

**DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS
TÉZIS**

SZABÓ SÁRA

**Kaposvári Egyetem
Gazdaságtudományi Kar**

2016

Kaposvári Egyetem
Gazdaságtudományi Kar
Marketing és Kereskedelem Tanszék

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

Témavezető:
PROF. DR. SZAKÁLY ZOLTÁN
egyetemi tanár

Társ-témavezető:
DR. SZENTE VIKTÓRIA
egyetemi docens

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

Készítette:
SZABÓ SÁRA

KAPOSVÁR
2016

TARTALOMJEGYZÉK

1. A KUTATÁS ELŐZMÉNYEI, CÉLKITŰZÉS	4
2. ANYAG ÉS MÓDSZER.....	6
3. EREDMÉNYEK	8
3.1. Egészség és az egészségmagatartás tényezői.....	8
3.2. Alternatív táplálkozási módok vizsgálata	11
3.3. Az egészségmagatartás modellezése, piaci szegmentáció	13
3.4. A táplálkozásmód váltást támogató program eredményei	17
4. KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK.....	19
5. ÚJ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK	22
6. A DISSZERTÁCIÓ TÉMAKÖREIBEN MEGJELENT PUBLIKÁCIÓK...	23

1. A KUTATÁS ELŐZMÉNYEI, CÉLKITŰZÉS

A gazdasági fejlődés jövőbeni irányait vizsgálva az ALLIANZ GLOBAL INVESTORS (2010) pénzüpiaci elemzése három megatrendre szűkíti a kérdést: környezetvédelmi technológiák, nano-/ biotechnológia, illetve egészségügy, amelyek várhatóan a következő konjunktúraciklus hajtómotorjai lesznek. A globalizáció és a népességnövekedés miatt a gazdaság súlypontja Ázsia-felé tolódik, azonban a tudásalapú gazdaság irányába vezető úton továbbra is a fejlett országok tekinthetők élenjárónak. A korábbi ciklusok a produktivitás növekedését célozták, azonban a növekedés fenntartásának záloga az energia és erőforrás gazdálkodásban rejlik. Környezeti szinten ez jelenik meg az öko-trendekben, amelyek piaci részesedése folyamatos növekedést mutat, a nano- illetve biotechnológia fejlődésében, amely új anyagok és technológiák fejlesztésével csökkenti a nyersanyagigényt, és precíziós eljárások kifejlesztésével hatékonyabbá teszi a termelést. A harmadik megatrend az egészség, amely a népesség növekedése és a fejlett országokban megnövekedett élettartam miatt vált egyre időszerűbbé. Az egészség megatrendhez tartozik az egészség holisztikus értelmezése, és a preventív egészségmagatartás, azaz a fejlett gazdaságokban elérkeztünk egy olyan korszakhoz, amelyben az emberi erőforrás már nem a gazdasági fejlődés költsége, hanem legfontosabb hajtóereje, amelynek megőrzése egyéni, társadalmi és gazdasági érdek.

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

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

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

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

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

H2: A lakosság egészségi állapota indokoltá tenné az egészségtudatos életmódra történő áttérést.

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

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

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

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

H6: Az ayurveda táplálkozás ismerete és alkalmazása pozitív fogyasztói attitűdök mellett is alacsony, és elsősorban a fővárosra koncentrálódik.

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

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

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

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

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

H10: A C1 és C3 vizsgálatok eredményei alapján kialakított pszichológiai és táplálkozástudományi program hatékonyan alkalmazható a táplálkozásmód váltás elősegítésére, és jól illeszkedik a *vállalati marketing stratégiába*.

2. ANYAG ÉS MÓDSZER

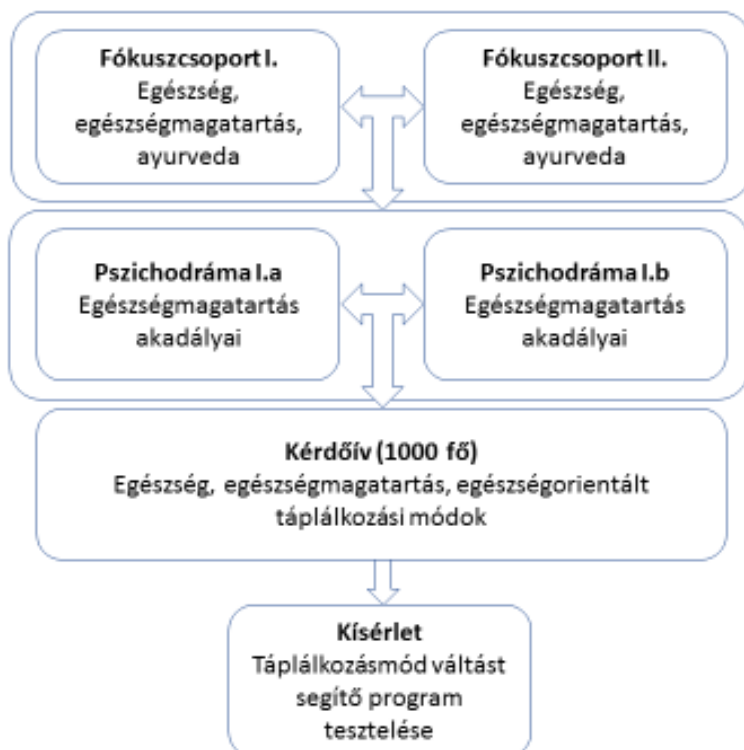
A kutatás során szekunder és primer adatokra egyaránt támaszkodtunk. Statisztikai adatbázisok közül elsősorban az EUROSTAT adataira támaszkodtunk, de fontos információforrás volt továbbá a KSH adatbázisa és publikációi, illetve a GFK adatainak korlátozott hozzáférhetősége miatt GFK – TÁRKI munkatársainak előadásai. A releváns szakirodalom felkutatását az EBSCO, EISZ, MATARKA és SCIENCE DIRECT, GOOGLE SCHOLAR online szolgáltatások segítették, a hazai teljes szövegű cikkek elérésében gyakran a szerzők nyújtottak segítséget.

