fogalomtar>> (Letöltés dátuma: 2018.03.02.)
- OECD (1992): *Oslo Manual* (1st ed.). <<https://www.oecd.org/sti/inno/2367580.pdf>> (Letöltés dátuma: 2018.03.20.)
- OECD (2002): *Frascati kézikönyv*. <<http://nkfih.gov.hu/hivatal/kiadvanyok-kfi/frascati-kezikonyv>> (2018.03.25.)



- OECD (2006): Oslo Manual (3rd ed.). <<http://www.oecd.org/sti/inno/oslo-manualguidelinesforcollectingandinterpretinginnovationdata3rdedition.htm>> (Letöltés dátuma: 2018.03.20.)
- Rogers, E. M. – Shoemaker, F. F. (1971): Communication of innovations: a cross-cultural approach. Free Press, New York.
- Rothwell, R. (1994): Towards the fifth-generation innovation process. *International Marketing Review*. 11 (1) 7–31. <https://doi.org/10.1108/02651339410057491>
- Schumpeter, J. A. (1939): *Business Cycles: A theoretical, Historical and Statistical Analysis of the Capitalist Process*. McGraw-Hill Book Company, New York-Toronto-London.
- Simmonds, K. (1986): Marketing as innovation: The eighth paradigm. *Journal of Management Studies*. 23 (5) 479–495. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.1986.tb00433.x>
- Szakály D. (2008): *Innovációmenedzsment*. Miskolci Egyetemi Kiadó, Miskolc.
- Taferner, B. (2017): A next generation of innovation models? An integration of the innovation process model big picture towards the different generations models. *Review of Innovation and Competitiveness*. 3 (3) 47–60. <https://doi.org/10.32728/ric.2017.33/4>



A globális innovációs index és egyes jóléti mutatók kapcsolata

VUKOSZAVLYEV SZLOBODAN
ügyvezető, Premium Genom Kft.
szlobodan@gmail.com

POLERECZKI ZSOLT
PhD, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
polereczki.zsolt@econ.unideb.hu

KOVÁCS BENCE
MSc, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
kovacs.bence@econ.unideb.hu

Absztrakt

A tanulmányban az innováció kapcsolatát vizsgáljuk különböző jóléti mutatókkal 126 országban, valamint azt, hogy van-e különbség az innovációs index értékét tekintve az egyes földrajzi régiók között. Az innovációt a Globális Innovációs Index (GII) alapján közelítjük és határozzuk meg. A kutatás során a következő jóléti mutatók kerültek előtérbe: egy főre eső GDP vásárlóerő-paritáson mérve, munkanélküliségi ráta, születéskor várható élettartam, nyers halálozási ráta, human development index (HDI). A kutatáshoz az innovációs index értékét (GII) a Cornell University, INSEAD and WIPO 2018-as közös kiadványából töltöttük le, míg a HDI-t az Egyesült Nemzetek honlapjáról, a többi jóléti mutatót pedig a Világbank adattárából. A vizsgálatok során nonparametrikus hipotézisvizsgálatokat és post-hoc tesztek, valamint lineáris regressziót alkalmaztunk.

Arra jutottunk, hogy a GII alapján különbségek fedezhetők fel az egyes régiók/földrészek között, nem meglepő módon Észak-Amerika teljesít a legjobban, majd Európa (ahol igen nagy különbségek mutatkoznak az egyes országok között), Európát követi Közép- és Dél-Ázsia szintén nagy szórással, a sorban a következő jelentős lemaradással Észak-Afrika és Nyugat-Ázsia, majd Latin-Amerika és a Karibi térség, Közép- és Dél-Ázsia, a legvégén pedig Szubszaharai Afrika. A lemaradó térségekről elmondható, hogy alacsonyabb a szórás, azaz homogénebbek, tehát nem mutatkozik túl nagy különbség az adott régió országai között.

A Globális Innovációs Index regressziós modellezése során azt találtuk, hogy szignifikáns magyarázóerővel rendelkezik az egy főre eső GDP, a születéskor várható élettartam és a human development index. A többváltozós regresszió során a végső modellben a HDI maradt mint egyedüli magyarázó változó, ennek okát abban látjuk, hogy egyrészt jelentős multikollinertást tapasztaltunk a magyarázó változók közt és a HDI a GII-hez hasonlóan számos nem gazdasági jellegű tényezőt is aggregál.

Kulcsszavak: innováció, jólét, regresszió, HDI, Global Innovation Index



1. Bevezetés

A világ fejlődése igencsak látványos folyamat, főképp, ha abból a szempontból nézzük, hogy hová jutott az emberiség az őskortól napjainkig. Ez a fejlődési folyamat, a folyamatos újítások, fejlesztések alapjaiban változtatták meg az emberiség életét. Ennek tükrében nem csoda, hogy a közgazdaság-, a gazdálkodás- és szervezéstudományok népszerű kutatási területei közé tartozik a fejlődésgazdaságtan és az innováció. A kutatás, fejlesztés és innováció (K+F+I) szorosan kapcsolódó fogalmak, azonban fontos ezek közt különbséget tenni. A K+F három kategóriát foglal magába: alapkutatás, alkalmazott kutatás és kísérleti fejlesztés, a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innováció Hivatal (NKFI) fogalomtárának meghatározása szerint: „a K+F alapvetően a rendszeresen végzett alkotó munka, amelynek célja az ismeretanyag, a tudásbázis bővítése” (NKFI, 2018). Az innováció életciklusát tekintve három szakaszra bontható: invenció, innováció és diffúzió. Az invenció az újdonság felfedezése, megalkotása. Az innováció az innovációnak az üzleti gyakorlatba való helyezése és fejlesztése, a diffúzió pedig az invenció széles körben való elterjedése (SCHUMPETER, 1939). Ez alapján azt mondhatjuk, hogy a K+F elsősorban az innovációt megelőző „életszakaszba”, az invencióba kapcsolódik be.

Az innováció fogalmának részletes meghatározása először Schumpeternél jelent meg 1939-ben, azóta a fogalom és a mögöttes jelentés nagy mértékben változott, aminek az oka talán a makro- és mikrokörnyezet változása lehet. Ma a legszélesebb körben az Oslo kézikönyvben közzétett értelmezését alkalmazzák, mely szerint: „az innováció

- új, vagy jelentősen javított termék (áru vagy szolgáltatás) vagy eljárás,
- új marketing-módszer, vagy
- új szervezési-szervezeti módszer bevezetése
- az üzleti gyakorlatban, munkahelyi szervezetben, vagy a külső kapcsolatokban.” (OSLO MANUAL, 2006).

1.1. K+F és innováció mérési lehetőségei

Az innováció számszerűsítése, mérése során a '70-es évek végéig elsődlegesen a kutatás és fejlesztésre (K+F) vonatkozó adatokból indultak ki, ennek egyik oka az innováció fogalmának abban az időszakban való értelmezése, valamint az innováció folyamatának lineáris megközelítése. Lényegesebb változás csak akkor következett be, amikor az innováció fogalmát kiterjesztve elfogadott kategóriává vált nemcsak a piacon vett technológiai újdonság, hanem az innováció újabb kategóriái (szervezeti-szervezési, marketing, eljárás) és a viszonylagosan értelmezett újdonság (új a szervezetben vagy az üzleti gyakorlatban) (SZUNYOGH, 2010).

Mérföldkőnek tekinthető az innováció mérésében az Oslo kézikönyvek kiadása, melynek első kiadása 1993-ban látott napvilágot és megfigyelhető az a törekvés, hogy egységes keretet adjanak az innováció mérésének, mely lehetővé teszi a nemzetközi összehasonlítást. Ezzel egyidőben az Európai Unió tagállamaiban standard kérdőíves felmérést végeztek, melyet CIS-típusú (Community Innovation Survey) adatfelvételnek neveztek el (SABADIE – KWIATKOWSKI, 2016).

Mivel az innovációnak nagy jelentősége van a versenyképességben, így megjelenik az innováció mérése a World Economic Forum által kiadott globális versenyképességi jelentésben, melyben a versenyképesség mérésére alkalmazott 12 területből az innováció is szerepel az indikátorok közt (intézmények, infrastruktúra, makrogazdasági környezet, egészségügy és alapfokú oktatás, felsőoktatás és szakképzés, árupiaci hatékonyság, munkaerőpiaci hatékonyság, pénzügyi piacok fejlettsége, technológiák rendelkezésre állása, piacméret, üzleti szofisztikáció,



innováció). Bár a globális versenyképességi index (GCI) meghatározásában az innováció alatt elsődlegesen a technológiai innovációt, valamint a létrejött tudást veszik figyelembe (KERESZTES, 2013). A GCI innovációs indexe az alábbi tényezőket veszi figyelembe: innovációs kapacitás, tudományos kutatóintézetek minősége, vállalati K+F ráfordítások, egyetem-ipar együttműködése a K+F-ben, állami technológiai beszerzések, kutatók és mérnökök rendelkezésre állása, szabadalmi bejelentések száma (SCHWAB, 2017).

