

Köszönetnyilvánítás

Köszönetet mondok tudományos vezetőmnek, Dr. Piskóti Istvánnak, elő-opponenseimnek Prof. Dr. Töröcsik Máriának és Dr. Simon Kis Gábornak, Dr. Katona Zoltánnak, Leitner Györgynek, Dr. Marázi Lászlónak, Dr. Berkó Péternek, kollégáimnak Dr. Dankó Lászlónak, Dr. Nagy Szabolcsnak, Schupler Helmuthnak, Bereczki Norbertnek, Bereczkiné Farkas Erzsébetnek, Molnár Lászlónak, Juhász Annamáriának, Havriló Attilának, Nagy Szabolcsnak, Gaál Noéminek, Almási Gergelynek az igen értékes szakmai tanácsaikért, javaslataikért, támogatásukért, az adatgyűjtésben, felvitelben és feldolgozásban nyújtott pótolhatatlan segítségükért.

Köszönöm családomnak a folyamatos támogatást, külön köszönöm Édesapámnak aki amíg tehetette, szakmailag is segítette munkámat, valamint barátaimnak, hogy ebben a munkában is mellettem álltak és biztattak.

TARTALOMJEGYZÉK

Összefoglalás	5
Summary	6
1. Bevezetés	7
1.1. A dolgozat célja.....	7
2. Fogyasztói magatartás az egészségpiacon	9
2.1. Az egészség meghatározása, egészségmodellek	9
2.2. Az egészség, mint érték.....	14
2.3. Életstílus és egészség	16
2.4. Egészség és motiváció.....	19
2.5. Egészséggel kapcsolatos döntéshozatal	21
3. Hipotézisek.....	25
3.1. Első hipotézis	25
3.2. Második hipotézis	25
3.3. Harmadik hipotézis	26
3.4. Az empirikus kutatások kapcsolata	27
4. Az egészség piaca	29
5. Marketing az egészségpiacon	40
6. Az egészség és a betegség költségei	50
6.1. Élelmiszerpiac – Enni és innivaló	51
6.1.1. Megélhetési költségek	53
6.1.2. Fogyasztás, élelmiszer-fogyasztás	53
6.2. Aktív mozgás és sportpiac - Sportszerek, sportolási lehetőségek.....	55
6.2.1. Rekreatív sport	55
6.2.2. A sportpiac mérete	56
6.3. Szűrővizsgálati piac – Szűrővizsgálatok	57
6.4. Gyógyszerpiac – gyógyhatású készítmények, vénynélküli és vényköteles gyógyszerek.....	57
6.4.1. Herbáriumpiac	57
6.4.2. OTC piac – vénynélküli gyógyszerek	57
6.4.3. Vényköteles gyógyszerek piaca - gyógyszerek.....	57
6.5. Hagyományos gyógymódok piaca - Kórházi (jellegű) kezelések, szállodai szolgáltatások	58

6.6.	Gyógyászati segédeszközök piaca - Gyógyászati segédeszközök	59
6.7.	Alternatív gyógymódok piaca - Természetgyógyászati kezelések	60
6.8.	A megelőzés és gyógyítás költségeinek összevetése	60
7.	Egészségtudatosság.....	72
7.1.	A fókuszcsoportos interjú és pszichodráma csoport bemutatása	72
7.1.1.	A fókuszcsoport legfontosabb eredményei	73
7.1.2.	A pszichodráma csoport legfontosabb eredményei.....	76
7.2.	A kutatás célja és hipotézisei	77
7.3.	A kvantitatív kutatás módszertana	78
7.4.	A minta jellemzése	79
7.5.	Az egészségtudatosság meghatározásához használt tényezők áttekintése	82
8.	Az egészségtudatosság mérése.....	91
8.1.	Az egészségtudatossági mérőszám.....	96
8.2.	Az ET képlet magyarázata	97
9.	Az egészségtudatossági modell	105
9.1.	A kutatás célja és hipotézisei	105
9.2.	A kutatás módszertana	107
9.3.	A minta jellemzése	109
9.4.	A „SZŰRÉS” főkomponens-elemzése	110
9.5.	A „TÁPLÁLKOZÁS” főkomponens-elemzése	113
9.6.	A „MOZGÁS” főkomponens-elemzése	114
9.7.	A „SZABADIDŐ” főkomponens-elemzése.....	116
9.8.	Az „Anyagi helyzet” főkomponens-elemzése.....	118
9.9.	Az „egészségi állapot” főkomponens-elemzése.....	120
9.10.	A „neveltetés” főkomponens-elemzése.....	122
9.11.	Az „INFORMÁLTSÁG” főkomponens-elemzése.....	124
9.12.	Az „egészségtudatosság” főkomponens-elemzése.....	126
9.13.	Többváltozós regresszió-elemzés az egészségtudatosság és befolyásoló tényezői vonatkozásában	128
9.14.	Az egészségtudatos fogyasztói magatartás modell értelmezése	132
9.15.	Összegzés	137
9.16.	A munka folytatásának lehetséges irányai	137
10.	Felhasznált irodalom.....	139
	Mellékletek	150

1. sz. melléklet.....	151
2. sz. melléklet.....	153

Összefoglalás

Disszertációm egy interdiszciplináris terület az egészségmarketing témájában íródott. Ezen a tudományterületen belül az egészségtudatossággal, az egészségpiacon megjelenő fogyasztói magatartással foglalkoztam.

A nemzetközi és hazai szakirodalmi háttér feldolgozása keretében összegyűjtöttem azokat a marketing modelleket, melyek megítélésem szerint alkalmazhatók a fogyasztói magatartás leírására az egészségpiac esetében is.

Munkámat a piac lehatárolásával, az egyes részpiacok meghatározásával és definiálásával folytattam. Úgy éreztem, hogy mielőbb belevágnék a mélyebb elemzésbe elengedhetetlen annak a piacnak a lehatárolása, melyen vizsgálom a fogyasztók viselkedését.

Ezek után az egészségpiacon és részpiacain megjelenő marketingaktivitások rendszerét és fogalmi összefüggéseiket tártam fel. Ezek egy része ismert és hagyományos fogyasztási cikk marketing, míg néhány részpiac esetében nekem kellett új definíciót alkotni az ott megjelenő marketingalkalmazásokra.

A fogalmi keretek rögzítése után költségelemzést végeztem az egyes piacok termékeinek és szolgáltatásainak igénybevételére vonatkozóan. Azzal a céllal, hogy meghatározzam, illetve igazoljam azokat a sokat hallott állításokat, hogy a prevenció összetársadalmi szinten nagyobb hasznosságot képvisel, mint a betegségek gyógyítása. Ezt nem csak összetársadalmi, de az egyéni gazdaságosság szintjén is sikerült bizonyítanom, két betegség esetében is.

Empirikus kutatásaim segítségével megvizsgáltam az egyetemisták egészséggel kapcsolatos fogyasztói magatartását. Majd ezen adatok felhasználásával megalkottam egy modellt, mely lehetővé teszi az egészségtudatosság mérését. A modell érdemének tartom, hogy rugalmasan használhatja bárki, a saját vizsgálati igényeihez igazítva. Az elemzésbe bevont tényezők körét maga határozza meg és nem befolyásolja a modell alkalmazhatóságát.

Végül újabb kutatás eredményeként megszerkesztettem az egészségtudatos fogyasztói magatartás elméleti modelljét.

Summary

I have written my dissertation on an interdisciplinary field of science named health marketing.

I wrote about the health awareness and the consumer behavior on the health market.

By the analyses of the international and Hungarian literature I have collected the relevant marketing models which can use to typify the consumer behavior on health market.

I started my work with the impoundment of the market and its parts. I have thought before the deeper analyses I have to define those markets where I analyse the consumer behavior.

After the definition of the markets I discovered the system and the conceptual connections of marketing activities of health market. Some of them are traditional B2C marketing. In some case I have to define the marketing activities of the market.

After the definition of the conceptual frames I made cost analyses on the health market. My goal was to confirm those statements that the prevention has economic advantage opposite the treatment. I confirmed this statement as I analyzed the costs of the prevention and treatment of two different diseases.

In my empirical researches I analyzed the consumer behavior of the university student in connection of health. I create a model using these datas to measure the health awareness. The excellence of the model is the adaptability. I mean anybody can involve or leave coefficients depending on their goals and it does not affect the engagement of the model.

At the end using the datas of a new empirical research I have compiled the theoretical model of health awareness consumer behavior.

“Az egészség a korona az ember fején,
de csak a beteg láthatja meg azt.”
(egyiptomi közmondás)

1. Bevezetés

Dolgozatomban a mai magyar társadalom egyik legaktuálisabb kérdésével, az egészségüggyel foglalkozom. No nem azért, mert az egyik legsúlyosabb kormányzati kérdés. Épp ellenkezőleg, célom a politikai kérdések elkerülése és tisztán szakmai szempontú elemzések elvégzése és modellek kidolgozása.