A szekunder adatok feldolgozása lehetővé tette a primer kutatás megtervezését. Primer adatgyűjtésünk során kvalitatív (minőségi) és kvantitatív (mennyiségi) kutatásokat egyaránt végeztünk. A primer kutatási szakaszt két

feltáró fókuszcsoporthoz indítottuk 2012 februárjában, amelynek során az egészségtudatos illetve ayurveda rendszerét ismerő csoport egészségképét, egészségmagatartását vizsgáltuk, majd rátértünk az ayurveda iránti attitűdök vizsgálatára. A következő vizsgálatunk 2013 tavaszán az egészségtudatos életmódot akadályozó tényezők feltárására irányultak.

A két típusú kvalitatív felmérés már elegendő adatot szolgáltatott a kérdőív összeállításához, amelynek a felvétele 2013 nyarán 1000 fős országos reprezentatív mintán történt meg.

A kutatási eredmények összegzésével táplálkozástudományi szakértő bevonásával kidolgozásra került egy pszichológiai és táplálkozástudományi ismereteket egyaránt ötvöző kísérleti program, amelynek 6 hetes pilot verzióját 2014 nyarán bonyolítottuk le 8 fő részvételével. A kutatás logikai felépítését az **1. ábra** mutatja be.



1. ábra: A primer kutatás logikai felépítése

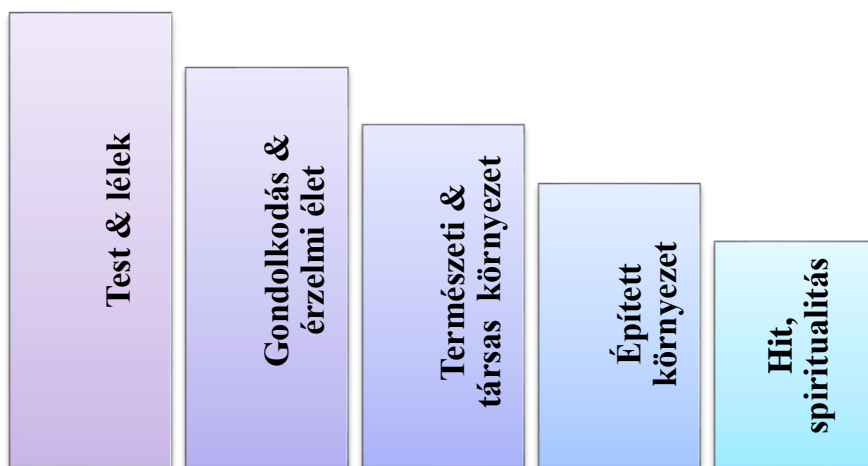
Forrás: Saját szerkesztés, 2014

3. EREDMÉNYEK

3.1. Egészség és az egészségmagatartás tényezői

A 3.1. alfejezetben az első feladathoz tartozó vizsgálatokat mutatjuk be, azaz a fogyasztók egészségi állapotának, egészségmagatartásának, egészségértelmezésének felméréseit, továbbá részletesen elemezzük az életmódváltást elősegítő és gátló tényezőket. A kvalitatív eredmények összegzésével kialakítottuk az egészség nyolcdimenziós modelljét, amelyet kutatás kvantitatív szakaszában ötfokú intervallum skálán teszteltünk. Az átlagok alapján szomszédos változókat páronként összehasonlítottuk, hogy feltárjuk, van-e szignifikáns különbség az átlagértékek között.