Az Európai Unió szintén méri a tagállamok innovációs teljesítményét és évente kiadja az European Innovation Scoreboard (Európai innovációs eredménytábla) kiadványt. Az innovációs indexet 27 mutató alapján határozzák meg négy dimenziót vizsgálva. Az első dimenzió az innováció keretfeltételei, ide tartozik az emberi erőforrás, a vonzó kutatási rendszer és az innovációbarát környezet. A második dimenzió a beruházások, melynek két kategóriája van: finanszírozás és támogatás, valamint vállalati beruházások. A harmadik dimenziója az innovációs tevékenység, mely a vállalati innovációs törekvéseket kísérli meg mérni három kategóriával: innovátorok, kapcsolatépítés és szellemi tulajdon. A negyedik dimenzió a hatások, ami az innovációs tevékenység piaci hatásait igyekszik számszerűsíteni szintén két kategória alatt: foglalkoztatásra gyakorolt hatások, értékesítésre gyakorolt hatások. Az egyes tagállamok pontszámainak meghatározását követően pedig négy innovációs teljesítménycategóriába sorolja az országokat: vezető innovátorok, jelentős innovátorok, mérsékelt innovátorok és lemaradó innovátorok (EUROPEAN UNION, 2018).

Érdemes az innovációs indexek kapcsán megemlíteni még a Bloomberg L.P. által kidolgozott Bloomberg Innovációs Indexet (BII), ami hat kritérium alapján értékeli a vizsgált országok innovációs teljesítményét: K+F, termelés, high-tech vállalatok, középfokú végzettséggel rendelkezők, kutatók, szabadalmak (JAMRISKU – LU, 2018).

Komplexebb megközelítést alkalmaz a Global Innovation Index (GII), ami a Szellemi Tulajdon Világszervezete (WIPO), a Cornell University és az INSEAD közös kiadványában jelenik meg. 127 ország innovációs indexét határozzák meg 0-tól 100-ig terjedő skálán 81 indikátor felhasználásával, melyek hét dimenzióra összpontosítanak: intézményrendszer, emberi erőforrás és kutatás, infrastruktúra, piaci fejlettség, üzleti élet fejlettsége, tudományos és technológiai teljesítmény, kreatív teljesítmény (CORNELL et al., 2018). Az 1. táblázat a Globális Innovációs Index összetételét mutatja.



1. táblázat: A globális innovációs index összetétele
(az egyes tényezők az eredeti elnevezésükkel)

| GLOBAL INNOVATION INDEX (Innovation Efficiency Ratio) |
|--|
| I. Innovation Input – Sub-Index |
| 1. Institutions |
| a. Political environment |
| b. Regulatory environment |
| c. Business environment |
| 2. Human capital and research |
| d. Education |
| e. Tertiary education |
| f. Research and development |
| 3. Infrastructure |
| g. ICTs |
| h. General infrastructure |
| i. Ecological sustainability |
| 4. Market Sophistication |
| j. Credit |
| k. Investment |
| l. Trade, competition and market scale |
| 5. Business sophistication |
| m. Knowledge workers |
| n. Innovation linkages |
| o. Knowledge absorption |
| II. Innovation Output – Sub-Index |
| 6. Knowledge and Technology Outputs |
| p. Knowledge creation |
| q. Knowledge impact |
| r. Knowledge diffusion |
| 7. Creative Outputs |
| s. Intangible assets |
| t. Creative goods and services |
| u. Online creativity |

Forrás: CORNELL et al., 2018

2. Anyag és módszer

A vizsgálat alapját szekunder adatok szolgáltatják. A GII (Globális Innovációs Index) a Cornell Egyetem, az INSEAD és a WIPO 2018-as The Global Innovation Index 2018: Energizing the World with Innovation kiadványból származnak (CORNELL et al., 2018). Az alábbi adatok a Világbank adatbázisából származnak: egy főre jutó bruttó hazai termék vásárlóerő paritáson számítva USA dollárban kifejezve, születéskor várható élettartam, nyers halálozási ráta, munkanélküliségi ráta (THE WORLD BANK, 2018). Az emberi fejlettségi indexre vonatkozó adatokat pedig az Egyesült Nemzetek Fejlettségi programjának (United Nations Development



Programme) Emberi Fejlettségi Riportok (Human Development Reports) weboldalának adattárából gyűjtöttük (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, 2018).

A kutatás első lépésében egyszerű Pearson-féle lineáris korrelációval vizsgáltuk a kapcsolatot a változóink közt. Ezt követően folytattuk a kapcsolat feltárására irányuló vizsgálatot lineáris regresszió segítségével, azonban fontos azt kiemelni, hogy a regresszióval nem ok-okozati viszony feltárására törekedtünk, hanem a GII és a jóléti mutatók közti kapcsolat mélyebb megismerésére. Az eredményváltozó és a magyarázó változó közti függvényszerű kapcsolat természetét (lineáris, exponenciális, logaritmikus, inverz) teszteltük. A regresszió hibatagra vonatkozó feltételét egymintás Kolmogorov-Smirnov próbával, a homoszkedaszticitást scatterpolottal teszteltük. Azt, hogy van-e különbség a földrajzi régiók között az innovációs indexet tekintve Kruskal-Wallis próbával és Dunn-féle post-hoc teszttel vizsgáltuk. A vizsgálatokhoz az IMB SPSS 23 verzióját alkalmaztuk.

A kutatás célkitűzése, hogy a Globális Innovációs Index (Global Innovation Index) kapcsolatát megvizsgáljuk néhány fontos jóléti mutatóval, ezek: egy főre jutó bruttó hazai termék vásárlóerő paritáson számítva USA dollárban kifejezve, születéskor várható élettartam, nyers halálozási ráta, munkanélküliségi ráta, emberi fejlettségi index (HDI). Továbbá feltárjuk, hogy földrajzi elhelyezkedésnek (ENSZ klasszifikációja alapján 7 régió) van-e hatása az innovációs indexre.

3. Eredmények

3.1. Földrajzi régiók és a Globális Innovációs Index (GII)

Az Egyesült Nemzetek Szövetségének klasszifikációja alapján hét földrajzi régiót határoztunk meg és osztottuk meg a vizsgált országokat, ezek: EUR – Európa; NAC – Észak-Amerika; LCN – Latin Amerika és a Karibi térség; CSA – Közép- és Dél-Ázsia; SEAO – Délkelet-Ázsia, Kelet-Ázsia és Óceánia; NAWA – Észak-Afrika és Nyugat-Ázsia; SSF – Szubszaharai Afrika. Megvizsgáltuk, hogy ezekben a régiókban szignifikánsan különbözik-e a GII, az 2. táblázatban látható a régiók átlagos innovációs indexe, valamint, hogy a mintában, hány ország szerepel az adott régióban.

2. táblázat: A GII átlaga, szórása régióként (n=126)

| Régió | N | GII átlag | Szórás |
|----------|-----|-----------|----------|
| NAC | 2 | 56.3950 | 4.82954 |
| EUR | 39 | 46.6659 | 10.04034 |
| SEAO | 15 | 43.8833 | 11.21578 |
| NAWA | 19 | 33.7621 | 8.78049 |
| LCN | 18 | 30.3150 | 4.30719 |
| CSA | 9 | 28.2356 | 4.32029 |
| SSF | 24 | 24.5267 | 4.19485 |
| Összesen | 126 | 36.6740 | 12.13085 |

Forrás: saját szerkesztés saját számítások alapján

A Kruskal-Wallis nonparaméteres próba alapján megállapítható, hogy szignifikáns különbség van a régiók között ($p < 0.01$), továbbá a Dunn post-hoc teszt alapján szignifikáns a különbség a következő esetekben: EUR – NAWA, EUR – LCN, EUR – CSA, EUR – SSF, SEAO – NAWA,



SEAO – LCN, SEAO – CSA, SEAO – SSF, NAC – NAWA, NAC – LCN, NAC – CSA, NAC – SSF, NAWA – CSA, NAWA – SSF, CSA – SSF (3. táblázat).

3. táblázat: A vizsgált tényezők korrelációja (n=126)

| | | GII | GDP/fő | Munkanélküliségi ráta | Várható élettartam | Halálozási ráta | HDI |
|-----------------------|----------|---------------|---------------|-----------------------|--------------------|-----------------|----------|
| GII | r | 1 | .713** | -.089 | .782** | .141 | .842** |
| | p | | .000 | .322 | .000 | .114 | .000 |
| | N | 126 | 125 | 126 | 126 | 126 | 126 |
| GDP/fő | r | .713** | 1 | -.184* | .655** | -.191* | .750** |
| | p | .000 | | .040 | .000 | .033 | .000 |
| | N | 125 | 125 | 125 | 125 | 125 | 125 |
| Munkanélküliségi ráta | r | -.089 | -.184* | 1 | -.012 | .208* | .005 |
| | p | .322 | .040 | | .891 | .020 | .958 |
| | N | 126 | 125 | 126 | 126 | 126 | 126 |
| Várható élettartam | r | .782** | .655** | -.012 | 1 | -.129 | .912** |
| | p | .000 | .000 | .891 | | .148 | .000 |
| | N | 126 | 125 | 126 | 126 | 126 | 126 |
| Halálozási ráta | r | .141 | -.191* | .208* | -.129 | 1 | .032 |
| | p | .114 | .033 | .020 | .148 | | .722 |
| | N | 126 | 125 | 126 | 126 | 126 | 126 |
| HDI | r | .842** | .750** | .005 | .912** | .032 | 1 |
| | p | .000 | .000 | .958 | .000 | .722 | |
| | N | 126 | 125 | 126 | 126 | 126 | 126 |

Forrás: saját szerkesztés saját számítások alapján

*p<0.1; **p<0.05, ***p<0.01

3.2. A GII és a magyarázó változók közti függvényszerű kapcsolat feltárása

A regressziós modellezés első lépésében azt teszteltük, hogy lineáris-e a kapcsolat a magyarázó változóink és az innovációs index között, ahol nem találtunk lineáris kapcsolatot teszteltük az exponenciális, logaritmikus és inverz függvényszerű kapcsolatokat is. Az egy főre eső GDP-t tekintve megállapítottuk, hogy lineáris kapcsolatban áll a GII-vel, a determinációs együttható $r^2=0.508$, ami azt jelenti, hogy az egy főre eső GDP-vel magyarázható a globális innovációs index teljes szórásának 50,8%-a. Az modellezés pontosnak tekinthető a becslés standard hibája alapján (SEE=8.47). Továbbá a varianciaelemzés (ANOVA) F-próbája igazolja számunkra a kapcsolat meglétét ($p < 0.01$) az egy főre jutó GDP és a GII közt, illetve a meredekséget meghatározó változó szignifikanciája kisebb 5 százaléknál a t-próba alapján, s így az egy főre eső GDP valóban befolyásolja a GII-t. OLS becslés alapján a következő lineáris egyenletet kapjuk:

$$(1) \text{ GII} = 27.567 + 0.000376 * \text{Egy főre eső GDP}$$



Feltűnő lehet, hogy az egy főre eső GDP magyarázó változónk együtttható koefficiense nagyon alacsony, ennek az az oka, hogy míg a GII 0-100 skálán mért változó, addig az egy főre eső GDP 10 ezres nagyságrendű metrikus valószínűségi változó.