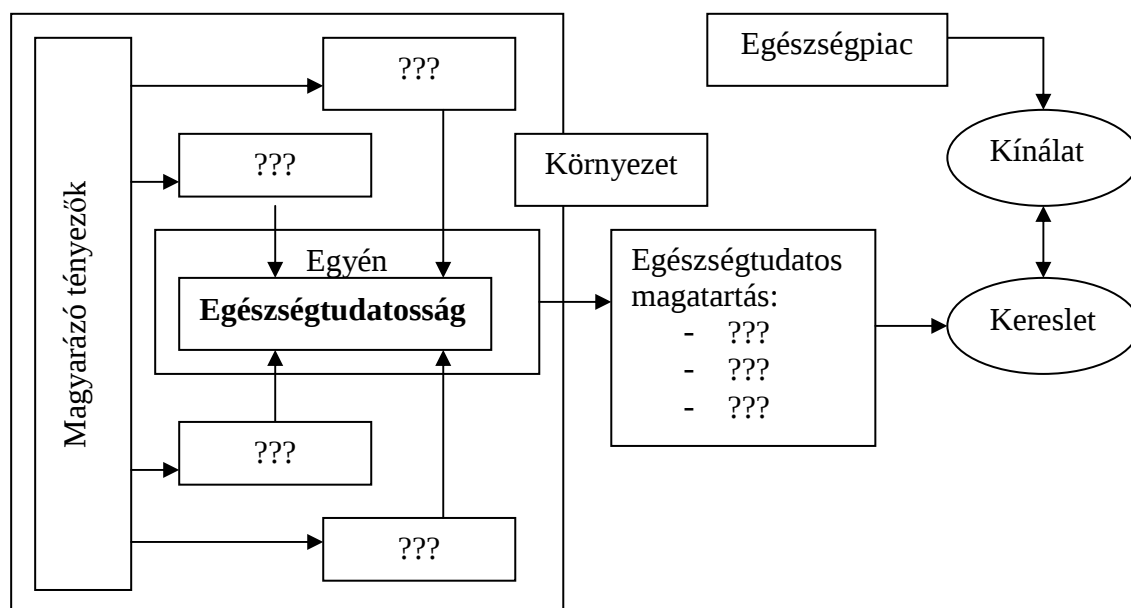
A dolgozat előzményének tekinthető már a családi indíttatásom is, hiszen szüleim orvosok, de sokkal közvetlenebb motivációt jelentett másfél éves orvosegyetemi tanulmányom és az innen származó érdeklődésem az egészség és piaca iránt. További lépés volt ennek a disszertációnak az elkészülte felé a szakdolgozatom, mely gyógyszermarketing témát dolgozott föl. Ezt követően kezdtem meg egészségmarketing témában a doktori kutatásaimat. Egyre inkább elmélyülve a témában, tudatosult bennem, hogy az általam meghatározott tématerület túl széles egy PhD disszertáció kereteihez. Ezért elkezdtem szűkíteni a témát és végül eljutottam az egészségtudatosság témaköréhez, mint a fogyasztói magatartást befolyásoló tényező elemzéséhez. Ennek részletei olvashatók a következő oldalakon.

1.1. A dolgozat célja

Amint fent olvasható a dolgozat céljának meghatározása nem volt egyszerű. A problémát egyrészt a politikai kérdések befolyásoló hatásának elkerülése jelentette. Ennek érdekében is volt szükség a többszöri témamódosításra, melynek eredményeként tűztem ki célul a fogyasztói magatartás vizsgálatát az egészségpiacon.

A dolgozatban több konkrét célt tűztem magam elé. Meghatározom annak egy lehetséges módját, hogyan lehet mérni, vagy jellemezni az egészségtudatosság szintjét. Meghatározom azon tényezőket, melyek hatással vannak az egyének egészségmagatartására, illetve a különböző forrásokból összegyűjtött tényezőket összerendezem és megalkotom az egészségtudatos fogyasztói magatartás modelljét. Ennek a munkának a kiinduló modelljét mutatja a 1. ábra.

1. ábra: Az egészségtudatosság vizsgálatának kiinduló kutatási modellje



Forrás: Saját szerkesztés

Az ábrán is látható, hogy a vizsgálatok központi eleme az egészségtudatosság, mely az egyén és környezete viszonyának eredményeként alakul ki. Az egészségtudatosságot magyarázó tényezők a vizsgálat egyik fókuszpontját alkotják. Ezt szemléltetik a kérdőjelek az ábra bal oldalán, hiszen meg fogom határozni azokat a tényezőket, melyek magyarázzák az egészségtudatosság szintjét. Az ábra közepén, az egészségtudatos fogyasztói magatartás „dobozban” található kérdőjelek azt a vizsgálati területet szemléltetik, melynek eredményeként megállapítom az egészségtudatos fogyasztói magatartás megjelenési formáit. Vagyis azokat az elemeket, melyek keresletet eredményeznek az egészségpiacon. Ezen piac és a kijelölt vizsgálati területek elemzése előtt azonban áttekintem a rendelkezésre álló szakirodalmi adatokat. Ezek olvashatók a következő fejezetben.

2. Fogyasztói magatartás az egészségpiacon

A szakirodalom tanulmányozása során azzal kellett szembesülnöm, hogy az egészségügyi marketingnek szinte minimális az önálló, releváns szakirodalma. Értem ezalatt azt az egészségügyi marketing esetében, hogy azok a könyvek, szakcikkek és egyéb források, melyek címükben egészségügyi marketinget tartalmaznak, valójában általános marketing ismereteket tárgyalnak egészségügyi példákon keresztül. Ez magyarázható azzal, hogy az egészségpiac a marketing egy alkalmazási területe. Azonban a nehézséget az okozza, hogy a példák csak adott egészségügyi, egészségbiztosítási rendszer esetében értelmezhetők.

Egészségtudatosság vonatkozásában más a helyzet. Itt egyrészt szociológiai jellegű tanulmányok lelhetők fel, melyek elsősorban bizonyos befolyásoló tényezők hatására az egészségtudatosságban bekövetkezett változásokkal foglalkoznak. Az egészségtudomány oldaláról közelítő szerzők, pedig azt vizsgálják, hogy az egészségi állapotban bekövetkezett változás, vagyis valamilyen betegség kialakulása hogyan hat az egészségtudatosság alakulására. A harmadik tudományterület, amely foglalkozik az egészségtudatosság vizsgálatával, a magatartástudomány. Mielőtt ezekkel a munkákkal foglalkoznék, azt gondolom elengedhetetlen az egészségről, illetve ennek meghatározásáról írnom néhány gondolatot.

Az egészség meghatározása, egészségmodellek

Az egészség egyre többek figyelmének középpontjába kerül, számos kutató szerint a következő évek bázisinnovációja, a világgazdaság fellendítője. (Törőcsik, 2007) Ugyanez Pikó Bettinának, a magatartástudomány egyik jeles magyar képviselőjének a véleménye is, az emberek egészséghez való viszonyáról. Szerinte is fokozottabban figyel a modern kor embere a szervezetében végbemenő folyamatokra, gyakrabban keresi fel orvosát, több gyógyszert szed. Azonban ennek eredményeként nem feltétlenül az emberek egészségtudatossága nő meg, hanem inkább gondolkodásuk válik betegségszentrálisabbá. Ennek eredménye, hogy az egészségi állapot szubjektív mutatói nem tükrözik a javuló halálozási arányokat és az emberek egyre elégedetlenebbek saját egészségi állapotukkal. Barsky (1988) ezt nevezte egészségparadoxonnak.

Ha a különböző szakterületek képviselői mind az egészség középpontba kerülésére hívják fel a figyelmet, úgy gondolom leghelyesebb, ha a vizsgálódásaimat az egészség fogalmától indítom.

Ennek meghatározása sem egyszerű, hiszen a történelem folyamán az egészség más és más értelmezése jelent meg. Az orvosok gondolkodásában az idők folyamán mindig központi szerepet játszott az a szemlélet, hogy az egészség nem más, mint a betegségek hiánya. Ez a felfogás igazán a XVIII. században teljesedett ki az orvostudományban. A karteziánus filozófia, mely szerint a test olyan, mint egy gép, nagyban erősítette ennek a szemléletnek a térnyerését. A XX. században került előtérbe, a napjainkra már meghatározóvá vált ún. funkcionális modell, az előző biomedikálisnak nevezett hagyományos szemlélet mellett, amely az egészséget a betegségek hiányaként értelmezi. Az egyén testi, lelki, szociális működésének épségét a modell aszerint határozza meg, hogy mennyire tud különböző tevékenységeket végrehajtani. Ezt a paradigmaváltást fogalmazza meg Forgács is az egészség ára című cikkében a következőképpen: „Az egészség nem a betegségek hiánya, amint az Egészségügyi Világszervezet 1946-ban elfogadott alkotmányának első paragrafusa kimondja, hanem a testi, lelki és a szociális jólét. Ez a definíció egészségpolitikai szempontból ma is helytálló, de individuálisan nem alkalmazható.”

A fentiekből is látszik, hogy az egészség fogalmának meghatározása is nehéz kérdés, mégpedig azért, mert ez függ többek között az orvostudomány fejlettségi szintjétől is. (Kincses, 1999)

Napjainkban elterjedt egy másik szemlélet, az ún. percepcionális modell, amely az egészséget az egyén saját véleménye alapján határozza meg. Az így megállapított egészség a legtöbb nemzetközi szervezet (WHO, EU, OECD) által ajánlott egészségmutatók között szerepel. (Final report by the ECHI Project 2001)

Végül a modellek közül egy funkcionális jellegű mutatók be. Eszerint az egyén egészségére egyes egyéni tényezők, valamint a szűkebb és tágabb fizikai és társadalmi környezete igen jelentős hatással van, és az egyén egészségi állapota is visszahat környezetére. Ezt fogalmazza meg másként a tervezett viselkedés modellje (Ajzen és Madden, 1986), mely szerint a magatartáskontrollt részben külső tényezők (pl. lehetőségek), részben belső tényezők (pl. képességek) határozzák meg. (Pikó, 2002.) Az egyén életmódjáról saját maga dönt, de döntését befolyásolhatja, hogy milyen a társadalmi-gazdasági helyzete, műveltsége. Max Weber az életmód két jellegzetességét emelte ki: az egyik a választás, a másik az esély, ami kifejezi azt, hogy döntésünket befolyásolja a társadalomban elfoglalt helyünk. (Pikó, 2002)

Ezzel a kérdéssel foglalkozik az egészséghit modell is. Eszerint az egyén racionális információ-feldolgozó, aki minden viselkedési döntésnél az előnyök és hátrányok mérlegelése alapján határoz. A viselkedést, pedig szociodemográfiai jellemzők befolyásolhatják. Pl. nem, kor, iskolázottság. Ezt támasztja alá Pikó serdülő korúak körében végzett kutatása mely szerint több fizikai aktivitást végeznek

- A fiúk
- A magasabb kompetens viselkedési képességűek
- A jó iskolai teljesítménnyel rendelkezők
- Akiknek barátai is gyakran végeznek fizikai aktivitást.

Jobban odafigyelnek az étkezésre

- A lányok
- A magasabb kompetens viselkedési képességűek
- Akikre jellemző a jövőorientáltság
- Akiknek barátai is odafigyelnek az étkezésükre.