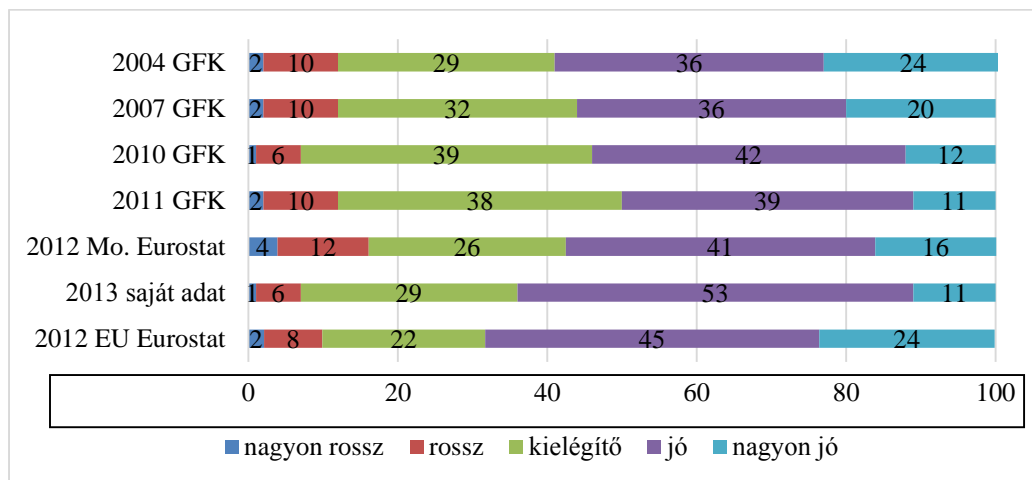
A nyolc dimenzió között talált négy szignifikáns eltérés öt fontossági szintre osztja a tényezőket. A legfontosabb a test és lélek egészsége, ezt követi a gondolkodás és az érzelmi élet, majd a személyen túli dimenziók, mint a természeti és társas környezet, az épített környezet, és a hit és spiritualitás (**2. ábra**). A bemutatott eredmények alapján tehát a **H1** hipotézisünket elvetjük.



2. ábra: A magyar lakosság egészségértelmezési modellje

Forrás: Saját szerkesztés, 2015

Az egészségi állapot szubjektív illetve objektív tényezőit, valamint a lakosság fizikai aktivitását és egészségtudatosabb táplálkozásra történő áttérését 1000 fő országos reprezentatív kérdőíves vizsgálatlal mértük.



3. ábra: Szubjektív egészségi állapot értékelése

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

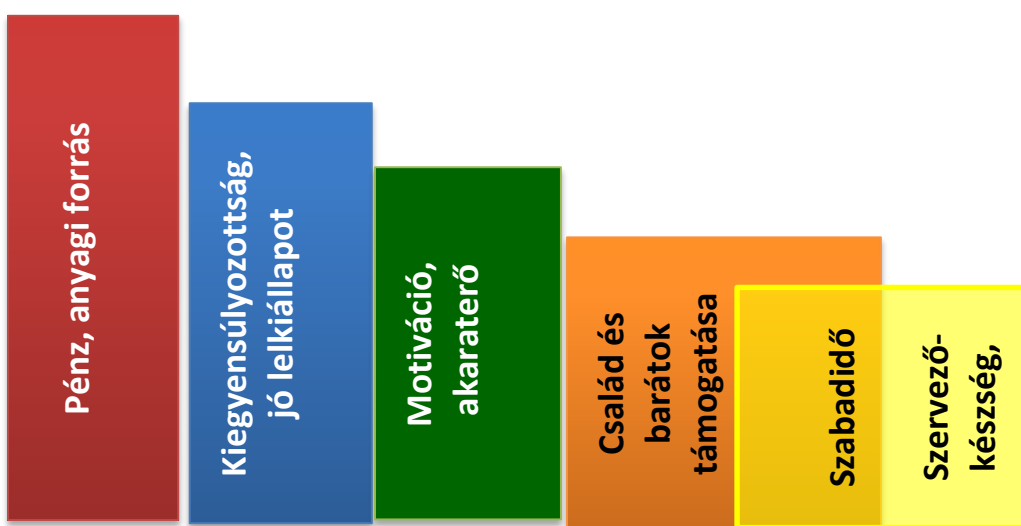
A GFK Magyarország felmérései alapján a lakosság szubjektív egészségi állapota romló tendenciát mutatott 2004 és 2011 között (3. ábra), saját 2013-as adataink megerősítene. Megállapítható, hogy a lakosság 36%-ának az egészségi állapota önbevallás alapján legfeljebb kielégítő.

„Kérem mondja meg, hogy a felsorolt egészségügyi problémák érintik-e önt!” többválasztásos kérdésre a válaszadók 18,8%-a jelölte a szív-érrendszeri betegséget, 16% a túlsúlyt és elhízást, 10% gyomor és bélrendszeri panaszokat, 7% legyengült immunrendszert, 5,5% cukorbetegséget, 4,6% csontritkulást, és 1% daganatos betegséget. A válaszadók csupán 54,7%-a állította, hogy a felsoroltak közül egyik probléma sem érinti.

Az egészségmagatartás tényezői közül a táplálkozást illetve a fizikai aktivitást vettük górcső alá. Az előző kérdésblokkhoz viszonyítva érdekes egybeesés, hogy a válaszadók 45,3%-a előreláthatólag nem szándékozik táplálkozási módot váltani, azaz teljesen passzív módon a Bezártság fázisában van.

A fizikai aktivitás tekintetében biztató adatokat kaptunk, eszerint a lakosság 43,8%-a rendszeresen, legalább heti három alkalommal végez aktív testmozgást, és további 33,1% heti 1-2 alkalommal mozog önbevallás alapján. A bemutatott eredmények alapján tehát a **H2** hipotézisünket **elfogadjuk**.

Az életmódváltást befolyásoló tényezők feltárását és pontosítását a pszichodráma csoport keretein belül végeztük el, majd az egyes tényezők relatív fontosságát kérdőíves vizsgálattal mértük.