A munkanélküliségi ráta, mint magyarázó változó és a GII, mint eredményváltozó közt sem lineáris, sem más alakú függvényszerű kapcsolat nem tárható fel, ugyanakkor igazolható a születéskor várható élettartam és a GII közötti lineáris kapcsolat. A determinációs együtttható ez esetben $r^2=0.612$, a modell pontosságát mutató $SEE=7.587$. A varianciaelemzés F-próbája itt is igazolja számunkra a kapcsolat meglétét ($p < 0.01$) a születéskor várható élettartam és a GII közt, illetve a meredekséget meghatározó változó szignifikanciája kisebb 5 százaléknál a t-próba alapján, s így a születéskor várható élettartam az alábbi egyenlettel leírható módon befolyásolja a GII-t:

$$(2) \text{ GII} = -61,069 + 1,323 * \text{születéskor várható élettartam}$$

Értelmezve az egyenletet, azt mondhatjuk, hogy pozitív, lineáris, függvényszerű kapcsolat van a születéskor várható élettartam és a GII közt. Természetesen szakmailag nem magyarázható a születéskor várható élettartammal az innovációs index, ugyanakkor ha átrendezzük az egyenletet, akkor a következő összefüggést találjuk:

$$(3) \text{ születéskor várható élettartam} = 1/1.323 * \text{ GII} + 61.068/1.323,$$

azaz, ha a GII egy egységgel nő, akkor a születéskor várható élettartam 0.756 évvel nő.

A halálozási ráta, mint magyarázó változó és a globális innovációs index, mint eredményváltozó közt szintén nem fedezhető fel semmilyen függvényszerű kapcsolat. A HDI és a GII közt szignifikáns a lineáris kapcsolat $r^2=0.708$ determinációs együtttható mellett. A modell megfelel minden további követelménynek és a kapcsolat az alábbi egyenlettel írható le:

$$(4) \text{ GII} = -16.417 + 70.582 * \text{ HDI}$$

Összességében valamennyi elfogadható modellnél a lineáris függvényszerű kapcsolat mutatkozott a legmegfelelőbbnek. A 4. táblázatban látható, hogy az egyes lineáris modellek, milyen jellemzőkkel rendelkeznek.

4. táblázat: A lineáris modellek jellemzői (n=126)

| | Együttható | r^2 | korr. r^2 | F próba szig. | Döntés a modellről |
|--------------------------------|------------|-------|----------------|------------------|-----------------------|
| GDP/fő | 0.000376 | 0.508 | 0.504 | 0.000 | Elfogadva |
| Munkanélküliségi ráta | -0.192 | 0.008 | 0.000 | 0.322 | Elvetve |
| Születéskor várható élettartam | 1.323 | 0.612 | 0.609 | 0.000 | Elfogadva |
| Halálozási ráta | 0.601 | 0.020 | 0.012 | 0.114 | Elvetve |
| HDI | 70.582 | 0.708 | 0.706 | 0.000 | Elfogadva |

Forrás: saját szerkesztés saját számítások alapján

3.3. A GII többváltozós regressziós modellezése

A GII többváltozós regressziós modellezésének első lépésében a korábban elfogadott magyarázó változókat (egy főre eső GDP, születéskor várható élettartam, HDI) vontuk be a vizsgálatba. Az első többváltozós modellel rögtön problémák adódtak: egyrészt a korábban az egyváltozós kapcsolatban szignifikáns magyarázó erővel rendelkező születéskor várható élettartam



koefficiense már nem bizonyult szignifikánsnak a többváltozós modellben. Bár a becslési hibatagok normális eloszlást követtek, a modellben a maradéktagok szórása korántsem mondható állandónak, így fennállt a heteroszkedaszticitás, ami torzította a paraméterbecsléseket és megkérdőjelezte a t- és F-próbák eredményét (HUNYADI – VITA, 2005; RAMANATHAN, 2003). Azért, hogy ezt a problémát orvosoljuk logaritmizáltuk (a logaritmizálás során az eredményváltozó (GII) tízes alapú logaritmusát vettük) az eredményváltozónkat (GII), bár a logaritmizálás elrontja az eredmények interpretációját, ez számunka nem okoz problémát, tekintve, hogy a többváltozós regressziós vizsgálat célja a GII becslése (SAJTOS – MITEV, 2007; KOOP, 2007; MADDALA, 2004). Ezt követően a többváltozós regressziót ismét lefuttattuk, de már a logaritmizált globális innovációs indexszel. Ebben az esetben ugyan a heteroszkedaszticitás problémája megszűnt, ugyanakkor a születéskor várható élettartam és az egy főre eső GDP koefficiense már nem rendelkezett szignifikáns magyarázóerővel a modellben, ezért első lépésben eltávolítottuk a születéskor várható élettartamot. Az így kapott modellben, ahol már csak két magyarázó változónk volt továbbra sem volt szignifikáns magyarázó ereje az egy főre eső GDP-nek. Ennek számos oka lehet: egyrészt lényegesen nagyobb intervallumon mért változó az egy főre eső GDP, másrészt jelentős multikollinearitás áll fenn a modellben, mivel az egy főre eső GDP és a HDI közt erős ($r=0.75$) és szignifikáns korreláció ($p<0.01$) tapasztalható. Ezért úgy döntöttünk, hogy eltávolítjuk a modellben az egy főre eső GDP-t, így viszont már visszatértünk az egyváltozós regresszióhoz, ahol is a modellünket már nem terhelte a heteroszkedaszticitás. A kapott végső modell a következő:

$$(5) \lg GII = 2.048 + 1.995 * HDI$$

A modellel a globális innovációs index teljes varianciájának 78%-át vagyunk képesek magyarázni ($r^2=0.780$, korrigált $r^2=0.778$). A modellben mind a konstans mind pedig a HDI együttható koefficiense szignifikáns magyarázóerővel rendelkezik. A becslés standard hibái normális eloszlást követnek, ezt Kolmogorov-Smirnov próbával teszteltük ($p=0.200 > 0.05$), továbbá a maradéktagok szórása a scatterplot alapján állandónak tekinthető. Feltehetően a végső modellben azért maradt kizárólag a HDI, mivel a magyarázó változók közt csaknem kivétel nélkül erős korreláció van, a modell hatásosságát a multikollinearitás pedig rontja és a HDI volt az a változó, amelyiknek a legerősebb korrelációs kapcsolata volt a globális innovációs indexszel. Bár alapvetően a szakértői feltételezés azt sugallja, hogy az egy főre eső GDP lett volna az a mutató, ami legnagyobb mértékben magyarázza a GII-t, mégis a HDI rendelkezett a legnagyobb magyarázó erővel. Ennek okát a HDI és a GII összetétele magyarázza, mivel a GII nem csupán gazdasági tényezőket aggregál, ugyanígy a HDI is a gazdasági faktorok mellett egyéb tényezőket is figyelembe vesz, melyeknek mögöttes kapcsolata lehet egy-egy nemzetgazdaság innovációs teljesítményével.

4. Következtetések, javaslatok

A kutatás eredményeként bebizonyosodott, hogy a földrajzi régiók szerint eltérés mutatkozik a nemzetgazdaságok innovációs teljesítményében a globális innovációs index alapján. Az Észak-amerikai országok (USA és Kanada) elől járnak (56,4), azonban az európai régió is viszonylag magas átlagpontszámot produkál (46,67), bár azt mindenképp ki kell emelni, hogy az európai országok esetében jelentős szórás tapasztalható (10,04), ahol elsősorban a kelet-európai rész szakad le jobban, ennek ellenére a két régió (NAC és EUR) szignifikánsan nem különböznek. Délkelet-Ázsia még szintén magasabbnak mondható innovációs teljesítményt képvisel (43,8), ám itt is kiemelkedő a szórás (11,22) és innovációs teljesítménybeli különbségek az országok közt,



szignifikánsan ez a régió sem különbözik Európától, azaz megállapítható, hogy ez a három régió (NAC, EUR, SEAO) tölti be a vezető szerepet innováció tekintetében.