Hasonló befolyásoló tényező a média is, mely igen jelentős szerepet játszik a fiatalok szocializációjában és szabadidős tevékenységeik jelentős részében is jelen van. (Larson és Verma, 1999)

Napjainkra bebizonyították, hogy az egészségmegőrzésben felértékelődött az egyén aktív szerepe, éppen gondolkodásmódja, rizikópercepciója révén. Életmódunk, stresszkezelési technikáink, magatartásunk jelentik a kulcsot egészségünk megőrzésében és a betegségek megelőzésében. (Ogden, 1995b in Pikó, 2002.) Ezen túl betegségmegelőzésben és egészségfejlesztésben is jelentős tényezők a védőfaktorok, melyek a rizikófaktorok okozta káros hatások semlegesítésére képesek. Ellenállóbbak leszünk velük szemben, még akkor is, ha nem tudjuk őket kiiktatni. Vannak ugyanis környezeti hatások, amelyeket alig lehet megváltoztatni. (Pikó, 2002)

Visszatérve az alábbi 2. ábrán látható funkcionalitásra épülő egészségmodellre, az három koncentrikus részből áll: legbelül az egyén egészségét megjelenítő "mag" található, ezt veszi körül az egyén megfigyelhető, vizsgálható egyéni tulajdonságait jelző környező, majd a referenciacsoportok befolyásoló hatását leíró gyűrű, bár ebbe is keverednek vevőjellemzők, tehát a modell helytállósága már itt megkérdőjelezhető. A külső réteg, pedig a környezet különféle elemeit foglalja magába.

Az egyes koncentrikus szinteken megjelenő tényezők felosztása kissé zavarosnak mondható. Különösen igaz ez, ha marketing elemzési módszerek tényezőlehatárolására gondolunk. Viszont azt gondolom, hogy ezen kritikai megjegyzések figyelembevételével, arra alkalmas a modell, hogy a szakirodalmi adatok áttekintését ennek menetét követve végezzem el.

Fontos hangsúlyozni azt is, hogy a modell szerint az egészség, valamint az egyéni vagy a környezeti tényezők között kétirányú kapcsolatok működnek: az egyes tényezők befolyásolják az egyén egészségét, ugyanakkor az egészség visszahat az egyes tényezőkre.

2. ábra: Az egészséget befolyásoló külső tényezők



Forrás: Nemzeti Egészség Jelentés 2004 – Szakértői változat

A modell által összefoglalt tényezőcsoportok vizsgálatából jól látszik, hogy egészségügyi szakemberek készítették. Viszont jól felismerhetők és azonosíthatók a tényezők. Ha kintről

befelé haladunk, akkor a modell külső körében elhelyezkedő környezeti tényezők a marketingelemzésekben használatos STEEP elemzés tényezőivel azonosíthatók a következőképpen. Az 1. táblázatban feltüntettem más hasonló környezetelemzési módszereket, illetve azok tényezőit is.

1. táblázat: Környezetelemzési módszerek összehasonlítása

NEJ 2004	STEEP	PESTLE	STEEPLED
Társas	Társadalmi-kulturális	Politikai	Társadalmi
Eü. ellátási	Technológiai	Gazdasági	Technológiai
Gazdasági	Gazdasági	Társadalmi-kulturális	Gazdasági
Fizikai	Környezeti	Technológiai	Környezeti
Politikai	Politikai	Jogi	Politikai
Kulturális		Környezeti	Jogi
			Etikai
			Demográfiai

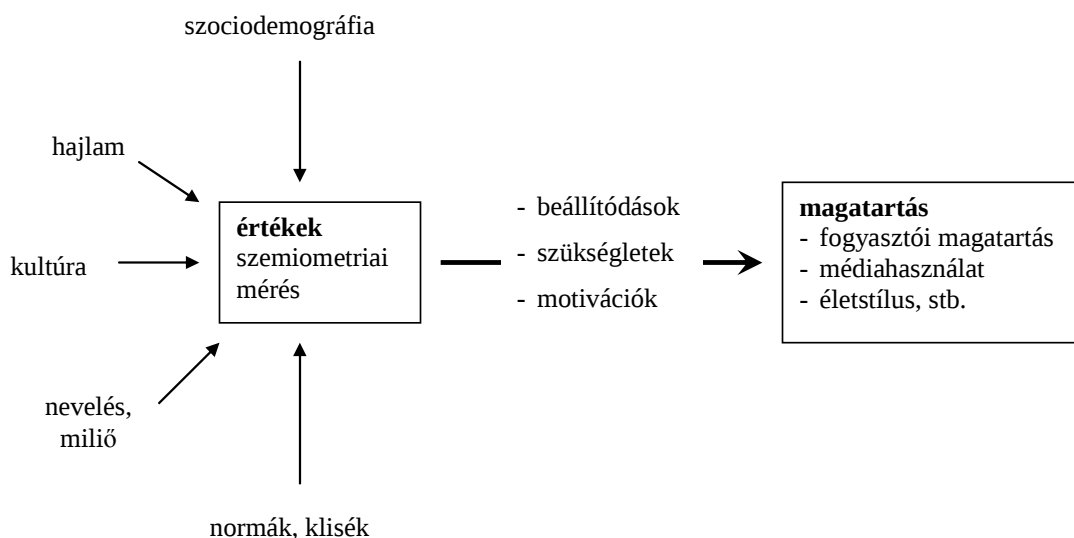
Forrás: Armstrong, 2006 alapján saját szerkesztés

Ezeket összevetve azt állapítottam meg, hogy az egészségmodell tényezői valóban megfeleltethetők a STEEP elemzés tényezőinek. Az eltérés annyi, hogy külön kezeli a társadalmi – kulturális tényezőket és az egészségügyi ellátási környezet szerepel más tényezőként a technológiai helyett. Azonban azt gondolom, hogy ezek is tekinthetők azonos tényezőknek, hiszen az egészség helyreállítás esetében a technológiai környezet éppen ezeket a tényezőket, az ellátás tárgyi feltételeit, eszközöket, épületeket, berendezéseket jelenti. Viszont ez már csak az én okfejtésem, hiszen ez nem derül ki a modellből, hogy mit is sorol ide. Ily módon viszont az egészségügy, egészség tekintetében egy igen jelentős tényező, a technikai környezet nem kap kellő hangsúlyt. Pedig éppen ennek a színvonala igen mind a megelőzés, mind a gyógyítás hatékonyságát illetően. Vagyis ennek a tényezőnek az elnagyolt kezelése igen komoly hibája a modellnek.

Az egészség, mint érték

Befelé haladva a következő két körben az egyén megfigyelhető tulajdonságai találhatók. Ezeket én is vizsgálom kutatásaim során. A külső körben szereplő család, ismerősök, valamint a lakó- és munkahely a referenciacsoportokkal azonosítható. Az anyagi helyzet, „hétköznapi” szabadság és a háziorvos befolyásoló hatását szintén górcső alá veszem a kutatásaimban. Ezek egy kategóriában, illetve azonos vizsgálati szinten való szerepeltetését nem tartom helyesnek, mivel az utóbbi külső, míg az előbbiek belső tényezők. Az értékek, ismeretek vonatkozásában azt gondolom, hogy ha egészséggel kapcsolatos vizsgálatot folytatok, akkor ez maga kell, hogy legyen a központi érték. Azt, hogy az egészség, mint érték mennyire fontos, központi egy fogyasztó számára, bár csak indirekt módon, a szemiotriai modell segítségével lehet meghatározni. A modellt a 3. ábra mutatja.

3. ábra: A szemiotriai modell



Forrás: Törőcsik M.: Vásárlói magatartás, 2007, p.123.

A modell abból indul ki, hogy az értékek a sugárirányban elhelyezkedő tényezők eredményeként alakulnak ki. Mélyebb elemzésre ad lehetőséget, ha a vásárlói magatartás magyarázatához a rejtett struktúrák megismerését, mérését és operacionalizálását is véghezvisszük. (Törőcsik, 2007, p.123.) Ha egy érték, például az egészség, megjelenik az egyén értékrendjében, akkor ez valamilyen keresletet fog eredményezni. Ennek kielégítésére

az egyén a kínálat vizsgálatát végzi el, hogy megtalálja a számára kielégítő, vagy optimális megoldást. Ennek vizsgálatára lehet alkalmas a trendaffinitás.

A trendaffinitás érdekes a kínálat elemzésénél, mert ez a környezetben tapasztalható új jelenségekre, kínálati elemekre való reakciókat jelzi. Erre vonatkozó trendkutatást végzett 2005-ben Törőcsik, melynek eredményeiből egyetlen csoportot emelek ki, mely a témám szempontjából lényeges, ez pedig az „*egészségtrendekre reagálók*”. Ebbe a csoportba tartozik a megkérdezettek, illetve a magyar lakosság 21%-a. (A megállapítást kiterjeszthetjük a teljes lakosságra mivel a minta reprezentatív volt.) Főleg idősebb, nőkből álló csoport, akik rossz jövedelmi viszonyok között élnek és fő problémájuk az egészségük megtartása vagy állapotuk fenntartása. Leszakadó életstílusúak, az élményeket elutasítják, vásárlásaik fő motivációja az egészséggel kapcsolatos.

Az értékekkel a marketing tudomány művelői közül mások is foglalkoztak. Például Hofmeister-Tóth: Fogyasztói magatartás című könyvében (2003, p. 47.) az eszköz-cél lánc modell (Gutman, 1982) bemutatásával. E szerint az alapvető eszköz-cél lánc egyszerű hierarchikus tudásstruktúra és jellemzően terméktulajdonságokat, konzekvenciákat, értékcsoportokat tartalmaz. Ilyen lehet az alacsony zsírtartalmú ételek – egészséges táplálkozás – nincs érrendszeri károsodás – érték = egészségtudatosan élni. Ehhez az egészséges táplálkozáshoz nyújthatnak segítséget a fogyasztóknak a funkcionális élelmiszerek, melyek mind az egészségre, mind a közérzetre kedvező hatással vannak. Mivel a szakirodalom nem egységes ezen termékek körének meghatározásában, ezért többféle elnevezést is találhatunk, mint táplálék-gyógyszer vagy tápgyógyszer, gyógyhatású élelmiszer, designer élelmiszer, vagy szuper-élelmiszer. (Childs és Poryzees, 1998) Ezeket vizsgálta Piskóti és Nagy, melynek eredményeiről a Biotechnológiai innovációk marketingje című cikkükben számolnak be. Ezek közül témám szempontjából legfontosabb a termékek egészségre gyakorolt hatása. A funkcionális élelmiszerek egészségvédő komponensek alapján történő csoportosítását mutatja a 2. táblázat.