4. ábra: A magyar fogyasztók szükségleti hierarchiája az életmódváltás tekintetében

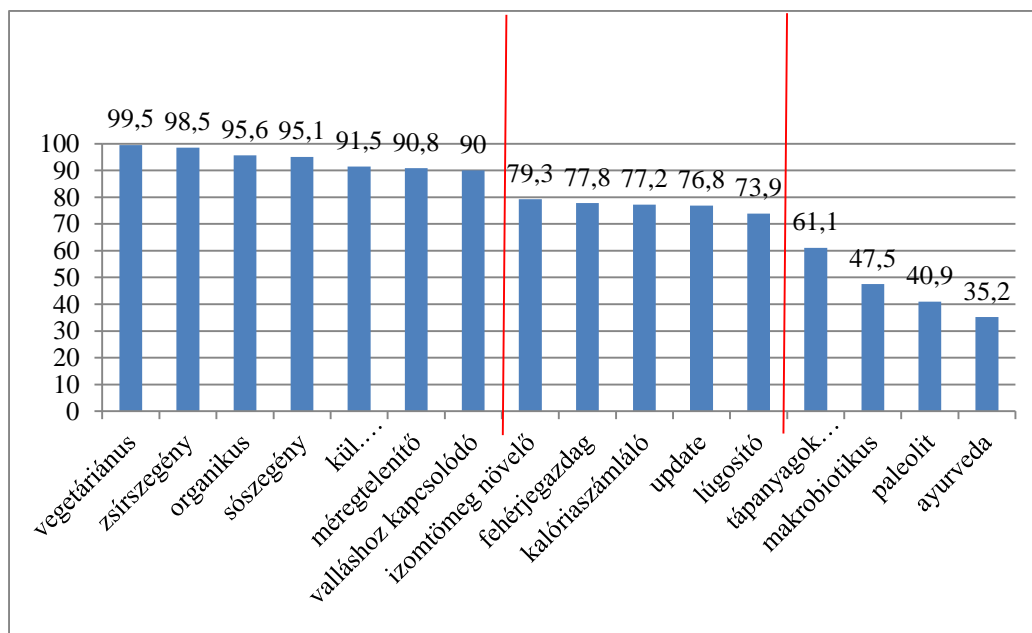
Forrás: Saját szerkesztés, 2016

A Wilcoxon próbák eredményei alapján meghatározható a magyar fogyasztók szükségleti hierarchiája (4. ábra) az egészségmagatartásra vonatkozóan. A hierarchia csúcsán áll az anyagi forrás, majd szignifikáns különbséggel a jó lelkiállapot, majd annak funkciói a motiváció és akarat erő. A bemutatott eredmények alapján tehát a **H3** hipotézisünket **elfogadjuk**.

3.2. Alternatív táplálkozási módok vizsgálata

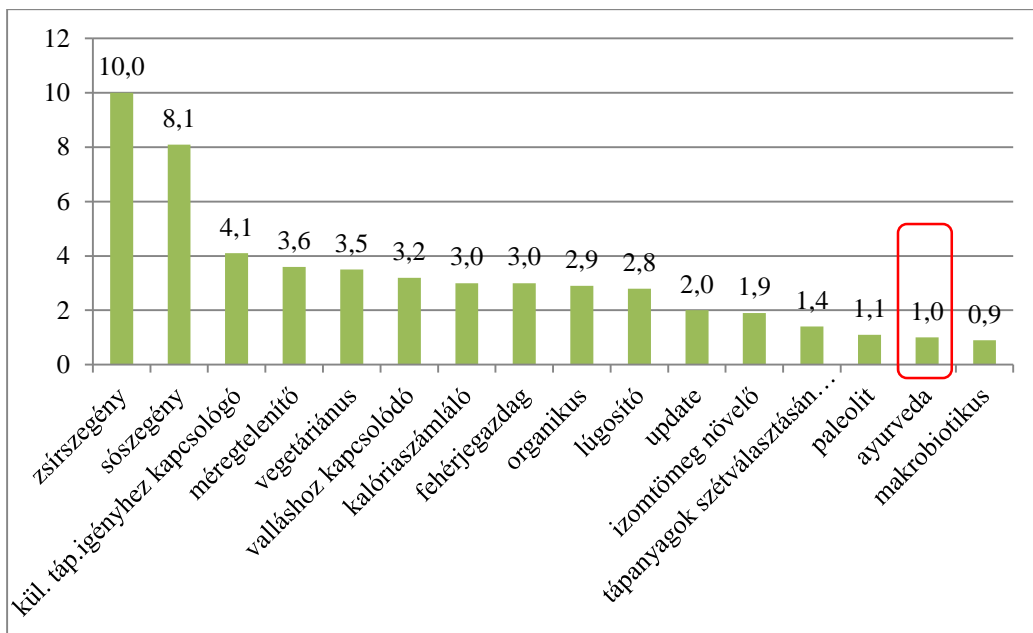
A 3.2. alfejezetben a 2. feladathoz tartozó eredményeket mutatjuk be, azaz az alternatív táplálkozási módok ismertségét, alkalmazását illetve az alkalmazás egészségi állapotra gyakorolt hatását. Kiemelten kezeljük az ayurveda táplálkozás ismertségét, bemutatjuk lehetséges célpiaacát és az ayurvedikus termékek, illetve szolgáltatások iránti fogyasztói attitűdöt.