Nagyobb (szignifikáns) lemaradás látható Észak-Afrika és Nyugat-Ázsia országai esetén (33,76), már egyre kisebb szórással (8,78), ezt a régiót követi Latin-Amerika és a Karibi térség (GII átlag=30,31, szórás=4,31), majd Közép- és Dél-Ázsia (GII átlag=28,24, szórás= 4,32), valamint szignifikáns lemaradással utolsó a sorban a Szubszaharai Afrika (GII átlag=24,53, szórás= 4,19).

Kutatásaink arra is rávilágítottak, hogy összefüggés van egy nemzetgazdaság innovációs teljesítménye és a vásárlóerő-paritáson számított egy főre eső GDP, a születéskor várható élettartam és human development index (HDI) között. A legerősebb kapcsolatot az innovációs indexszel a HDI mutatta (de mindhárom esetében az innovációs indexszel való korrelációs együttható nagyobb, mint 0,7), a többváltozós regresszió elemzésből is azt derült, hogy a végső modellben egymaga a HDI képes legjobban becsülni az innovációs indexet ($r^2=0,78$). Ebből következőleg feltehető, hogy mivel a HDI három tényezőt aggregál (GNI index, education index, life expectancy index) ezeknek a tényezőknek is szoros kapcsolata lehet egy nemzetgazdaság innovációs teljesítményével. Azaz a kutatás azt bizonyította, hogy az innováció vonatkozásában is megmutatkozik a hatása az oktatásnak, a lakosság egészségi állapotának és a jövedelemnek.

5. Köszönetnyilvánítás

A publikáció elkészítését az EFOP-3.6.2-16-2017-00003 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

6. Felhasznált irodalom

- Cornell University, INSEAD and WIPO (2018): The Global Innovation Index 2018: Energizing The World with Innovation. Ithaca, Fontainebleau and Geneva.
- European Union (2018): European Innovation Scoreboard 2018. Publication Office of the European Union, Luxembourg. <https://ec.europa.eu/docsroom/documents/33147> (Letöltés dátuma: 2018.09.02.)
- Hunyadi L. – Vita L. (2005): Statisztika közgazdászoknak. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- Jamrisco, M. – Lu, W. (2018): The U.S. Drops Out of the Top 10 in Innovation Ranking. Bloomberg L.P. <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-01-22/south-korea-tops-global-innovation-ranking-again-as-u-s-falls> (Letöltés dátuma: 2018.09.02.)
- Keresztes G. (2010): Az innovációs tevékenység mérésének lehetőségei. *Ekonomicke studie – teória a prax*. ISBN 978-80-971251-2-7, 323–336.
- Koop G. (2007): Közgazdasági adatok elemzése. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Maddala G. S. (2004): Bevezetés az ökonometriába. Universitas, Budapest.
- NKFI (2018): Fogalomtár. Letöltve: <http://nkfi.gov.hu/szakpolitika-strategia/fogalomtar/fogalomtar> (Letöltés dátuma: 2018.09.02.)
- OECD (2006): Oslo Manual (3rd ed.), <http://www.oecd.org/sti/inno/oslomanualguidelinesforcollectingandinterpretinginnovationdata3rdedition.htm> (Letöltés dátuma: 2018.09.02.)
- Ramanathan R. (2003): Bevezetés az ökonometriába. Panem Kiadó, Budapest.
- Sabadie, J. A. – Kwiatkowski, C. (2016): The Community Innovation Survey and the innovation performance of enterprises funded by EU's Framework Programmes. European



- Commission – DG Research and Innovation, Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/cros/system/files/173-2015-the_cis_and_the_innovation_performance_of_enterprises_funded_by_eus_fp.pdf (Letöltés dátuma: 2018.09.02.)
- Sajtos L. – Mitev A. (2007): SPSS kutatási és adatelemzési kézikönyv. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Schumpeter, J. A. (1939): Business Cycles, A theoretical, Historical and Statistical Analysis of the Capitalist Process. New York-Toronto-London: McGraw-Hill Book Company 461 pp.
- Schwab, K. ed. (2017): The Global Competitiveness Report 2017-2018. World Economic Forum. Available at: <http://www3.weforum.org/docs/GCR2017-2018/05FullReport/TheGlobalCompetitivenessReport2017%E2%80%932018.pdf>
- Szunyogh Zs. (2010): Az innováció mérésének módszertani kérdései. Statisztikai Szemle. 88 (5) 492–507.
- The Worldbank (2018): World Bank Open Data, Free and open acces to global development data. URL: <https://data.worldbank.org/> (Letöltés dátuma: 2018.09.02.)
- United Nations Development Programme (2018): Human Development Reports. <http://hdr.undp.org/> (Letöltés dátuma: 2018.09.02.)



**DEBRECENI
EGYETEM**

A vállalati társadalmi felelősségvállalás és kapcsolata az emberierőforrás- menedzsmenttel

BALSA-BUDAI NIKOLETT

*MSc, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
budai.nikolett@econ.unideb.hu*

KONTOR ENIKŐ

*PhD, Debreceni Egyetem, GTK, Marketing és Kereskedelem Intézet
kontor.eniko@econ.unideb.hu*

Absztrakt

A fenntarthatóság előtérbe kerülésével az utóbbi években egyre nagyobb hangsúlyt kapott a vállalatok esetében a megfelelő CSR-politika kiépítése. Ennek ellenére sem a CSR fogalmi meghatározásában, sem a vállalatoknál betöltött szerepében nincs egységes nézőpont. A CSR kiépítése nagyban függ a vállalat méretétől és profiljától, mégis megfigyelhető, hogy a környezeti szempontok helyett egyre inkább a társadalmi tényezőkre, azon belül is az alkalmazottakhoz kapcsolódó tevékenységekre helyeződik a hangsúly. Ez alapján pedig felmerülhet a kérdés, hogy vajon milyen szerepe van a humán erőforrás-menedzsmentnek a vállalati társadalmi felelősségvállalásban. Jelen tanulmány eredményei alapján a két terület – CSR és HRM – között egyértelmű kapcsolat fedezhető fel, azonban az együttműködésük mértéke vállalatonként eltérő. Jellemzően a HRM szerepe inkább támogató, adminisztratív jellegű, mintsem stratégiai. A megfelelő bevonás hiánya azonban kedvezőtlenül hathat a CSR-tevékenységek vállalatba történő integrálására.

Kulcsszavak: CSR, emberierőforrás-menedzsment, fenntarthatóság



1. Bevezetés

A fenntarthatóság és a fenntartható fogyasztás előtérbe kerülésével a vállalatokkal szemben egyfajta elvárásként jelent meg, hogy vállaljanak felelősséget az általuk végzett tevékenységeikért és azok környezeti hatásaiért. Ennek eredményeképpen jelent meg a vállalati CSR (Corporate Social Responsibility), amelynek a szerepe az utóbbi években egyre inkább felértékelődött. Az internetes kommunikációs csatornák térnyerésének köszönhetően a cégek tevékenységei sokkal nyitottabbá, átláthatóbbá váltak, ennek következményeképpen azon vállalatok, amelyek nem integrálták stratégiájukba a társadalmi felelősségvállalás értékeit, elveszthetik versenyképességüket. Azonban vállalatok úgy érzékelik, hogy a CSR értékeinek beintegrálása úgy, hogy ne ütközzön a cég klasszikus szemléletével – a minél nagyobb profit szerzésével –, hatalmas terhet ró a stratégiai menedzsmentre. Az integrálás teljes eléréséhez a CSR-nak be kell épülnie a vállalat mindennapi életébe, döntéshozatalaiba és igazodnia kell a vállalat alapvető értékeihez, kompetenciáihoz és célkitűzéséhez (BENEDEK, 2017). Emellett a CSR-stratégia kiépítése során a vállalatoknak egyszerre kell megfelelni a szervezet külső és belső érdekeltjei és különösképpen a fogyasztói elvárásainak. A CSR szerepe a vállalat számos területén felértékelődött, ezek közül is kiemelkednek az alkalmazottakkal kapcsolatos tevékenységek, amely terület sok tekintetben átfedést mutat a humán erőforrás-menedzsmenttel. Ez alapján pedig felmerülhet a kérdés, hogy vajon van-e kapcsolat a CSR és HRM (Human Resource Management) között, és ha igen, akkor mi a pontos szerepe a HR szakembereknek a CSR megvalósításában. Támogató vagy stratégiaalkotó szerepkörrel rendelkeznek? A tanulmány során ezekre a kérdésekre igyekszünk választ keresni.

2. A vállalatok szerepe a fenntarthatóság megvalósításában

A fenntarthatóság és a fenntartható fogyasztás évek óta központi téma a kutatók számára. 1987-ben jelent meg a Brundtland-jelentés, amelyben rámutattak arra, hogy egy véges világban nem képzelhető el végtelen növekedés, így a meglévő gazdasági modell működése fizikai határokba ütközik (FLEISCHER, 2014). Ekkor már egyre kevésbé volt vitatható, hogy hamarosan új szemléletmódot kell kialakítani, amibe a fogyasztókon túl a gazdaság többi szereplőinek-vállalatoknak és az államnak- is be kell csatlakoznia. A fenntarthatóság és a fenntartható fejlődés fogalma az évek során kiegészült, illetve módosult. Az Országgyűlés által elfogadott Nemzeti Fenntartható Fejlődés Keretstratégiában (2012-2024) a fenntartható fejlődés a következőt jelenti: „az ember boldog és értelmes életvitelének előmozdítását és a közjó kiteljesítését célozza úgy, hogy az emberi tevékenységek a Föld környezeti eltartóképessége szabta határokon belül maradnak, és a gyarapítható, fejleszthető emberi, társadalmi és gazdasági erőforrások terén gondoskodunk ezek megfelelő mennyiségi és minőségi állapotának fenntartásáról, bővítéséről, illetve javításáról” (NFFT, 2013:25-26). Ebben a fogalomban többek között megjelenik a fenntarthatóság mindhárom – gazdasági, társadalmi és környezeti – pillére.