2. táblázat: A legfontosabb funkcionális élelmiszerek

Az egészségvédő komponens	A legfontosabb terápiás / fiziológiai hatások
Többszörösen telítetlen zsírsavak	A vérkoleszterin-szint csökkentése A vérnyomás szabályozása Bizonyos rákbetegségek megelőzése
Oligoszacharidok	A cukorbetegség és a fogszuvasodás megelőzése A bélműködés szabályozása

Tejsavbaktériumok	A bélműködés szabályozása A vérkoleszterin-szint és a vérzsír-szint csökkentése
Vitaminok	Betegségek megelőzése Az életfunkciók fenntartása A szervezet működésének egyensúlyban tartása Antioxidáns funkció
Ásványi anyagok (kalcium, vas, magnézium, kálium)	A csont és a fogak növekedésének elősegítése A csontritkulás megelőzése A vészes vérszegénység megelőzése A vérnyomás szabályozása
Rostok	A bélműködés szabályozása A székrekedés megakadályozása A bélflóra karbantartása A végbélrák megelőzése Az immunrendszer aktiválása A cukorbetegség megelőzése A vérkoleszterin- és a vérzsír-szint szabályozása A vérnyomás szabályozása
Fehérjék, peptidek	A fogszuvasodás és a csontritkulás megelőzése A vérnyomás szabályozása A vérkoleszterin-szint szabályozása A káros anyagok detoxikálása

Forrás: Szabó Márton: A funkcionális élelmiszerek piaci helyzete, 2003

A funkcionális élelmiszereknek köszönhetően az egészségügy egyre inkább összekapcsolódik az élelmiszeriparral. De egyéb iparágakkal is, más termékek kapcsán. Például a turizmussal a wellness és spa szolgáltatások esetében, a divatiparral a lélegző anyagok és intelligens ruhák, a kozmetikai iparral a korszerű alapanyagú arckrémek, a kereskedelemmel a patikákon kívül kapható gyógyszerek, az infokommunikációs technológiával az sms üzenetek („vedd be a gyógyszered” betegcsipek) kapcsán. Ezen túl egyéb trendek is érvényesülnek az egészségügyben. Ilyen a boldogságigény, mely szerint az egészséghez egyre inkább az aktivitás, a jó kedély, sőt, a boldogság keresése is hozzátartozik, mely egyértelműen az úgynevezett életstílusgyógyszerek felé fordítja a figyelmet.

Életstílus és egészség

Ezen a piacon is egyre inkább megjelenik az „élményvásárlás” igénylése, de az autentikus forrás keresése is mind fontosabbá válik. A fogyasztók a hipermarketekben, bevásárlóközpontokban szocializálódnak, így elvárásaik az egészségügyi piacon is hasonlóak (állandó nyitva tartás, akciók, kedvezmények, választási lehetőség, szabad döntés stb.). Összességében azt tapasztalhatjuk, hogy az egészségügy „betegpiacból” egyre inkább

„egészségpiaccá” válik, aminek számos következménye van, többek között az életstílusgyógyszerek elterjedése. Főképp a közép-, valamint még a fiatal generáció érintett az ilyen típusú vásárlásokban. Az örökké fiatalos megjelenés, az energikus, megnyerő fellépés óhajta, a hatékonyság bizonyítása, a gyorsaság, a mobilitás okozta feszültségek, az „egy élet alatt száz élet” megélése hajtja az ilyen termékek vásárlását. Ezek a gyógyszerek tehát nem kifejezetten egy tényleges betegség kezelését jelentik, hanem használatuk gyakran valamilyen társadalmi problémát old meg. (Töröcsik, 2007.)

Ha már írtam az életstílusgyógyszerekről, mindenképpen említést kell tennem az életstílusokról is. Egészséggel kapcsolatos életstíluson belül négy különböző viselkedéstípust különít el a szakirodalom (Szántó, PhD értekezés, 2005):

- Szabályozó
Rutinszerű egészségfenntartó tevékenységeket végez (pl. táplálkozás, alvás)
- Preventív
Testedzés, ésszerű táplálkozási szokások betartása, testi változások figyelése
- Reaktív
Orvos által nem diagnosztizált tünetek, panaszok kezelése
- Helyreállító
Orvos által előírt gyógymódok betartása, a felírt gyógyszerek beszedése

A fogyasztói egészségtudatosság szempontjából a preventív életstílus minél szélesebb körű kialakítása és elterjesztése a leglényegesebb, ezt kell a marketing fókuszába helyezni. Ha viszont már megtörtént a baj, akkor ugyanilyen fontos a reaktív és a helyreállító életstílus. Ezek tulajdonképpen a Szántó Zsuzsa által vizsgált laikus viselkedésformákat takarják. A laikus viselkedésformák pedig, az egészséggel kapcsolatos életstílus két fő komponensét alkotják:

- Egészségviselkedést
Célja az egészségi állapot fenntartása vagy javítása.
- Betegségviselkedést
A betegségre, panaszokra, egészségi problémákra adott laikus válasz.

A laikus viselkedésformák kapcsán megvizsgáltam a 60-as, 70-es években folytatott kutatásokat, melyek több alternatív laikus egészségfelfogás jelenlétét állapították meg:

1. Érzés orientált (jól érzi magát)

2. Tünet orientált (nincsenek betegség tünetei)
3. Teljesítmény orientált (képes elvégezni azokat a dolgokat, amiket az egészséges emberek el tudnak végezni)
4. Érték jellegű - „kellő tartalékok” (az egyén kellő biológiai-lelki erőforrásokkal rendelkezik ahhoz, hogy a betegségeket elkerülje, vagy ha megbetegszik, gyorsan gyógyuljon.)
5. Norma jellegű (testi-lelki és szociális harmónia)
6. Az egészség, mint viselkedés (egészséges életmód)
7. Jó erőnlét és vitalitás (Szántó Zs, PhD értekezés, 2005)

Ha már az életstílusról írtam, akkor meg kell vizsgálnom ennek egészséggel kapcsolatos vonatkozásait, hiszen a szemiotetrikai modell ezt is említi, mint egy érték, magatartási megnyilvánulását.

Assel is említi egy életstílus kutatást *Consumer Behavior a Strategic Approach* (Assel, 2004. p. 281.) című könyvében, melyet Wells és Tigert publikált először 1971. augusztusában a *Journal of Advertising Research* című folyóiratban. A kutatási eredmények között egészséggel direkt módon kapcsolatos életstílus-csoportot nem találunk, csupán a diétázók hozhatók közvetetten kapcsolatba az egészséggel. Ők gyakran fogyasztanak alacsony kalóriatartalmú üdítőket, több alacsony kalóriatartalmú élelmiszert vásárolnak, mint az átlag háziasszonyok és legalább napi egy étkezés alakalmával fogyasztanak valamilyen diétás ételmárkát. Így közvetett módon ők is egészségtudatosnak tekinthetők. A fent említett könyvében azonban Assel bemutat egy fogyasztói magatartásváltozást, mely szerint az amerikai lakosság egyre inkább tudatában van az étkezési szokások, a koleszterin- és sószint, koffein tartalom és az élelmiszeradalékok egészségre gyakorolt hatásának. Ez az egészségtudatosság a fogyasztók beszerzési, vásárlási mintáinak változását eredményezte. Ennek következtében az amerikai lakosság fele szed vitaminokat, egyharmaduk fogyaszt alacsony kalóriatartalmú ételeket. Ezzel párhuzamosan bizonyos termékek, mint a cigaretta, szeszes italok, kávé fogyasztása 1980 óta tartósan csökken. A vörös húsok helyett baromfit fogyasztanak és bizonyos tejtermékek vásárlása is csökkent az alacsony zsírtartalmú tejtermékek előtérbe kerülésével. (Assel, 2004. p. 290.) Vagyis ők is egyre inkább figyelnek és vásárolnak a Piskóti és Nagy által vizsgált funkcionális élelmiszerekből.

A fogyasztói szokások említett változása eredményeként az élelmiszergyártó vállalatok szinte mindegyike megjelent legalább egy diétás vagy tápanyagtartalomra koncentrált termékvonallal, vagyis valamilyen funkcionális élelmiszerral. Azok a cégek, melyek újrapozícionálták meglévő termékeiket az említett egészségtudatos fogyasztókra, jelentős

profitra tettek szert. Az újrapozícionálás az esetek többségében csak annyit jelentett, hogy hangsúlyozni kezdték a termék valamely korábban is meglévő tulajdonságát. Vagyis termékmódosításra nem is volt szükség ezekben az esetekben. A Tums nevű gyógyszer eladásai 50%-kal nőttek amikor, mint kalciumpótlási lehetőséget ajánlották a csontritkulás által veszélyeztetett nőknek. Pedig a kalcium korábban is benne volt a termékben. Annak elősegítésére, hogy a fogyasztók még inkább egészségtudatos életet élhessenek, megpróbálták számukra ennek elemeit még elérhetőbbé tenni. Például úgy, hogy a testmozgási lehetőségeket olyan helyeken hozták létre, ahová egyébként is sokat járnak és esetleg várakozniuk kell, tehát van idejük, melyet testedzésre fordíthatnak. Ennek a trendnek az eredményeként alakítottak ki sportolási lehetőségeket repülőtereken, mosodákban, de néhol még szupermarketekben is.

Hasonló trendkutatást végzett Törőcsik is, melynek az egészségügyi szolgáltatókra gyakorolt hatását vizsgálta a magyar piacon. Ennek eredményei közül, mint a témámhoz kapcsolódó tényezőt, illetve trendet emelem ki az egészségmegőrzés trendjét. E szerint „ az egészség, mint érték egyre kevésbé csak elvont fogalom, inkább olyan terület, amely esetében saját felelősségünk növekvő. ...terjed a természetgyógyászat, a keleti gyógy módok kedveltsége, az öngyógyszerezés, az öngyógyítás, a homeopátia, stb.” (Törőcsik, 2003. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 41. évf. 1-2. szám, p. 30.)