Az alternatív táplálkozásmódok vizsgálatát kvantitatív módszerrel végeztük. Az **5. és 6. ábrákon** látható táplálkozásmódokkal kapcsolatban azt kérdeztük a válaszadóktól, hogy hallottak-e a felsorolt táplálkozásmódról, ha igen, akkor kipróbálták-e őket, illetve van-e olyan közöttük, amelyiket rendszeresen alkalmaznak. Az eredmények alapján elmondható, hogy a fogyasztók nagy arányban hallottak már a különböző alternatív táplálkozási módokról. Az azonban megállapítható, hogy a változók említési gyakoriság alapján nem egyenletesen oszlanak meg. A bemutatott eredmények alapján tehát a **H4** hipotézisünket **elfogadjuk**.



5. árba: Alternatív táplálkozásmódok ismerete (%)

Forrás: Saját szerkesztés, 2015 (N=1000)



6. árba: Alternatív táplálkozásmódok rendszeres alkalmazása a megkérdezettek körében (%)

Forrás: Saját szerkesztés, 2015 (N=1000)

A táplálkozásmód tekintetében megvizsgáltuk az egészségorientált táplálkozás hatását a szubjektív illetve objektív egészségi állapotra. Elsőként összefüggést kerestünk a Transzteoretikus modell eredményei és a szubjektív egészségi állapot változói között. Az eredmények alapján megállapítható, hogy *az egészségesebbnek vélt táplálkozásmódra történő áttérés szignifikánsan pozitív hatással van a szubjektív egészségi állapotra.* Az objektív egészségi állapot tekintetében hasonló összefüggés volt tapasztalható.

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

kezelése vagy a további állapotromlás megelőzése érdekében töreksenek a változtatásra. A bemutatott eredmények alapján a **H5** hipotézisünket **részben fogadjuk el.**

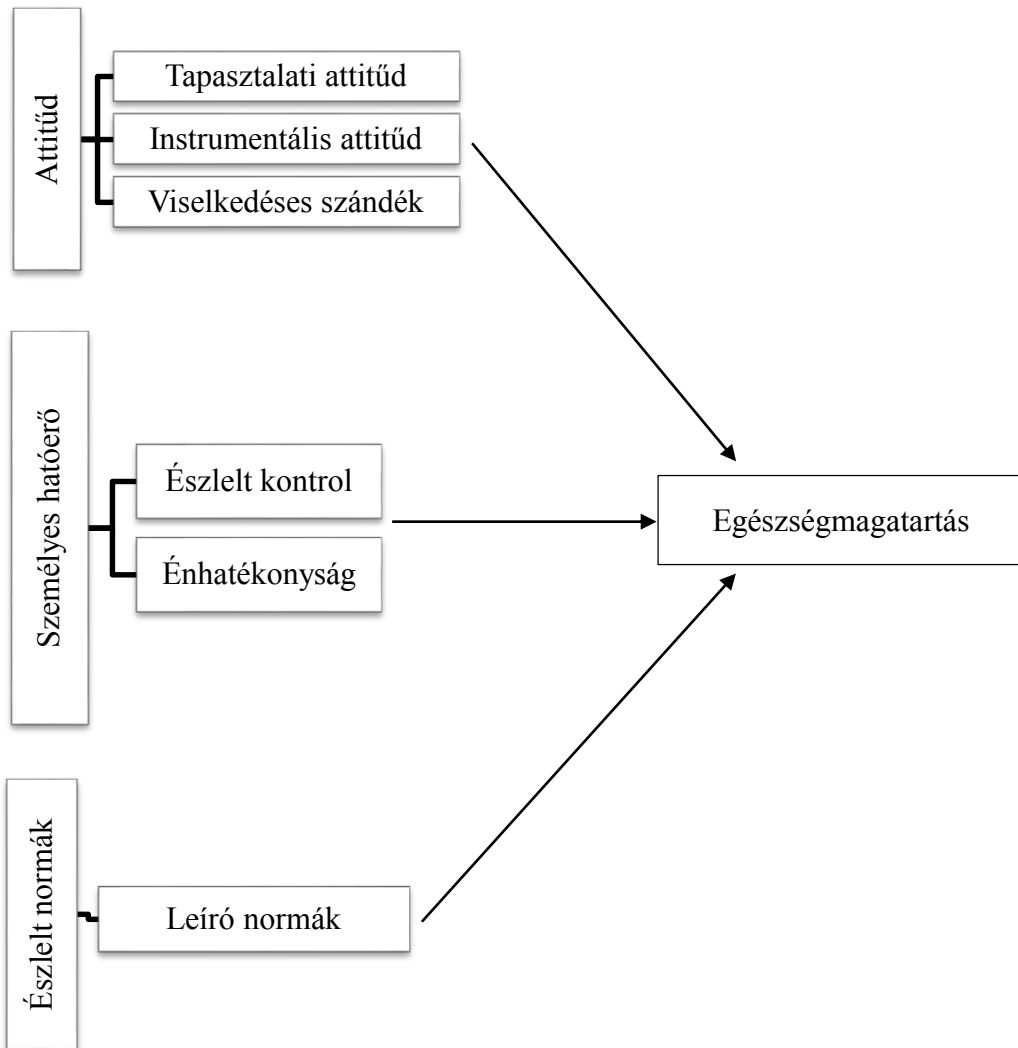
A továbbiakban meghatároztuk, hogy támogatott említés alapján a fogyasztók 35,2%-a hallott már az ayurvedáról, ebből 2,7% kipróbálta az ayurvedikus táplálkozás valamelyik formáját, és 1% döntött a rendszeres alkalmazás mellett.