A fenntartható fejlődés elméletének szakirodalomban történő megjelenése után 15-20 évvel a vállalatok is megnevezték az ezzel kapcsolatos feladataikat. A témát feldolgozó szakirodalom (corporate sustainability) a fenntarthatóság megvalósítását a vállalati üzleti érdekek – úgymint a költséghatékonyság megvalósítása és a versenyképesség feltétele – részének tekinti és sürgeti a vállalati stratégiákba való integrálását (KEREKES – WETZKER, 2007).

Kezdetben a vállalatok a fenntarthatóság környezeti szempontjait tartották leginkább szem előtt. Felelősségvállalásuk első lépéseként a környezetet jelentősen terhelő ipari folyamatokat telepítették ki a fejlett országokból, illetve a környezetirányítási rendszerek bevezetésével



csökkentették azok környezetszennyezését. A vállalatok a kisebb energiafelhasználás és hulladékgazdálkodási költségek révén jelentős üzleti hasznot szereztek, továbbá nőtt a versenyképességük a jobb vállalati imázsnak köszönhetően. Hamarosan azonban nyilvánvalóvá vált, hogy a környezeti terhelés további csökkenését leghatásosabban a fogyasztás mérséklésével lehetne elérni, azonban ezt a vállalatok jellemzően nem egy saját szintjükön megoldható problémának látják, továbbá ez ellentmondana az árbevétel növelését célzó törekvésüknek (KEREKES – WETZKER, 2007).

Ezen okokból kifolyólag az utóbbi években a vállalatok számára a fenntartható fejlődés környezeti pillére helyett a társadalmi hatások kerülnek egyre inkább előtérbe, amely ennek megfelelően a vállalatok által készített CSR-jelentésekben a környezetvédelem mellett egyre nagyobb hangsúlyt kap. A társadalmi felelősségvállalás leggyakrabban a következő törekvésekben jelenik meg: a nemek közti egyenlőség, az emberi jogok érvényesítése, a kisebbségek egyenlősége és a gyermekmunka elutasítása (KEREKES – WETZKER, 2007).

3. A CSR fogalmi ismertetése

A CSR fogalmának pontos és egységes definiálásának nehézségét jól mutatja, hogy Dahlsrud erre vonatkozó kutatása során 37 különböző megfogalmazást azonosított (DAHLSRUD, 2006; BARTUS, 2008). Azonban nem csak a pontos megfogalmazás okoz gondot, a szakma képviselői még az elnevezését illetően sem értenek teljesen egyet (CSAPÓNÉ et al., 2015). A szakirodalomban szinte azonos fogalmi meghatározás alatt használják a CR (vállalat felelősségvállalása), a CSR (a vállalatok társadalmi felelősségvállalása) és a CSV (a vállalatok közös értékteremtése) fogalmakat. A CSR-fogalom létrejötté az 1929-es gazdasági világválság idejére tehető (CSAPÓNÉ, 2016). Azon koncepció kialakulását, amely a vállalatok működésének társadalmi kérdéseivel foglalkozik Howard R. Bowen „Social Responsibility of the Businessman”, azaz „Az üzletember társadalmi felelőssége” című könyvének 1953-as kiadásától számítjuk (CSIGÉNÉ, 2008). Ahogy a mű címében is megfigyelhető, a kezdeti időkben az „üzletember” személyes felelősségét emelik ki, nem pedig a vállalatét: „az üzletember kötelezettsége folytatni az irányelveket, a helyes döntések és cselekvési irányok követésével, amelyek a társadalmi értékek és célok szempontjából is kívánatosak” (CSAPÓNÉ, 2016:28).

Azonban a CSR csak a '70-es évektől kap nagyobb figyelmet a szervezetkutatók részéről, akkor is elsősorban Amerikában (KOVÁCS, 2000a). Ennek oka, hogy a '70-es években a vállalatokkal szembeni bizalom folyamatosan gyengülni kezdett, ez pedig nagy lendületet adott a CSR megjelenésének és elterjedésének (KÓSI – VALKÓ, 1999; CSIGÉNÉ, 2008). Továbbá a globalizációnak köszönhetően a társadalom felől megnőtt az igény a vállalatok tevékenységének nyomon követésére (transzparenciájára). Ezen folyamat további erősödését, ösztönzését szolgálja a technológiai fejlődés során megjelent tömegkommunikációs csatornák térnyerése. Azzal, hogy néhány vállalat elkezdte ezen felmerülő igények kielégítését, riválisaikra is kompetitív nyomást helyeztek (CSIGÉNÉ, 2008).

A '80-as évekre egyre inkább felértékelődött a vállalatok szerepe, amelyet a következő sorok jól tükröznek: „a vállalatok olyan fontos szerepet játszanak a társadalomban, mint korábban az egyházak, a nemesség, vagy a főurak. Sokkal inkább meghatározzák a társadalom pénzügyi és gazdasági folyamatait és a monetáris hatalmat, mint a világ kormányai” (FRENCH, 1987, CSAPÓNÉ, 2016:29). A 2000-es években az Üzleti Világtanács a következőképp definiálta a vállalatok társadalmi felelősségvállalását: „a vállalatok társadalmi felelősségvállalása a vállalat folyamatos elkötelezettsége az etikus viselkedésre és a gazdasági fejlődéshez való



hozzájárulás iránt miközben a munkavállalói és családjuk, valamint a helyi közösségek és a tágabb társadalom életminőségét javítja” (HOLME – WATTS, 2000, CSAPÓNÉ, 2016:29). Ebben a fogalomban már megjelenik a munkavállalók és a helyi közösségek érdekei szem előtt tartásának fontossága is.

A 2008-as gazdasági világválság rávilágított arra a tényre, hogy a gazdaság addigi formájában nem működhet tovább, ami egy új gazdasági modell létrejöttét tette szükségessé. Napjainkban a legszélesebb körben az Európai Unió (EU) 2011-ben tett állásfoglalása az elfogadott, mely kimondja, hogy a CSR a vállalatok azon felelőssége, melyet a társadalomra gyakorolt hatásaik miatt vállaltak. Ezen meghatározás alapján amennyiben a vállalat működése hatással van a társadalomra, akkor a felelőssége nem önkéntesen választható (CSAPÓNÉ, 2016).

TORUGSA et al. (2013) szerint a CSR leginkább úgy értelmezhető, mint egy felelős üzleti stratégia, amely támogatja a fenntartható fejlődés környezeti, társadalmi és gazdasági elveit is. Az újabb fogalmakban egyértelműen látszik a CSR és a fenntarthatóság kapcsolata. Ennek oka, hogy a különböző vállalatok változatos tevékenységei egyre inkább befolyással bírnak azon környezetre, ahol a társadalom él, így a különböző problémakörök – a CSR és a fenntarthatóság – egyre szorosabb kapcsolatba kerülnek (CSIGÉNÉ, 2008).

4. A CSR szintjei és dimenziói

A CSR négy különböző szintre bontható a megvalósítása mértéke alapján (CARROLL, 1981; CSIGÉNÉ, 2008). Az 1. szint a pénzügyi felelősség, mivel a profitabilitás követelmény a tulajdonosok részéről, hiszen a vállalat működése a profitra épül. A 2. szint a jogi elvárásoknak való megfelelés, amely pedig a társadalom részéről követelmény a vállalattal szemben. Ez a két szint bizonyos esetekben összeütközhet, és lehetséges az első szint elérése a második nélkül (pl. pénzbírság fizetése a környezetvédelmi szabályok áthágása esetén). Az EU által elfogadott értelmezésben az első két szint elérése még nem tartozik a CSR fogalomkörébe, mivel ebbe a fogalomba csak a szabályozáson túlmutató tevékenységeket csoportosítják. A következő, 3. szint, az az etikus viselkedés, amit a társadalom elvár és túlmutat a jogi kötelezettségeken. Végül a 4. szint eléréséhez már nem csak a társadalom alapvető elvárásainak kell megfelelni, hanem filantropikus elvűen a társadalom egyes csoportjai által kívánalomként megfogalmazható elvárásoknak is. Tehát így a vállalat valamit önkéntesen visszaforgat azon közösségbe, ahonnan a bevételeit szerzi és amiben működik (KOVÁCS, 2000b).

A CSR-t nemcsak a megvalósításának szintjei, de a képviselt probléma területei alapján is felbonthatjuk. Ezek alapján megkülönböztetjük a CSR-stratégián belül a vállalatot közvetlenül (belső tényezők) és közvetetten (külső tényezők) érintő dimenziókat (CSIGÉNÉ, 2008). Külső tényezők közé tartozik a helyi közösséggel való kapcsolat, az üzleti partnerek, az emberi jogok és a globális környezeti problémák. Belső tényezők közé az emberierőforrás-menedzsmentet, a munkahelyi egészséget és biztonságot, a változásokhoz való alkalmazkodást, a környezeti hatásokat és természeti erőforrások kezelését soroljuk. A CSR külső tényezői közül érdemes kiemelni a globális környezeti problémák témakörét, mivel itt megfigyelhető, hogy a környezetvédelem önálló szerepet kap mind a külső, mind a belső tématerületek között (pl. HR /környezeti képzés/). A tanulmány témájának szempontjából a továbbiakban a CSR belső szempontjaira fókuszálunk, amibe beletartozik a HR, a munkahelyi egészség- és munkabiztonság, a változásokhoz történő alkalmazkodás és a vállalat környezeti terhelésének menedzselése (SZIGETI, 2012; CSAPÓNÉ, 2016).