Egészség és motiváció

Azt, hogy a már többször említett egészségtudatosságot, illetve egészségtudatos fogyasztói viselkedést mi befolyásolja vagy határozza meg, kutatásaim során vizsgálom. Egy azonban biztos, motiváció mindenképpen szükséges hozzá. Vagyis ahogy Bauer és Berács (1992, p. 66.) fogalmaz, olyan belső állapotnak kell kialakulnia, amely meghatározott célok teljesítése irányába mozgatja az embereket, akik ezáltal céltudatos magatartást valósítanak meg. Ezt Hoyer és MacInnis (2004) kiegészíti azzal, hogy a motiváció nemcsak konzisztens módon egy cél elérésére sarkalja az embert, de hajlandóságot ébreszt bennünk, hogy energiát és pénzt szenteljünk erre a cselekvésre. Az említett szükségletek, vagy más néven motívumok a motiváció dinamikus folyamatának első lépcsőjét jelentik. Ezek a motívumok lehetnek tanultak vagy nem tanultak, illetve negatívok vagy pozitívok. (Hofmeister-Tóth, Törőcsik, 1996.) Ezek rendszerét mutatja az 4. ábra.

Ahogy az ábrán is látszik, ha az ember megpróbálja elkerülni a betegségeket, akkor a negatív motívumok elkerülhetők, vagy legalábbis minimalizálhatók, hiszen az orvos meglátogatása így sem kerülhető el teljes mértékben. Viszont lényegesen nagyobb arányba kerülhetnek a pozitív motívumok, melyek az egészségünk megóvásával kapcsolatosak.

4. ábra: Az egészséggel kapcsolatos motívumok osztályozása

	Tanult	Nem tanult
Pozitív	Sportolni Egészségeset enni	Enni
Negatív	Orvoshoz menni	Fájdalmak

Forrás: (Hofmeister-Tóth, Törőcsik: Fogyasztói magatartás, 1996. p. 47.)

Azt, hogy az egészségünk megóvásával, vagy helyreállításával kapcsolatban milyen szükségletek merülnek fel, vagy, hogy milyen szükségletek kielégítése kapcsán figyelünk az egészségünkre is, nehéz megmondani. Arról, hogy mi is az egészségügyi szükséglet Kincses azt mondja, hogy nem más, mint a populáció egészségi állapotából következő egészségügyi rendszeren keresztül adandó releváns és szükséges válaszok összessége. Ebből fakadóan a szükségletet a következőképpen határozza meg:

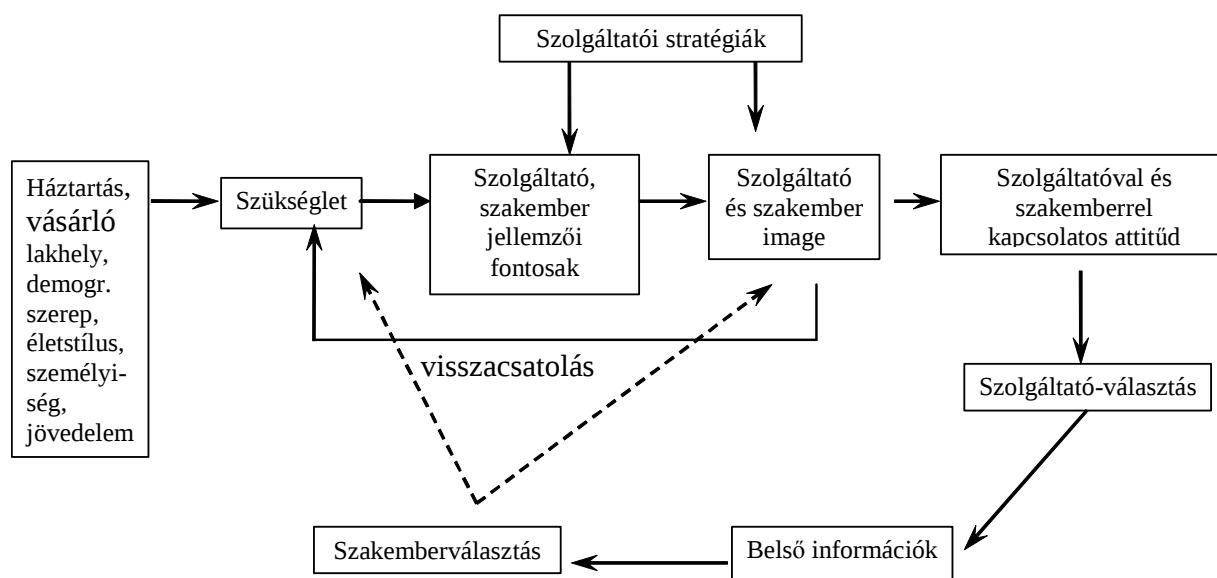
- a lakosság egészségi állapota
- a társadalmi minták

- az egészségügyi ellátórendszer és az orvostudomány szakmai-technikai fejlődése
- a fizetőképesség
- és az esélyegyenlőség változása. (Kincses, 1999)

Egészséggel kapcsolatos döntéshozatal

A 2. ábrán bemutatott egészségmodell tényezőit tovább vizsgálva, a második szintről még egy tényezőről, a háziorvos befolyásoló hatását nem vizsgáltam. A befolyásolás már attól is nagyban függ, hogy ki az a háziorvos, akivel kapcsolatba kerülünk. Azt, hogyan választjuk ki a háziorvosunkat megfelelő módon írja le Assel üzletválasztási modellje, melynek egészségpiacra adaptált változatát készítettem el és mutatom be az 5. ábrán. Az üzletválasztást véleményem szerint a szolgáltató-választás, míg a márkaválasztást az egészségügyi szakemberválasztás helyettesíti a modellben.

5. ábra: A szolgáltató és szakemberválasztás modellje



Forrás: Assel H. (1984) alapján saját szerkesztés

A modellel kapcsolatban vizsgálándó, hogy biztosan van-e minden esetben tényleges döntési szituáció az orvos és szolgáltató-választásnál. Illetve a modell megfelelően leírja-e ezeket az

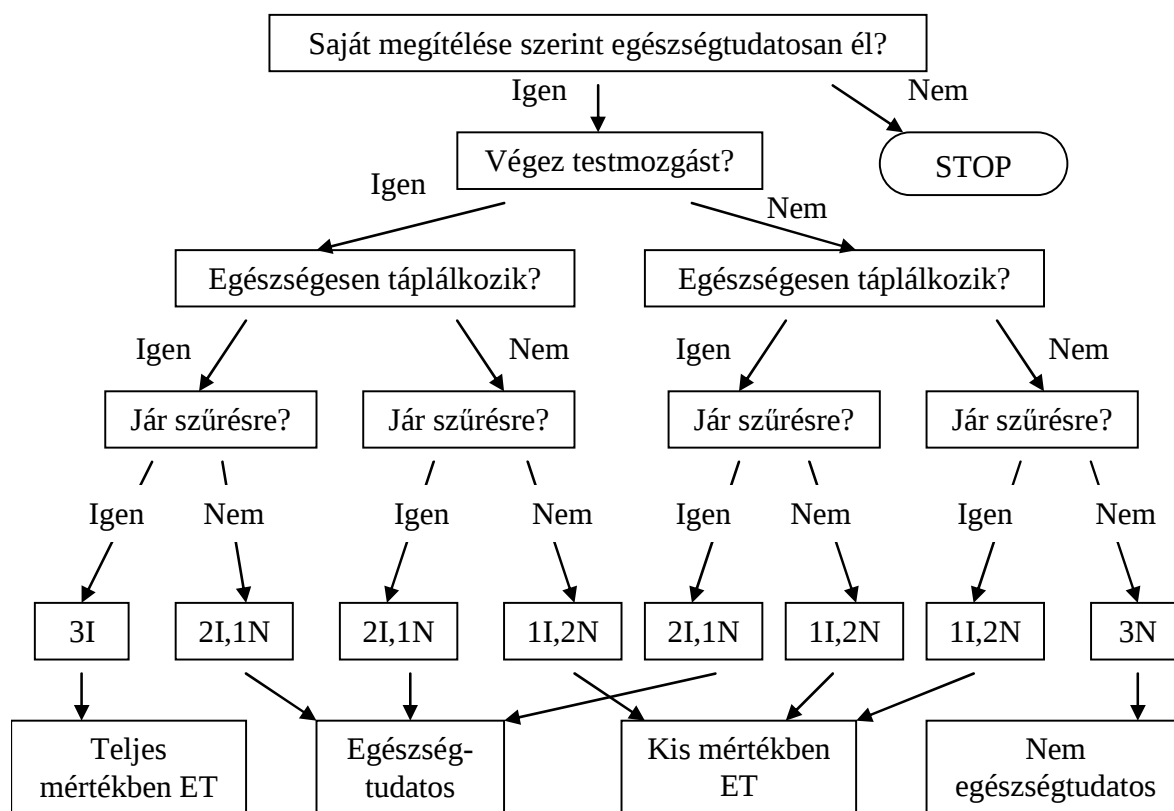
eseteket is. Megítélésem szerint döntés minden esetben történik, a kérdés azonban az, hogy ki hozza. Vagyis a szerepeket betöltő személye változik, változhat. Viszont akárki is hozza a döntést, a használat eredményeként kialakuló tapasztalat mindenképpen hat a szolgáltatók és szakemberek image-ére és a később ismételt felmerülő szükséglet esetén hozandó döntés dimenzióira. Az említett szerep, melyben az azt megtestesítő személy változhat, természetesen a döntéshozó. Ha a döntés teljesen szabad, akkor természetesen a páciens a döntéshozó. Ez igaz például a házi orvos választás esetére. Viszont ha szakellátásra van szükség és ezt a házi orvos állapítja meg, akkor hozhatja helyettünk Ő a döntést, vagy ha új biztosítási rendszer alakul ki, akkor a biztosító. Tehát véleményem szerint az Assel féle modell alkalmas az egészségügyi szakember és szolgáltató-választás leírására, mindössze azt kell adott szituációban tisztázni, hogy ki a tényleges döntéshozó.