A csoporttagok megegyeztek abban, hogy amennyiben az ayurveda szolgáltatások európai környezetben kerülnek bevezetésre, a táplálkozásban az alapanyagokat mindenképpen meg kellene őrizni, bár ebben az esetben lehet, hogy problémát jelentene az alapanyag beszerzés. A misztikusan értelmezhető tanokat kevésbé kellene hangsúlyozni a népszerűsítésnél, vagy le kellene fordítani a fogyasztó nyelvére. A közvetítő személye nagyon fontos: egy keleti és nyugati orvoslásban, természetgyógyászatban egyaránt jártas személyt tartanának leghitelesebb közvetítőnek. Pozitívan értékelnék, ha lennének az ősi bölcsességet alátámasztó tudományos kutatások, és kiegészítő terápiaként mindenképpen jól alkalmazhatónak tartják és igénybe vennék a szolgáltatásait. Az ayurvedikai táplálkozást ismerők elsősorban Magyarország vidéki nagyvárosaiban és a fővárosban élnek. A bemutatott eredmények alapján tehát a **H6** hipotézisünket **részben fogadjuk el.**

3.3. Az egészségmagatartás modellezése, piaci szegmentáció

A fejezetben a 3. feladat megvalósításához elsőként elvégezzük az Integrált Viselkedési Modell faktorstruktúrájának elemzését, majd a faktoranalízis eredményeire támaszkodva elvégezzük az országos reprezentatív minta egészségmagatartás alapú szegmentációját. Ezt követően bemutatjuk a kapott szegmenseket, és a leginkább egészségtudatosnak mondható szegmenst részletesebb vizsgálatnak vetjük alá.

*A faktoranalízis során talált három faktor részben megegyezik az eredeti modell faktoraival, a legnagyobb magyarázó erővel rendelkező faktorba tömörülnek az Attitúd változók, kiegészülve a Viselkedéses szándékkal, illetve a Rendelkező norma egy állításával. Arra a jelenségre, hogy miért sorolódott be a Viselkedéses szándék teljes állításkészlete egyértelműen az Attitúd faktorba, ROSENBERG és HOVLAND (1960) háromelemes attitúdmodellje ad választ. A vizsgált faktorok nagymértékben egyeznek az eredeti modell faktoraival, a faktorok alsókálái azonban nem függetlenek. A bemutatott eredmények alapján tehát a **H7** hipotézisünket **elvetjük**. Az Integrált Viselkedési Modellt a következő formában (7. **ábra**) alkalmazzuk a szegmentációs vizsgálathoz.*



7. ábra: Az Integrált Viselkedési Modell validált faktorstruktúrája

Forrás: Saját szerkesztés, 2015

Az adatbázis méretének megfelelően K-közép klaszterezést hajtottunk végre, amelynek során négy szegmenst különítettünk el. Az Integrált Viselkedési Modell módosított faktorstruktúrájának érvényességét alátámasztja a klaszterek közti különbségek feltárása egészségmagatartás alapján. A klaszterek egészségmagatartásának vizsgálatánál (**1. táblázat**) a nominális és ordinális skálák összevetésére keresztábrás elemzést illetve chi-négyzet próbát végeztünk. A Transzteoretikus modell három kategóriájával (TTM3: Pearson Chi-Square=158,972; p=0,000) illetve a fizikai aktivitás mértékével történő összevetést (fizikai aktivitás: Pearson Chi-Square=77,359; p=0,000) követően megállapítható, hogy a klaszterbe tartozás összefügg az egészségmagatartással.

1. táblázat

A klaszterek jellemzése egészségmagatartás alapján

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

Forrás: Saját szerkesztés, 2015

A Transzteoretikus modell kategóriáit szemlélve szembetűnő, hogy a 4. klaszter tagjai jutottak el legnagyobb arányban (46,4%) a Cselekvés és Fenntartás szakaszáig, az 1. klaszter is kimondottan aktívnek mondható, bár az ő jelenlétük a Szemlélődés és Felkészülés szakaszában kiemelkedő. A 2. és 3. klaszter tagjait egyértelműen a Bezárkózás jellemzi (69,8% illetve 68,1%), ők azok akik

érdektelennek mutatkoznak az egészség iránt, illetve nem képesek hatékonyan megvalósítani céljaikat. A bemutatott eredmények alapján tehát a **H8** hipotézisünket **elfogadjuk**.

Végezetül az egészségi állapot már ismert szubjektív (Pearson Chi-Square=90,632; $p=0,000$), illetve objektív (Pearson Chi-Square=15,752; $p=0,001$) tényezőit vettük górcső alá. Az egészségi állapot tekintetében látható leginkább az Egészségorientált klaszter előnye, mivel alig jellemző, hogy rossz vagy nagyon rossznak ítélnék az egészségi állapotukat, azonban 57,1%-uk jónak, és kiemelkedő 17,5%-uk kiválónak ítéli. Ez a mutató tükröződik az objektív egészségi állapotukon is, mivel magasan a mintaátlag felett 63%-uk állítja, hogy a felsorolt betegségek közül egyik sem érinti. A bemutatott eredmények alapján tehát a **H9** hipotézisünket **elfogadjuk**.