5. A CSR alkalmazásának előnyei és esetleges problémái

A tanulmány során az eddigiekben áttekintésre került, hogy milyen kapcsolatban áll a CSR a fenntarthatósággal és miért jelenik meg egyre nagyobb elvárásként a vállalatokkal szemben az alkalmazása. Azonban azt is fontos megemlíteni, hogy a CSR alkalmazása a vállalatok számára is járhat előnyökkel. A proaktív stratégiát folytató vállalatok a CSR-t lehetőségként is értelmezhetik. Ugyanis az aktív CSR-tevékenység a vállalat hírnevét is képes javítani, így hozzá segítheti az adott szervezetet a jobb (magasabban kvalifikált, motiváltabb) munkaerő megszerzéséhez és megtartásához, ami ennek köszönhetően a vállalatot akár versenyelőnyhöz is juttathatja. Továbbá a megfelelő CSR-politika javíthatja a kapcsolatot az egyes vállalati érdekeltekkel, stakeholderekkel, úgymint a különböző hatóságokkal, ami pedig csökkentheti a vállalat sikeres működésének kockázatait (CSIGÉNÉ, 2008; WOSZCZYNA, 2015).

A CSR-t több támadás érte azzal kapcsolatban, hogy a vállalatok társadalmi felelősségvállalás alatt csak „kirakat-tevékenységet” folytatnak, amelynek egyetlen célja elhíttetni a fogyasztóikkal, hogy elkötelezettek a fenntarthatóság irányába, de valódi motiváció ezek mögött nem található. Azonban egyre több tanulmány foglalkozik azzal, hogy egyfajta pozitív kapcsolat figyelhető meg a vállalatok társadalmi és pénzügyi teljesítménye között (LUKÁCS, 2006; CSAPÓNÉ et al., 2015; WOSZCZYNA, 2015). Vagyis a vállalatokat nem csak a fogyasztók pozitív megítélése motiválja a helyesen kiépített CSR megvalósításában, hanem a pénzügyi profit is.

A vállalatok felelős magatartása jellemzően a környezettudatos irányításban és a HR területén a legelterjedtebb. Magyarországon a leggyakrabban alkalmazott CSR-eszköz a szponzoráció, habár több tanulmány is rámutatott arra, hogy a lakosság több mint 50%-a jellemzően nem ismeri az egyes vállalatok támogatói tevékenységeit (GYŐRI, 2011; CSAPÓNÉ, 2016). A megkérdezettek szerint a vállalatok leglényegesebb társadalmi felelőssége abban keresendő, hogy mennyi figyelmet fordítanak az alkalmazottak igényeinek és jogainak tiszteletben tartására és a róluk való gondoskodásra. Majd ezután a következő legfontosabb a környezet védelme, míg a szponzoráció csak a 3. helyet érte el (GYŐRI, 2011; CSAPÓNÉ, 2016).

A CSR továbbá magába foglalja a kellemes és biztonságos munkakörnyezet megteremtését és fenntartását, az emberi jogok tiszteletben tartását, a felelős marketinget és a non-profit szervezetekkel való együttműködést. Azonban ezek a feladatkörök jellemzően hiányoznak a magyar vállalatok CSR-politikájából. Ez azért is sajnálatos, mert a témával kapcsolatban 2014-ben végzett országos, hazai kutatás alátámasztotta, hogy a munkahelyteremtést és a foglalkoztatottságot értékelték a fogyasztók a legfontosabbnak a CSR-programjai közül (CSAPÓNÉ et al., 2015). Manapság a vállalatok egyre többször találkoznak azzal a problémával, hogy a munkavállalók egyre gyorsabban váltogatják munkahelyeiket, és a váltás legfőbb oka nem a magasabb fizetésben keresendő. Ahogy a HR-Evolution Kft. (2018) által végzett felmérés kimutatta, a munkavállalók legtöbbször azért hagyják el a munkáltatójukat, mert az nem tartotta be az előzetes ígéreteit, csak második szempontként szerepelnek a nem megfelelő anyagi juttatások, míg a harmadik leggyakoribb indok a rossz munkahelyi légkör. A hátról két problémakör teljesen beleillik a vállalati belső CSR-stratégia tevékenységei közé. A vállalatok számára nem csak azért jelent problémát egy dolgozójuk elvesztése, mert az új munkaerő felvétele és betanítása sok pénzbe és energiába kerül, hanem azért is, mert a magas fluktuáció mellett nehéz kiépíteni egy erős vállalati kultúrát, ami pedig elengedhetetlen a cég hosszútávú sikereinek eléréséhez. Úgy gondoljuk, ez egy olyan problémakör, amely a vállalatok többségét nagyban érinti, és a megfelelő CSR-stratégia kiépítése hozzájárulhatna a hatékony kezeléséhez.



A CSR előnyei mellett meg kell említeni azokat a problémákat is, amelyek negatívan befolyásolhatják a hatékony stratégia kiépítését. A vállalatok társadalmi felelősségvállalásának egyik legnagyobb korlátja, hogy míg a fenntartható fejlődés a társadalom, gazdaság és környezet összefüggéseit hosszú távon és átfogóan kezeli, addig a CSR az adott problémáknak csak azon részeire koncentrál, amelyek az adott vállalat számára relevánsak. Bár igyekszik az előbb említett problémák hosszú távú megoldásaival is foglalkozni, de eredetéből adódóan a ténylegesen hosszú távú, a „következő generációk” érdekeit is szem előtt tartó intézkedéseket kevésbé veszi figyelembe. Továbbá míg a fenntarthatóság részletesen foglalkozik az okokkal és okozatokkal, addig a vállalatok figyelme csak a saját hatásukra vonatkozik, azaz csak arra törekednek, hogy ne legyenek a problémák okozói, valódi orvoslásuknak már kevesebb figyelmet szentelnek (CSIGÉNÉ, 2008).

A másik ellentmondás a CSR fogyasztói megítélése kapcsán merül fel. Számos felmérés igazolja, hogy a vásárlók etikus fogyasztáshoz kötődő attitűdjei a valós döntéshozatal során háttérbe szorulnak. Az ár, a minőség és a berögzött szokások sokkal inkább motiválják a fogyasztókat, mint a társadalmi felelősségvállalás. Tehát annak ellenére, hogy a fogyasztók egyre több CSR-információt igényelnek a vállalatoktól és elvárják tőlük a felelős magatartást, valódi döntéshozataluk során a CSR-nak igen alacsony szerepe van (DOANE, 2005; GYŐRI, 2010; ÖBERSEDER et al., 2011; CSAPÓNÉ et al., 2015).

További probléma, hogy bár az utóbbi években megfigyelhető, hogy a vállalati társadalmi felelősségvállalásnak az alkalmazottakkal kapcsolatos eszközei terjednek leginkább, mégis a munkavállalók javaslatai a vártnál kevésbé számítanak ezen területek kiválasztásakor. Így a nagyvállalati kultúrában jelenleg az alkalmazottak a CSR-tevékenységnek inkább „tárgyai”, nem pedig „alanyai” (CSIGÉNÉ, 2008).

6. CSR és a HR kapcsolata

Egyre több nemzetközi szakirodalmi forrásban jelenik meg a humán erőforrás-menedzsment és a CSR-stratégia kapcsolatának vizsgálata. A szakirodalom egyetértene abban, hogy a két terület valamilyen módon kapcsolódik, illetve megerősítik a HR szerepét a vállalati CSR-tevékenységekben (SARVAIYA et al., 2018; TURNER et al., 2019; WOSZCZYNA, 2015). Az azonban nem teljesen tisztázott, hogy pontosan mi is a kapcsolat a két terület között. Mi a feladata a HR-nek a CSR megvalósításában? Mint támogató egység jelenik meg vagy a stratégiaalkotásban is fontos szerepet kap? Esetleg a két terület annyira összefonódott, hogy a HR egyre inkább a CSR részének tekinthető? Ezen kérdések megválaszolásához elsősorban a külföldi kutatások eredményei adhatnak kiindulópontot. Ennek több oka is van. Egyrészt hazánkban még az is viszonylag újdonságnak számít, hogy egy vállalat jól kiépített CSR-stratégiával rendelkezzen, az pedig igen ritka, hogy erre a feladatra külön CSR-részleget tartanának fent. Épp ezért a CSR-menedzsment és HR kapcsolatát vizsgáló hazai kutatások igencsak hiányosnak tekinthetők. A fejlett országokban azonban a nagyobb vállalatok már szinte kivétel nélkül rendelkeznek CSR-stratégiával, amelyet általában az erre a területre specializálódott CSR-részleg szakemberei dolgoznak ki, valamilyen módon a HR-részleget is bevonva. A továbbiakban az kerül bemutatásra, hogy a nemzetközi minták alapján milyen szintű kapcsolatról beszélhetünk, és hogy a HR milyen szerepet is tölt be a CSR-tevékenységek kapcsán.