A házi orvos választásra vonatkozóan amerikai fogyasztók körében végzett kutatás azt mutatja, hogy a kórházválasztásnál legfontosabb a házi orvos véleménye a kórházról. A legkevésbé fontos azok véleménye, akik már jártak az adott kórházban. (Berkowitz, Flexner, 1980-81) A házi orvosválasztás esetén a legfontosabb tényező a kényelem, vagyis, hogy minél közelebb legyen az otthonhoz. Bár ez a kutatás is amerikai fogyasztók körében készült. (Boscarino, Steiber, 1982.)

A 2. ábra egészségmodelljének szintjeiben még egyvel beljebb lépve, még mindig az egyén megfigyelhető tulajdonságait vizsgálom. Az erre vonatkozó belső körben a képzettséget, biológiai és lelki tulajdonságokat és a magatartást találjuk. Az első hármat tekinti a modell alkotója a magatartást meghatározó tényezőnek. A lelki tulajdonságokat talán helyesebb lenne lelki egészségnek nevezni, bár nyilván a lelki tulajdonságok befolyásolják a lelki egészséget. Egy kicsit másként „marketingesebb módon” megfogalmazva a tényezőket: az iskolázottság, demográfiai és pszichológiai jellemzők. Ezek megint olyan tényezők melyeket bevontam kutatásaim vizsgálatába.

Végül a modell belsejéhez, az alkotó általi elnevezéssel a magjához érve olyan tényezőket találunk, mely az egyén egészségének szintjeit fejezi ki, vagyis azt, hogy mennyire képes bizonyos funkciókat, cselekedeteket végrehajtani. Ezért funkcionális megközelítésű a modell. Azt, hogy miket tesz az egyén egészsége megőrzése, helyreállítás érdekében saját primer kutatásaimban vizsgálom. De az egészségtudatos fogyasztói magatartás leírására alkalmas megítélésem szerint a döntési fa modell is. Ennek a három tevékenység végzését bemutató változata látható a 6. ábrán.

6. ábra: Az egészségtudatos fogyasztói magatartás három tevékenység végzését bemutató döntési fája



Forrás: Magge J. F. alapján saját szerkesztés

A döntési fa modellben látható három tényező csak a hipotézisem arra vonatkozóan, hogy mik lehetnek az egészségtudatos fogyasztói magatartás viselkedési formái. Azonban arra vonatkozóan, hogy nem járok messze az igazságtól Boncz I. Dr., Horváth B. Dr. (2001., p. 99.) azon megállapítása erősít meg, mely szerint nő a társadalmi igény a primer prevencióra. Ezen túl egy olyan paradigmaváltás is megfigyelhető, mely szerint az egészségi állapot alakulásában az egészségügyi rendszeren kívüli tényezők az elsődlegesek. (Boncz, Horváth, 2001.)

Végül még arról írok néhány gondolatot, mielőtt a saját vizsgálataimra térnék át, hogy a korábban tárgyalt szükségletek kielégítése érdekében milyen módon valósítja meg a fogyasztó vásárlásait. Az egészséggel jó néhány termék és szolgáltatás kapcsolatba hozható. Ha például arra gondolok, hogy influenzás lesz az ember, akkor el kell mennie az orvoshoz felírni a gyógyszert, majd a gyógyszertárba kiváltani és csak utána tudja használni a megszerzett terméket. Ezt tekinthetjük egy külső kényszer hatására történő vásárlásnak is, de tekinthetjük

rutinszerűnek is. Ebben az esetben ez a feladatorientált vásárlások közé sorolandó. (Törőcsik, 2007, p.23.) Viszont, ha azt tartom szem előtt, hogy a gyógyszer megszerzése plusz idő- és pénzráfordítást igényel, akkor az eredményközpontú vásárlások közé sorolandó. Végül ha azt nézem, hogy mit tehetünk az egészségünk megőrzése érdekében, akkor a szűrővizsgálatok felkeresése történhet külső, vagy belső készítmény hatására is. Vagyis sorolhatom akár a feladat, akár az eredményorientált kategóriába. Az egészséges táplálkozás és a sportolás is sorolható a feladatorientált kategóriába, de akár az élményorientált vásárlások közé is. (Törőcsik, 2007, p.23.) Ebben az utóbbi esetben a vásárlás a körülmények folytán élményszerű, pozitív tartalommal töltődik. (Schmitz, 2005)

A fentiekén túl számos az egészségügyi marketinggel foglalkozó – elsősorban amerikai – munkát tekintettem át, ahogy ez a felhasznált irodalmak listájából is látszik. Egyetlen olyan volt köztük, amely meghatározta a vizsgált piacot. Ez a forrás is magyar és egészség szektorról beszél. Ez a piac szerinte a gyógyító, megelőző és állapot-stabilizáló tevékenységeken túlmenően magában foglalja

- a gyógyszergyártást,
- a gyógyszer nagykereskedelmet,
- az orvosi berendezések és műszerek gyártását,
- a tág értelemben vett gyógyászati segédeszközök gyártását és forgalmazását, valamint
- a keresőképtelenséggel összefüggő pénzügyi, biztosítói támogatások (pl. táppénz, rokkantsági támogatás, anyasági támogatás) rendszerét is. (Mihályi P., 2003.)

Azt éreztem, hogy a többiek olyan magától értetődőnek tekintették, hogy a kórházak, illetve a gyógyszerek piaca tartozik ide. Mihályi is csak azokat a piacokat sorolja az „egészség szektorba” tartozókhöz, ahol az egészség-helyreállítás történhet. Megítélésem szerint azonban még a Mihályi által megfogalmazottnál is szélesebb azon piacok köre, ahol a fogyasztók az egészséggel kapcsolatos különféle szükségleteket elégíthetnek ki. A piaccal foglalkozó fejezetben ezen piacok és egymáshoz való viszonyuk elemzését végzem el. Mielőtt erre rátérnék, az elméleti ismeretek birtokában megfogalmazom a dolgozat hipotéziseit.

3. Hipotézisek

3.1. Első hipotézis

A bevezetésben fölvázolt célok szabatosabb megfogalmazására törekszem a következőkben. Az így kialakítandó hipotézisek a dolgozat általános hipotézisei lesznek. Ezen túl az egyes kutatások várható eredményeire vonatkozóan is fogok kutatási hipotéziseket felállítani.

A szakirodalmi vizsgálatok eredményeként, azt állapíthatom meg, hogy nem áll rendelkezésre olyan mérési módszer, melyet az egészségtudatosság számszerű meghatározására dolgoztak ki. Sőt, ilyen módon igazából senki sem próbálta megközelíteni és vizsgálni az egészségtudatosságot. Az én feltételezésem az, hogy lehetséges az egészségtudatosság mértékét ily módon meghatározni. Ezt fogalmaztam meg a dolgozat alábbi első hipotézisében.

H1: Az egészségtudatosság szintjének számszerű meghatározására szerkeszthető erre alkalmas matematikai formula, azaz mérhetővé tehető az egészségtudatosság.

Ezen túl vizsgálni tervezem azt, hogy mit tesznek az egyetemisták egészségük megóvása vagy helyreállítása érdekében.

3.2. Második hipotézis

Az utóbbi években igen sok fórumon és kommunikációs csatornán hangsúlyozták az egészségügyi szakemberek, a sportot oktatók, kínálók és gyakorlók a rendszeres mozgás, sportolás egészségre gyakorolt jótékony hatását, valamint az egészség megóvásában, sőt annak javításában betöltött szerepét. Azt gondolom, hogy ennek a kampánynak meg is volt a hatása, vagyis egyre többen sportolnak valamit ennek hatására. Sőt, megítélésem szerint még az egyetemisták között is volt, akire hatott. Bár ennél a célcsoportnál szerintem nem csak ez a motiváció és nem ez az elsődleges, de az egészség szempontjából nem is ez a lényeg, hanem, hogy tegyen mindenki az egészségéért. Nyilván egy egészségtudatos fogyasztó más módon is próbálja óvni az egészségét. Megítélésem szerint ilyen tevékenység az egészséges táplálkozás és hasonlóan fontos az egészségi állapot ellenőrzése, vagyis a szűrővizsgálatok látogatása. Kutatásaimban vizsgálom, hogy mik azok a tevékenységek, melyeket teszünk az egészségünk

megóvása, helyreállítása érdekében. Ezzel kapcsolatosan az alábbi hipotézist fogalmazom meg:

H2: Az egészségtudatos fogyasztói magatartás megjelenési formái a testmozgás/sportolás, egészséges táplálkozás és szűrővizsgálatok igénybevétele.

Végül azt vizsgálom, hogy mitől függ az, hogy valaki mennyire egészségtudatos, illetve, hogy mit tesz ennek szellemében. Vagyis mik azok a tényezők, amelyek meghatározzák, vagy befolyásolják az egészségtudatos fogyasztói magatartás mértékét és ennek megjelenési formáit.

3.3. Harmadik hipotézis

Azt gondolom a legfontosabb, ami a leggyakoribb kifogás is annak magyarázatául, hogy miért nem törődünk többet az egészségünkkel a szabadidő. Sokszor hivatkozunk arra, hogy nincs időnk elmenni sportolni, vagy elmenni egy szűrővizsgálatra, vagy nincs energiánk rá. Pedig tudjuk, hogy az embernek arra van ideje, amire szakít, vagyis ebben egy kicsit a kényelmesség is benne van. Vagyis megállapítható, hogy hajlamosak vagyunk arra, hogy megvárjuk azt, míg valami kényszerítő tényező, például az egészségünk megromlása, sarkall bennünket arra, hogy figyeljünk az egészségünkre. Vagyis azt gondolom, hogy fontos motivációs tényező az egészségi állapot is. Ezen túl egy gyakran említett sztereotípiát, hogy az egészséges táplálkozás sokba kerül, tehát kevés pénzből csak egészségtelenül lehet táplálkozni. Ez sem feltétlenül igaz, azonban a dolgozatnak nem az élelmiszerárak elemzése a célja, viszont a fenti gondolatmenet megint felvet egy magyarázó változót. Ez pedig az anyagi helyzet.