3.4. A táplálkozásmód váltást támogató program eredményei

Az 3.4. alfejezetben a kicsoportos táplálkozásmód váltást támogató pszichológiai program pilot változatának eredményeit ismertetjük. Az interaktivitás és személyes légkör megtartása érdekében a résztvevők maximális számát nyolc főben állapítottuk meg. A nyolc főből hatan fejezték be a programot (egy fő családi okok miatt, egy fő külföldi kiküldetés miatt hagyta abba a programot, további egy fő pedig nem töltötte ki a program zárását követően kiküldött helyzetfelmérő kérdőívet, tehát összehasonlítható adatokkal öt fő esetében számolhatunk be (**2. táblázat**) a résztvevőket az anonimitás biztosítása érdekében betűvel jelöltük.

2. táblázat

A vizsgálat résztvevőinek részletes eredményei

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

Forrás: saját szerkesztés, 2014

Az eredményesség után vizsgáljuk meg a programmal való elégedettséget is. A kérdőívben vizsgált 12 szempont alapján (öt fokú intervallum skálán) a résztvevők a következő értékeléseket adták: 5,00; 5,00; 4,67; 4,42; 4,92. A kapott értékelések alapján megállapítjuk, hogy a programmal való általános elégedettség magas. Egyöntetűen úgy vélték, hogy hatékonyabb lenne, ha a program teljes hosszát 5 hétről 8 hétre növelnénk, az egyes alkalmak hosszára azonban megfelelő a két óra időtartam (1 fő írt ettől eltérő 1,5 óra időtartamot). Amennyiben a program térítés ellenében lenne elérhető, az öt alkalomra vonatkozó árat 15.000 és 25.000 Ft közötti összegben állapítanák meg a résztvevők. egyaránt elfogadnák az organikus, természetes alapanyagokból készült, hazai alapanyagokból készült, illetve egészségvédő hatású termékek gyártói által nyújtott támogatást, illetve szívesen megkóstolnák a termékeiket is a program keretein belül. A bemutatott eredmények alapján a **H10** hipotézisünket **elfogadjuk**.

4. KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK

A kvalitatív vizsgálat eredményei alapján elmondható, hogy a magyar fogyasztók egészség értelmezése egyértelműen túlmutat a bio-medikális szemléleten, a fizikai dimenzió bár első helyen szerepel a fontossági skálán, nem tér el szignifikáns mértékben a lelki egészség fontosságától (**H1**). A kiindulási alapként szolgáló 5 dimenzió (WHO, 1948) spontán említés alapján 8 dimenziósra bővült, a természeti környezet és infrastruktúra illetve spiritualitás dimenziói által.

Javaslat: Mivel az egészség dimenziói ismertek a fogyasztók körében a kommunikáció során nem az alapismeretek elméleti átadásra van szükség, hanem a meglévő ismeretek tudatosítására, gyakorlatba fordítására.

Ismeretek és értelmezés tekintetében tehát úgy tűnik jó úton halad a lakosság, azonban ez a sokrétű tudatosság egyelőre nem jelenik meg a fogyasztói szokásokban és egészségi állapot javulásban (**H2**). A lakosság 36%-ának egészségi állapota legfeljebb kielégítő, a válaszadók 54,3%-a érintett a leggyakoribb krónikus megbetegedések által, míg a lakosság 45,3%-a egyáltalán nem tervezi, hogy változtat jelenlegi táplálkozási szokásain, és 56,2% nem végez rendszeres testmozgást. Arra a kérdésre, hogy mire lenne leginkább szükségük a válaszadóknak ahhoz, hogy egészségesebb életmódot folytassanak, az anyagi forrást követően második helyen említették a jó lelkiállapotot, és harmadikként végzett a fontossági listán a motiváció (**H3**).

Javaslat: Az egészségtudatosabb életmódra történő áttérést mindenképpen támogatni kell a lakosság körében. Az objektív tényezők hatását a kvalitatív vizsgálatban alkalmazott átkeretezés (reframing) technikájával lehetséges csökkenteni. A szubjektív tényezők esetében pedig a lelkiállapot javítására illetve a stresszel való megküzdés fejlesztésére tervezett programokkal célszerű hatást gyakorolni.

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

Javaslat: Mindenképpen szükség van táplálkozásmód váltást támogató programok kidolgozására elsősorban azok körében, akik legalább a Felkészülés szakaszában vannak. Motivációs tényezőként előtérbe kell helyezni a testtömeg menedzselést, mivel a fogyasztók rövidtávon is látható, érzékelhető eredményt várnak.

Az ayurveda általános ismertsége a magyar lakosság körében alacsony, azonban azok, akik tapasztalattal rendelkeznek az ayurveda táplálkozásról, nagy arányban vallják magukat rendszeres alkalmazónak. Összességében az ayurvedikus táplálkozás jelenlegi piaci mérete 1% körülire tehető. Az ayurveda termékek és szolgáltatások iránti attitűd a kvalitatív vizsgálataink alapján pozitív az egészség tudatos szegmens körében (**H6**).