Elsőként szükséges tisztázni a HRM fogalmát. „Emberi erőforrás menedzsment fogalma alatt mindazon tevékenységeket és vezetési módszereket értjük, amelyek egy adott szervezeten belül a munkaerő kiválasztásától, a munkaerő fejlesztésén keresztül a teljesítmény méréséig és a



karriermenedzsmentig foglalkozik az emberi erőforrás működésével és annak ésszerű, hatékony felhasználásával annak érdekében, hogy az egyéni és szervezeti célok megvalósuljanak” (HAJÓS – BERDE, 2007:17). A fentiek alapján megállapítható, hogy a HRM tevékenységei leginkább a CSR belső tényezőire vonatkozó stratégiával illeszthetők össze.

Gyakran megfigyelhető a szervezetek esetében a CSR tevékenységei és HRM között a következő összefüggés: azoknál a szervezeteknél, amelyek fejlett humánerőforrás-menedzsmenttel rendelkeznek, általában erősebb CSR-politika figyelhető meg (TURNER et al., 2019). A CSR azzal is hozzájárul a vállalati teljesítménynövekedéshez, hogy segíti a szervezet pozitív imázsának a kialakulását. Ezzel szemben a vállalatok, amelyeknek romlik a vállalati imázsuk gyakran veszítenek a pénzügyi teljesítőképességükből és a cég értékéből (JOHNSON, 2003; TURNER et al., 2019). Erre jó példa a Volkswagen 2015-ös emissziós botránya, melynek hatására a cég lekerült a Top 100 legjobb CSR-hírnévvel rendelkező vállalati listájáról (TURNER et al., 2019).

Természetesen a CSR vállalati imázsra gyakorolt hatása nagyban függ a cég méretétől, a képviselt iparágtól és a marketing-költségvetéstől. A CSR szintén növelni tudja a vállalati imázst a pozitív szájreklám és a fogyasztói lojalitás erősítése révén (BHATTACHARYA – SEN, 2004; COLLINS – STEVENS, 2002). A vállalati CSR-stratégia emellett a HR által bevetett gyakorlatokat is befolyásolhatja a toborzás, az alkalmazottak megtartása, a kártérítés és a szervezeti kultúra fejlesztése területén. Például a munkavállalók megtartásával kapcsolatban pozitív kapcsolat fedezhető fel a vállalat társadalmi teljesítménye és az alkalmazottak elégedettsége között (TURNER et al., 2019).

Sok nagyobb szervezetnél figyelhető meg, hogy külön CSR-részleget építettek ki, amelyet CSR-szakemberek vezetnek. Arról azonban igen kevés információval rendelkezünk, hogy milyen kapcsolat van ez esetben a CSR és a HRM alkalmazottai között, hogyan osztják meg a feladatokat és a felelősséget a CSR-stratégia kiépítésében és bevezetésében (SARVAIYA et al., 2018). Egyre több szakirodalmi forrás emlegeti a humánerőforrás-menedzsmentet a CSR-politika elemeként, vagy mint a szervezeten belüli CSR-tevékenységek folyamatvezetőjeként (WILCOX, 2006; VOEGTLIN – GREENWOOD, 2016; SARVAIYA et al., 2018).

Habár egyre kevésbé vitatható, hogy van valamilyen kapcsolat a CSR és a HRM között, azonban fontos kiemelni a két terület közötti különbségeket is. Míg a HRM nagymértékben befelé – a szervezet alkalmazottjaira – koncentrál, addig a CSR fókuszának középpontjában gyakran a külső környezet áll. Ettől a különbségtől eltekintve a HRM egyre nagyobb szerepet kap a CSR kezdeményezésekben. A HR-alkalmazottak gyakran találkoznak olyan feladatokkal, minthogy oktatás keretében segítsék a munkavállalókat a vállalati CSR-értékek elsajátításában, kommunikálják az alkalmazottak és egyéb érdekelték felé az aktuális CSR-politikát, felelős és fenntartható gyakorlatokat dolgozzanak ki, vagy készítsék el a CSR végrehajtási programjának tervezetét, irányítsák és ellenőrizzék a bevezetését (INYANG et al., 2011). A fenti okokból adódóan egyre több szervezet jelzi igényét aziránt, hogy a CSR-képzés legyen része a professzionális HR-oktatásnak (VOEGTLIN – GREENWOOD, 2016; TURNER et al., 2019). SARVAIYA et al. (2018) által készített vállalati mélyinterjúk alapján a kutatásban résztvevők a belső CSR tevékenységre vonatkozóan a következő programokat említették a leggyakrabban: az alkalmazottak továbbképzése, pszichológus biztosítása a munkavállalók számára a személyes problémáiknak megoldására, a nők számára vezetésfejlesztő programok biztosítása, egészségügyi prevenciók szervezése (pl. a diabétesz és a dohányzás ellen), a gyerekekkel rendelkező munkavállalók számára szülői tanácsadás biztosítása. Az interjú során az is kiderült, hogy az előbb felsorolt programokat többségében a HRM szervezi meg és hajtja végre. Ezzel kapcsolatban a CSR-menedzserek egy része azt nyilatkozta, hogy úgy érzik, a



fentebb említett munkahelyi megoldások a CSR-stratégián belül a HR menedzserek felelősségi körébe tartoznak, habár azt is elismerték, hogy ezekről a kérdésekről igen keveset konzultálnak a HR szakemberekkel. Ez azonban a stratégia kivitelezésének szempontjából nem a legkedvezőbb, hiszen a HR alkalmazottak általában csak mint végrehajtók vesznek részt a CSR-tevékenységekben, míg a stratégia alkotásában egyáltalán nem kapnak szerepet (SARVAIYA et al., 2018).

Az interjúból az is kiderült, hogy vannak olyan szervezetek is, amelyek teljes mértékben kihagyták a HR-menedzsmentet a CSR-politikájuk megvalósításából. Ezeknél a szervezeteknél egyfajta leszűkített CSR-stratégia működik, ami csak a külső környezetre koncentrál, pl. csak a környezetvédelemre. Ez az eredmény is azt támasztja alá, hogy a CSR nem egységes az egyes vállalatoknál és nagyban függ a képviselt tevékenységtől. Általában ez a fajta szűkített társadalmi felelősségvállalás azoknál a szervezeteknél jelenik meg, akik nagyobb környezeti terheléssel járó iparágban tevékenykednek, így ők elsődleges céljuknak a környezeti fenntarthatóság megvalósítását tartják. Ezzel szemben a HRM leginkább a szolgáltatási szektor képviselőinek CSR-stratégiájába került nagyobb bevonásra, így pl. a bankoknál, a távközlési vállalatoknál, a postánál. Itt jellemzően szélesebb volt a képviselt CSR-tevékenységek köre is. Összességében azonban a HRM nem megfelelő bevonását bizonyítja az is, hogy a SARVAIYA et al. (2018) által vizsgált 16 vállalatból 11 rendelkezett hivatalos CSR bizottsággal, amelyek közül mindössze egy szervezet esetében került a HRM-képviselőt is bevonásra. WIRTENBERG et al. (2007) tanulmánya szintén ezt a megállapítást támasztja alá, az alapján ugyanis kiderült, hogy a vizsgált kilenc vállalatból négyben korlátozottan vonták be a HRM-et a CSR-ba.

7. Összefoglalás

A tanulmány megírása során a CSR és a humán erőforrás-menedzsment kapcsolatának vizsgálata volt a fő célunk. A célkitűzés eléréséhez szükséges volt megvizsgálni, mit is értünk CSR alatt, milyen szerepe van a vállalati stratégia kialakításában, végül megvizsgáltuk milyen kapcsolódási pontokat lehet ezek alapján felfedezni a CSR és a HRM területei között.

A vizsgálat eredménye alapján megállapítható, hogy a CSR egyre fontosabb szerepet tölt be a vállalati stratégiában, habár a CSR fogalma továbbra sem egységes és megvalósításának módja nagyban függ az adott vállalat profiljától. Habár a CSR-tevékenységekkel kapcsolatban többször felmerül, hogy csak mint „kirakat-tevékenység” jelenik meg a vállalatok esetében, amely mögött nincs valódi elköteleződés, egyre inkább bebizonyosodik, hogy manapság már nem csak a fogyasztók „megnyerése” jelenik meg a vállalatok oldaláról a motiváló tényezők között, hiszen a jól kiépített CSR-politika a vállalat versenyképességét, profitabilitását és munkavállalóival való megfelelő kapcsolatát is befolyásolja. A CSR-trendeket vizsgálva egyfajta hangsúlyeltolódás figyelhető meg a vállalatoknál, ahol a környezeti szempontok helyett főleg a társadalmi tényezők kerülnek egyre inkább előtérbe, azok közül is a munkavállalókkal kapcsolatos tevékenységeket fontos külön kiemelni.