Azt gondolom itt a kiindulásnál, hogy ezek azok a motivációs tényezők, melyek magyarázzák az egészségtudatos fogyasztói magatartás szintjét. Ezzel kapcsolatos hipotézisem a következő.

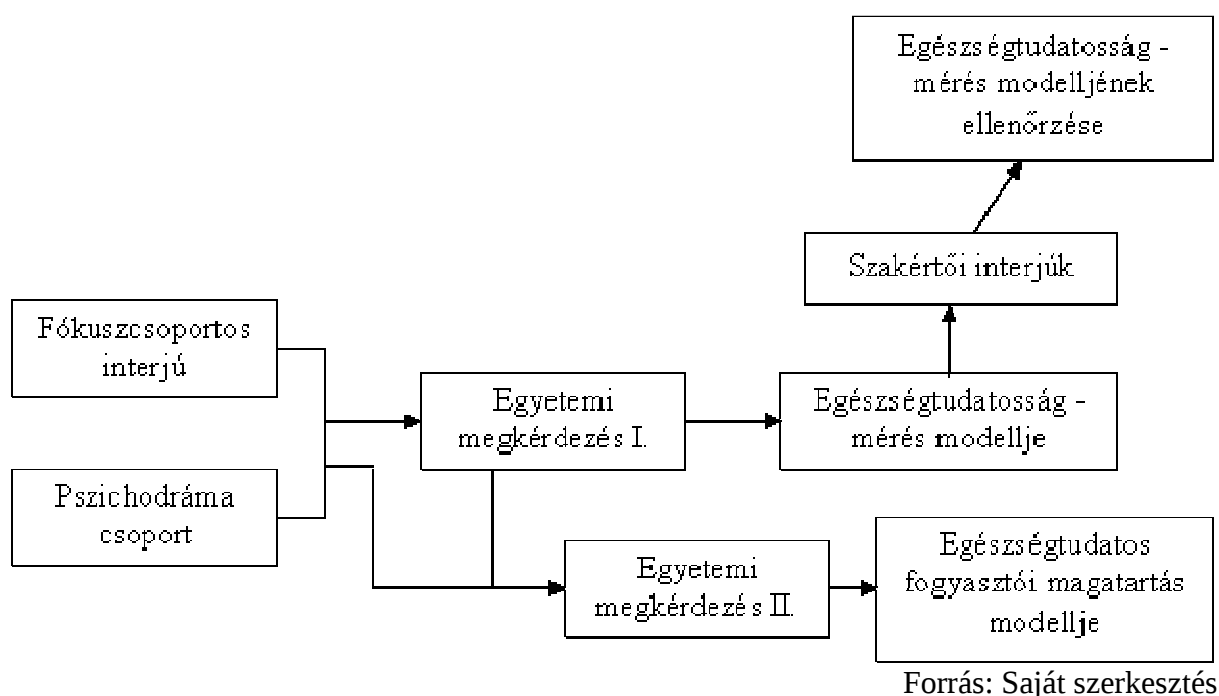
H3: Az egészségtudatosság szintjét a szabadidő, az anyagi helyzet és az egészségi állapot – melybe a testi és lelki egészség is beletartozik – neveltetés és informáltság magyarázza.

A fenti témakörök és hipotézisek vizsgálatához empirikus kutatásokat végzek.

3.4. Az empirikus kutatások kapcsolata

Ahhoz, hogy a fent felvázolt célokat elérjem és a hipotézisekben megfogalmazott állításokat megfelelően vizsgálni tudjam, több kutatás elvégzését tartom szükségesnek. Ezek egymáshoz való viszonyát és remélt eredményeit mutatja az alábbi 7. ábra.

7. ábra: A tervezett empirikus kutatások és azok eredményei



A meghatározott kutatási irányokból kiindulva a tématerület lehatárolásához és a kvantitatív kutatások előkészítéséhez elsőként két kvalitatív technikát választottam. Amint ez a 7. ábrán is látható, a fókuszcsoporthozos interjú és a pszichodráma csoportot. Mindkét esetben egyetemistákat vontam be a kutatásba. Egész egyszerűen azért ezt a szegmensét választottam a társadalomnak, mert iskolázottságuk, informáltságuk és egyéb tényezők miatt azt gondolom, hogy a közöttük végzett vizsgálatok kapcsán olyan változókat is meg tudok figyelni, amit a társadalom más rétegeinél nem feltétlenül.

A kvalitatív kutatások eredményei alapján előkészítettem és lefolytattam egy kérdőíves megkérdezést elsősorban az egyetemisták körében. Ezzel az adatgyűjtéssel megszerzett információk segítségével az egészségtudatosság mérésére alkalmas matematikai formulát vagy egyéb mérési modellt tervezek kidolgozni. Ezek az adatok, ez a megkérdezés azonban

nem biztosít lehetőséget arra, ami a kutatás lefolytatása és az imént bemutatott egészségtudatosság meghatározására irányuló terv kialakulása után megfogalmazódott bennem. Ez, pedig nem más, mint egy modell, az egészségtudatos fogyasztói magatartás modelljének kidolgozása. Úgy érzem, hogy ha megelégednék az egészségtudatosság mérésével a dolgozat csonka lenne. Éppen ezért végzek egy másik kutatást az egyetemisták körében, melynek segítségével kidolgozni tervezem az egészségtudatos fogyasztói magatartás modelljét. Egy gondolat erejéig visszatérve az egészségtudatosság mérésére. Mindenképpen lényeges a kidolgozandó mérési modell helyességének a vizsgálata, vagyis a validálása. Ennek megvalósítására szakértői interjúk lefolytatását is tervezem. Ahhoz azonban, hogy belevágjak ezen kutatások eredményeinek tárgyalásába feltétlenül szükségesnek érzem először azon piac lehatárolását, ahol a fogyasztók hozzájuthatnak az egészségtudatos életmódhoz szükséges termékekhez és szolgáltatásokhoz. Valamint lényegesnek érzem ezen piacokon megjelenő és így módon a fogyasztók magatartását, döntéseit, cselekedeteit befolyásoló marketingaktivitások áttekintését. Ezek olvashatók a következő két fejezetben.

4. Az egészség piaca

Amikor az egészségről beszélünk, illetve ennek megőrzéséhez, vagy szerencsétlenebb esetben helyreállításához szükséges termékekről, szolgáltatásokról nem is olyan biztos, hogy egyértelmű mely piac termékeire, szolgáltatásaira van szükségünk. Ezért mielőtt belemerülnénk a mélyebb kérdésekbe, azt gondolom elengedhetetlen azon, releváns piacok meghatározása, - mert meggyőződésem, hogy itt nem egy vagy két, hanem lényegesen több piacról van szó – melyek termékeit vagy szolgáltatásait igénybe vesszük, ha törődni akarunk az egészségünkkel, bármely az előbb említett esetről is legyen szó.

Első lépésben tehát az egészségpiacot egészségmegővás vagy betegségmegelőzés és egészség-helyreállítás vagy gyógyítás piacaira osztom. Ez látható az alábbi 8.ábrán. Miért egészségpiacnak nevezem az összpiacot, ahová az egészségünk megővásával és/vagy helyreállításával kapcsolatos termékek piacait sorolom? Éppen a fent elmondottak miatt. Hiszen ide tartozónak tekintem mindazokat a termékeket és szolgáltatásokat, melyek valamilyen módon, de pozitívan hatnak az egészségi állapotunkra, vagy pozitív módon befolyásolják azt.

8. ábra: Az egészségpiac felosztása



Forrás: Saját szerkesztés

Még a szakirodalomban is elég kaotikus a helyzet ezen piacok névhasználatával kapcsolatosan. Csak egyetlen példa, az ESKI elektronikus folyóirat-katalógusa a Magyar Egészségpiac című lapot a kórház kategóriába sorolja. Megítélésem szerint sokkal több dolog tartozik ehhez a piachoz, amint azt az alábbiakban be is mutatom. De számos egyéb anomália figyelhető meg az egyes szakmai publikációk szóhasználatában, szinonimaként használva például az egészségpiac és egészségügyi piac fogalmakat, elnevezéseket, stb, stb. De nem az általam helytelennek, illetve nem is helytelennek, inkább következetlennek és ezáltal kissé kaotikusnak vélt fogalom és elnevezés-használat felsorolására vállalkoztam ebben a részben,

hanem arra, hogy megpróbáljak rendet tenni a szakmai nyelvhasználatban forgó elnevezések között és rögzítem ezek konzisztens rendszerét.

Ebből kifolyólag magyaráznom kell, hogy miért is gondolom, hogy gyűjtőfogalomként az egészségpiac elnevezés a megfelelő, illetve definiálnom is kell a fogalmat.

A Kotler(2002) szerint a piac azokból a potenciális vevőkből áll, akiknek bizonyos szükségletei vagy igényei megegyeznek és ezek kielégítésére hajlandók és képesek is csereügyletekbe bonyolódni.

Ebből kiindulva, ha egy piacot akarok elnevezni, akkor azt kell meghatároznom, hogy mi az a fogyasztói szükséglet, amely azonos azon a piacon. Ahogy a fejezet elején említettem, itt az egészséggel, illetve ehhez kapcsolódó termékekről és szolgáltatásokról beszélünk, a fogyasztók ennek megszerzéséért vannak jelen ezen a piacon, tehát ez alapján nevezem ezt a piacot **egészségpiacnak**. Hiszen valamennyi termék és szolgáltatás az egészség megóvását és/vagy helyreállítását szolgálja. Mielőtt azonban az egészségpiac ezen részeivel kezdenék foglalkozni, a fentiek alapján definiálom az egészségpiacot.

- ❖ Az **egészségpiac** nem más, mint azon potenciális fogyasztók összessége, akik szeretnék megőrizni vagy helyreállítani az egészségüket és ennek érdekében hajlandók és képesek is ezen a piacon csereügyletekbe bonyolódni.

Amint azt már korábban említettem az egészségpiacot az első lépésben két további piacra:

- egészségmegóvás vagy betegségmegelőzés és
- egészség-helyreállítás vagy gyógyítás

piacaira osztom. Ez a felosztás keresleti szemléletű megközelítés eredményeként jött létre.