Javaslat: A növekvő tudományos és gazdasági érdeklődés támogatására a megvalósulás ütemében szükség van az ayurveda fogyasztói megítélésének további vizsgálataira.

Az egészségmagatartás modellezéséhez elsőként megvizsgáltuk az Integrált Viselkedési Modell faktorainak érvényességét országos reprezentatív mintán. A modell eredeti faktorstruktúráját csak részben sikerült igazolni, a három fő faktor azonosnak bizonyult az eredeti modellel, azonban összetevőik eltérően alakultak. A szegmentáció azonban az így kialakult faktorstruktúrán elvégezhetőnek bizonyult (**H7**).

Az egészségmagatartás alapján négy szegmenst különítettünk el a lakosság körében, Vágyakozók, Határozott ellenzők, Sodródók és Egészségorientáltak csoportját. Mintegy ellenőrizve a modell és a szegmentáció érvényességét megvizsgáltuk a klaszterekbe tartozó fogyasztók szokásait fizikai aktivitás és egészségtudatosabb táplálkozásmódra történő áttérés alapján. Az eredmények igazolták feltevésünket, azaz az Egészségorientált szegmens jár élen minkét szempont alapján **(H8)**.

Mind az objektív, mind a szubjektív egészségi állapot tekintetében az egészségorientált szegmens tagjai vannak a legkedvezőbb helyzetben **(H9)**, azonban a szegmens 33,8%-os mérete miatt további részekre bontást tekintettünk szükségesnek. Az alszegmenseket azonos módszerrel vizsgáltuk objektív és szubjektív egészségi állapot, fizikai aktivitás és táplálkozásmód váltás szempontjából.

Javaslat: A legeredményesebben motiválható a 33,8%-ot kitevő Egészségorientált klaszter, közülük is a szűk értelemben vett 7,2% egészségtudatos, pozitív attitűdökkel, személyes hatékonysággal és társas támogatással rendelkező fogyasztó számára a legkisebb impulzus is elegendő. A fennmaradó 26,6% fogyasztó érdekes kihívást jelenthet a szakemberek számára.

A támogatás biztosítására kidolgoztuk egy táplálkozásmód váltást segítő programot Borsos Beáta táplálkozástudományi szakértővel együttműködve, amelynek pilot verzióját sikerrel futtattuk le a résztvevők körében. Az öthetes program során a résztvevők pszichológiai jólléte és táplálkozási szokásai is kedvező irányba változtak **(H10)**. Bár fontosnak tartják a tudományos értékkel bíró módszertani háttér megtartását, elfogadhatónak tartották a vállalati szponzorációt.

Javaslat: Egy táplálkozásmód váltást támogató program beillesztése a vállalati marketingstratégiába véleményünk szerint önmagában is eladásösztönző hatással lenne a fogyasztókra, a program a terméket azonnal be is illeszti a fogyasztó étrendjébe, és a résztvevőink által ideálisnak tartott 8 hetes intervallum

alatt már szokás szinten is kezd megszilárdulni a fogyasztás. Amennyiben a vállalat teljes anyagi támogatást nyújt és ingyenesen teszi elérhetővé a programot a fogyasztói számára, beilleszthető a társadalmi felelősségvállalás programjába, mivel a társadalom jóllétéhez járul hozzá (ALFORD és NAUGHTON, 2002; MELÉ, 2002; KAKU, 1997).

5. ÚJ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK

T1: Meghatározásra került a magyar lakosság egészségértelmezési modellje, a kvalitatív vizsgálat során feltárt 8 tényező között a kvantitatív vizsgálat során 5 fontossági szint különíthető el.

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

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

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

6. A DISSZERTÁCIÓ TÉMAKÖREIBEN MEGJELENT PUBLIKÁCIÓK

I. Tudományos közlemények idegen nyelven

1. Szabó, S., Szente, V., Szakály, Z. (2011): Ayurveda: The Science of Life. *Regional Business Studies*, 3(1) (Suppl. 1) pp. 617-631. 3rd International Conference of Economic Sciences: Sustainable economics – community strategies. Kaposvár, Magyarország: 2011.05.19 -2011.05.20. (Kaposvári Egyetem)
2. Szabó, S., Szakály, Z. (2013): Application of an NLP based psychodrama method in marketing research: 4rd International Conference of Economic Sciences In: Szendrő K, Soós M (szerk.) *Proceedings of the 4th International Conference of Economic Sciences*. 602 p. Konferencia helye, ideje: Kaposvár, Magyarország, 2013.05.09-2013.05.10. Kaposvár: Kaposvár University, 2013. pp. 45-52. (ISBN:978-963-9821-62-0)
3. Szabó, S. Szente, V., Nábrádi, A., Szakály, Z. (2014): Consumer approach of health and ayurveda. *Applied Studies in Agribusiness and Commerce*, 8:(2) (2014)
4. Soós M., Szabó S., Szakály Z. (2014): The characteristics of consumer attitudes in the food market in Hungary. *Applied Studies in Agribusiness and Commerce*, 8:(2-3) (2014) 43-49.

II. Tudományos közlemények magyar nyelven

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

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

III. Proceedings-ben megjelent absztraktok magyar nyelven

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