Mivel utóbbi területtel elsősorban a humán erőforrás-menedzsment foglalkozik, ezért felmerül a kérdés, vajon milyen kapcsolat lehet a CSR és HRM között. Az általunk végzett áttekintés alapján megállapítható, hogy a CSR és HRM területek szorosan kapcsolódnak egymáshoz. Azonban a HR-szakemberek szerepe nem teljesen tisztázott, úgy tűnik, inkább a CSR-kezdemenyvezések működésének támogatásában, kivitelezésében játszanak egyre növekvő szerepet, mintsem a stratégiai tervezésben. Ez a megállapítás főleg azoknál a szervezeteknél igaz, ahol a CSR-stratégia kiépítésével külön CSR-részleg foglalkozik (SARVAIYA et al., 2018; TURNER et al., 2019). Ez alapján megállapítható, hogy a HR szakemberek szerepe a CSR-



politika alkalmazottorientált aspektusaiban lehetők inkább fel, mintsem az egész CSR-politikában. Ennek ellenére úgy tűnik, a sikeres CSR-politikának része a HRM munkája is. Azonban ahhoz, hogy a HR szakemberek is megfelelően elkötelezettek legyenek a CSR-intézkedéseket illetően és átláthassák a teljes stratégiát, szükséges lenne a jövőben nem csak a kivitelezésben, de a vállalati CSR-stratégia kialakításában is szerepet kapniuk (TURNER et al., 2019). A HRM nagyban segítheti a felsővezetést a szervezeti CSR-stratégia tervezésében oly módon, hogy az összhangban legyen a szervezet által képviselt kompetenciákkal, képességekkel. Emellett képes a stratégiát olyan tevékenységekké formálni, amely által megkönnyíti az alkalmazottak számára a megfelelő viselkedésbeli változások elsajátítását és elősegíti a CSR-kultúra integrálását. Mivel a HRM szerepe egyértelműen a belső CSR-tevékenységeket érinti, ezért a HR-menedzserek stratégiai szerephez jutása elsősorban a belső CSR-tevékenységek létrehozásában lenne nélkülözhetetlen, ezáltal olyan CSR-programok kerülhetnének kidolgozásra, amelyek egyszerre támogatják a cég teljesítményének növekedését és a HR-tevékenységek sikerességét. A külső CSR-tevékenységek esetében szintén fontos a HRM bevonása, egyfajta támogató, adminisztratív szerep betöltésével. A HR szakemberek megfelelő szintű bevonásával az alkalmazottak elégedettsége is növelhető lenne, másfelől a CSR-szemléletű HR-tevékenység segítheti a vállalatoknál a CSR-kultúra jobb kiépülését és az alkalmazottak nagyobb szintű elköteleződését.

8. Köszönetnyilvánítás

A publikáció elkészítését az EFOP-3.6.2-16-2017-00003 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

9. Irodalomjegyzék

- Bartus G. (2008): Szükségünk van-e jóléti vállalatokra? Kommentár, *Közjó és kapitalizmus*. 2008 (5) 26–40.
- Bhattacharya, C. B. – Sen, S. (2004): Doing better at doing good: When, why, and how consumers response to corporate social initiatives. *California Management Review*. 47 (1) 9–24. <https://doi.org/10.2307/41166284>
- Benedek A. (2017): A stratégiai CSR személyiségi gyökerei. *Vállalkozásfejlesztés a XXI. században*. 2017 55–69.
- Carroll, A. B. (1981): The pyramid of corporate social responsibility: Toward the moral management of organizational stakeholders. *Business Horizons*. 34 (4) 39–48. [https://doi.org/10.1016/0007-6813\(91\)90005-G](https://doi.org/10.1016/0007-6813(91)90005-G)
- Collins, C. J. – Stevens, C. K. (2002): The relationship between early recruitment-related activities and the application decisions of new labor-market entrants: A brand equity approach to recruitment. *Journal of Applied Psychology*. 87 (6) 1121–1133.
- Csapóné Riskó T. – Péntek Á. – Wiwczarowski T. (2015): A CSR ismertsége és megjelenése a fogyasztói döntésekben. *Táplálkozásmarketing*. 2 (2) 15–27. <https://doi.org/10.20494/TM/2/2/2>
- Csapóné Riskó T. (2016): Fókuszban az alkalmazottak. *Studia Mundi – Economica*. 3 (1) 26–39. <http://dx.doi.org/10.18531/Studia.Mundi.2016.03.01.26-39>.
- Csigéné Nagypál N. (2008): A vállalatok társadalmi felelősségvállalása és kapcsolódása a fenntarthatósághoz. Doktori (PhD) értekezés, Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Gazdálkodás- és Szervezéstudományi Doktori Iskola, Budapest.



- Dahlsrud, A. (2006): How Corporate Social Responsibility is Defined: an Analysis of 37 Definitions. *Corporate Social Responsibility & Environmental Management*. 15 (1) 1–13. <https://doi.org/10.1002/csr.132>
- Doane, D. (2005): The Myth of CSR. *Stanford Social Innovation Review*. 2005 23–29.
- Fleischer T. (2014): A fenntarthatóság fogalmáról, Közzolgálat és fenntarthatóság. Nemzeti Közzolgálati Egyetem, Budapest, 9–24.
- French, P. A. (1987): Collective and Corporate Responsibility. *Philosophical Review*. 96 (1) 117–119. <https://doi.org/10.2307/2185335>
- Győri Zs. (2010): CSR-on innen és túl. PhD értekezés, Budapesti Corvinus Egyetem Gazdálkodástani Doktori Iskola, Budapest.
- Győri Zs. (2011): A társadalmi felelősségvállalás helyzete Magyarországon 2011. Műhelytanulmány, Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest.
- Hajós L. – Berde Cs. (2007): Emberi erőforrás gazdálkodás. Debreceni Egyetem Agrár- és Műszaki Tudományok Centruma Agrárgazdasági és Vidékfejlesztési Kar, Debrecen.
- Holme, R. – Watts, P. (2000): *Corporate Social Responsibility: Making Good Business Sense*, World Business Council for Sustainable Development, Switzerland.
- HR-Evolution Kft. (2018): Fluktuációkutatás. HR-Evolution Kft., Budapest (Letöltés dátuma: 2019.05.30.)
- Inyang, B. – Awa, H. – Enuoh, R. (2011): CSR–HRM nexus: Defining the role engagement of the human resources professionals. *Contemporary Issues in Business and Economics*. 2 (5) 118–126.
- Johnson, H. H. (2003): Does it pay to be good? Social responsibility and financial performance. *Business Horizons*. 46 (6) 34–40.
- Kerekes S. – Wetzker K. (2007): Keletre tart a „társadalmilag felelős vállalat” koncepció. *Harvard Business Manager Magyar Kiadás*. 9 (4) 37–47.
- Kósi, K. – Valkó, L. (1999): *Környezetgazdaságtan és -menedzsment*. Egyetemi-főiskolai tankönyv, Eötvös József Főiskola Műszaki Fakultás, Baja.
- Kovács E. (2000a): A szervezetelméletek formálódása a társadalmi és az ökológiai értékek beépülése során. *Kovács*. 4 (1-4) 53–88.
- Kovács, E. (2000b): A környezeti jelentések szerepe a vállalatok környezeti és társadalmi felelősségének előmozdításában. Doktori (PhD) értekezés, Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem, Budapest.
- Lukács R. (2006): Fenntartható fejlődés és tudatos fogyasztók: Mit tudnak a fiatalok a felelős fogyasztásról? Konferencia előadás, Innováció, társadalmi felelősség, fenntartható fejlődés – marketing megközelítésben, a Magyar Marketing Szövetség – Marketing Oktatók Klubjának 12. Országos Konferenciája, 2006. augusztus 24-25., Budapest.
- Nemzeti Fenntartható Fejlődési Tanács (2013): *Nemzeti fenntartható fejlődési keretstratégia (NFFK)*, Nemzeti Fenntartható Fejlődési Tanács Titkára, Budapest.
- Öberseder, M. – Schelgelmilch, B. B. – Gruber, V. (2011): Why Don't Consumers Care About CSR?: A Qualitative Study Exploring the Role of CSR in Consumption Decisions. *Journal of Business Ethics*. 104 (4) 449–460. <https://doi.org/10.1007/s10551-011-0925-7>
- Sarvaiya, H. – Eweje, G. – Arrowsmith, J. (2018): The Roles of HRM in CSR: Strategic Partnership or Operational Support? *Springer Science+Business Media Derdrecht*. 153 (3) 825–837. <https://doi.org/10.1007/s10551-016-3402-5>
- Szigeti C. (2012): Vállalati méret és felelősség. *Fenntarthatósági füzetek* 7, 34.
- Torugsa, N. A. – O'Donohue, W. – Hecher, R. (2013): Proactive CSR: An Empirical Analysis of the Role of its Economic, Social and Environmental Dimensions on the Association



- between Capabilities and Performance. *Journal of Business Ethics*. 115 (2) 383–402. <https://doi.org/10.1007/s10551-012-1405-4>
- Turner, R. M. – McIntosh, T. – Reid, W. S. – Buckley, M. R. (2019): Corporate implementation of socially controversial CSR initiatives: Implications for human resource management. *Human Resource Management Review*. 29 (1) 125–136. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2018.02.001>
- Voegtlin, C. – Greenwood, M. (2016): Corporate social responsibility and human resource management: A systematic review and conceptual analysis. *Human Resource Management Review*. 26 (3) 181–197. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2015.12.003>
- Wilcox, T. (2006): Human resource development as an element of corporate social responsibility. *Asia Pacific Journal of Human Resources*. 44 (2) 184–196. <https://doi.org/10.1177/1038411106066395>
- Wirtenberg, J. – Harmon, J. – Russell, W. – Fairfield, K. (2007): HR's role in building a sustainable enterprise: Insights from some of the world's best. *Human Resource Planning*. 30 (1) 10–20.
- Woszczyna, K. S. (2015): Responsible leadership contribution to Human Resource Management – A study of CSR-HR interface. *Procedia Economics and Finance*. 34 (2015) 403–409. [https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(15\)01647-0](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(15)01647-0)