Azért így osztályozom a termékeket és szolgáltatásokat, mert ha az ember egészséges és mégis megjelenik, keresletet támaszt az egészség piacán, akkor a célja az egészsége megóvása. Ismét a korábbi gondolatmenet alapján ezért nevezem ezt a piacot az egészségmegóvás piacának, hiszen az erre szolgáló termékeket keresik ezen a piacon a fogyasztók, vagyis ez a közös szükségletük. Ez alapján ezen piac definíciója:

- ❖ Az **egészségmegóvás piaca** nem más, mint azon potenciális fogyasztók összessége, akik szeretnék megőrizni az egészségüket, megelőzni a betegségeket és ennek érdekében hajlandók és képesek is ezen a piacon csereügyletekbe bonyolódni.

Az egészség-helyreállítási piacon azok a fogyasztók támasztanak keresletet, akiknek már károsodott az egészségük és ennek helyreállítása érdekében keresnek valamilyen terméket vagy szolgáltatást. Ez alapján nevezem, megint csak a korábbi gondolatmenetre támaszkodva, ezt a piacot az egészség-helyreállítás piacának. Ennek a piacnak a definíciója az én felfogásom szerint:

- ❖ Az **egészség-helyreállítás piaca** nem más, mint azon potenciális fogyasztók összessége, akik szeretnék helyreállítani az egészségüket, vagyis szeretnének meggyógyulni és ennek érdekében hajlandók és képesek is ezen a piacon csereügyletekbe bonyolódni.

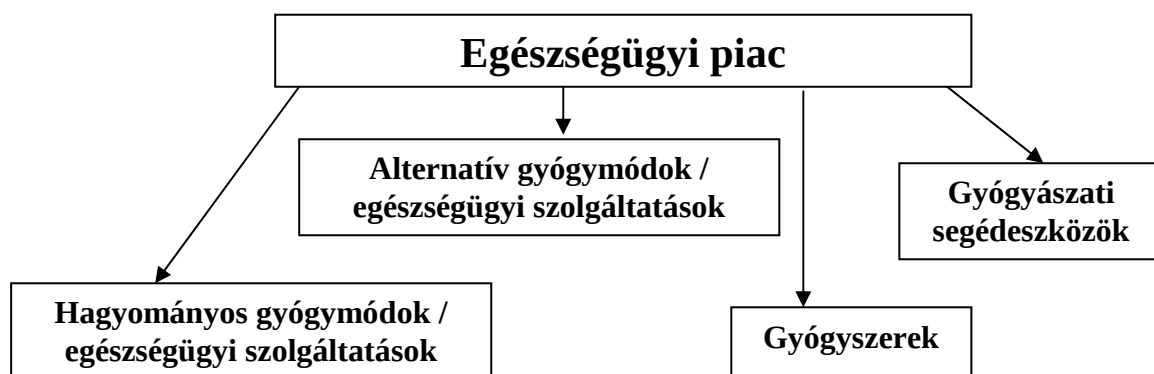
Ezen a piacon a csereügylet egy kicsit más, mint az egészségmegóvás piacán, hiszen itt sok esetben nem a vevő fizet a termékért, vagy szolgáltatásért, vagy legalábbis nem teljes egészében. Bár ebben a jelenleg is zajló politikai – szakmai változások hozhatnak változásokat, de a dolgozatnak nem célja ennek a tárgyalása.

Most azonban lépünk tovább az egészségpiac felosztásának tárgyalásában.

Ehhez rögtön egy nézőpontbeli váltást kell megtennem, mert az eddigiekben alkalmazott keresleti oldali szemléletről át kell térnem a kínálati oldali szemléletre annak érdekében, hogy egy konzisztens rendszert állíthassak föl.

Ugyanis most azokat a termékeket, illetve piacaikat szeretném összegyűjteni, melyek valamilyen módon hatással vannak az egyézségre. Az elsődlegesen és közvetlenül hatással lévő termékek piacát egészségügyi piacnak nevezem. Ide tartoznak mindazon piacok termékei, melyeket klasszikus értelemben és a hétköznapi, sőt az orvosi szaknyelv szerint is az egészségügyhöz tartozónak tekintünk. A 9. ábrán látható piacok közül, talán egyedül az alternatív gyógymódok egészségügyhöz tartozását lehet vitatni, de azt gondolom ezt is legfeljebb a klasszikus egészségügy képviselői, vagyis az orvosok, nővérek és ápolók teszik. Logikailag – megítélésem szerint – egyértelmű az idetartozása.

9. ábra: Az egészségügyi piac felosztása



Forrás: Saját szerkesztés

A fentiek alapján az egészségügyi piacot a következőképpen határozom meg:

- ❖ Az **egészségügyi piac** nem más, mint azon potenciális fogyasztók összessége, akik hajlandók és képesek is ezen a piacon csereügyletekbe bonyolódni, a csere tárgyai olyan termékek, melyek közvetlenül befolyásolják egészségi állapotukat, illetve segítenek ezen állapot minőségének a meghatározásában.

Ezután tekintsük át az egészségügyi piacot alkotó részpiacokat.

A gyógyászati segédeszközök piacának elnevezésével könnyű a dolgom, hiszen az egészségügyi szakma, akik jellemzően előkészítik a megfelelő kezelésekkel ezeknek a termékeknek az alkalmazását és maguk a szolgáltatók, gyártók is így hívják ezeket a termékeket.

Tehát nem maradt más dolgom, mint definiálni ezt a piacot is. Mégpedig az alábbiak szerint:

- ❖ A **gyógyászati segédeszközök piaca** nem más, mint azon potenciális fogyasztók összessége, akik valamilyen egészségügyi problémával küzdenek és az ezzel kapcsolatos problémák enyhítése vagy életminőségük javítása céljából van szükségük ilyen termékekre és ennek érdekében hajlandók és képesek is ezen a piacon csereügyletekbe bonyolódni.

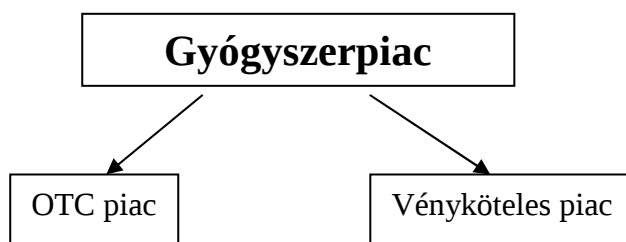
A gyógyszerpiac sok szempontból, sok helyen és sokféle formában került már tárgyalásra. Éppen ezért az, hogy mi is a fogyasztói szükséglet és mik a termékek ezen a piacon azt

gondolom, nem szorul különösebb magyarázatra. Éppen ezért a közepébe vágva definiálom a piacot. Megítélésem szerint a gyógyszerpiac a következőképpen értelmezhető:

- ❖ A **gyógyszerpiac** nem más, mint azon potenciális fogyasztók összessége, akik saját vagy valamely hozzátartozójuk egészségét szeretnék helyreállítani valamilyen gyógyszer alkalmazásával és ennek érdekében hajlandók és képesek is ezen a piacon csereügyletekbe bonyolódni.

A gyógyszerpiac esetében nem tekinthetők a termékek homogénnek. Alapvetően el kell különítenünk értékesítési és marketing szempontból a vényköteles és OTC (over-the-counter - nem vényköteles) piacot. A piac így módon való felosztását mutatja az alábbi 10. ábra.

10. ábra: Az gyógyszerpiac felosztása



Forrás: Saját szerkesztés

A két piac közötti különbség nem elsősorban a fogyasztói igényekben, hanem az ott forgalmazott termékek jellemzőiben van orvosi rendelhetőség, illetve a marketing eszközök alkalmazási lehetőségének szempontjából. A piacok elnevezése, akár csak a gyógyszerpiacnál a gyógyszerész és orvosi szakma által használt elnevezés átvétele. Viszont emiatt – úgy gondolom – mindenképpen külön kell kezelnünk a két csoportot. A különbség a fogyasztók szemszögéből abban van a két termék között, hogy az OTC termékek könnyebben elérhetők számukra. Ennek megfelelően ezt a piacot a következőképpen határozom meg:

- ❖ Az **OTC termékek piaca** nem más, mint azon potenciális fogyasztók összessége, akik saját vagy valamely hozzátartozójuk egészségét szeretnék helyreállítani valamilyen recept nélkül is kapható gyógyszer alkalmazásával és ennek érdekében hajlandók és képesek is ezen a piacon csereügyletekbe bonyolódni.

A vényköteles termékek, ahogy az előbb is említettem, csak elérhetőségükben különböznek az OTC termékektől, hiszen ha vényköteles gyógyszert akarunk vásárolni, akkor el kell mennünk előtte vagy a házi-, vagy szakorvoshoz, hogy felírassuk vele receptre a terméket. Illetve ha nem újra, hanem első vásárlásról van szó, akkor még azt sem tudjuk sokszor, hogy milyen terméket kell majd megvásárolnunk, vagy, hogy kell-e egyáltalán gyógyszer vennünk. A fentiek alapján a vényköteles gyógyszerek piacát az alábbiak szerint definiálom:

- ❖ A **vényköteles gyógyszerek piaca** nem más, mint azon potenciális fogyasztók összessége, akik saját vagy valamely hozzátartozójuk egészségét szeretnék helyreállítani valamilyen, korábban orvos által rendelt gyógyszer alkalmazásával és ennek érdekében hajlandók és képesek is ezen a piacon csereügyletekbe bonyolódni.

Az egészségügyi piac részpiacainak áttekintésének sorában az alternatív gyógymódok vagy alternatív egészségügyi szolgáltatások piaca a következő Miért így nevezem? A magyarázat egyszerű. Egyrészt a szakma is így nevezi ezeket a kezelési módokat, hiszen az orvostudományi egyetemeken oktatott gyógymódokat nevezik hagyományosnak vagy klasszikusnak, ehhez képest a természetgyógyászati és más nem a klasszikus medicinába tartozó kezeléseket alternatívnak. Ezek alapján megalkotom ennek a piacnak is a definícióját, a következőképen:

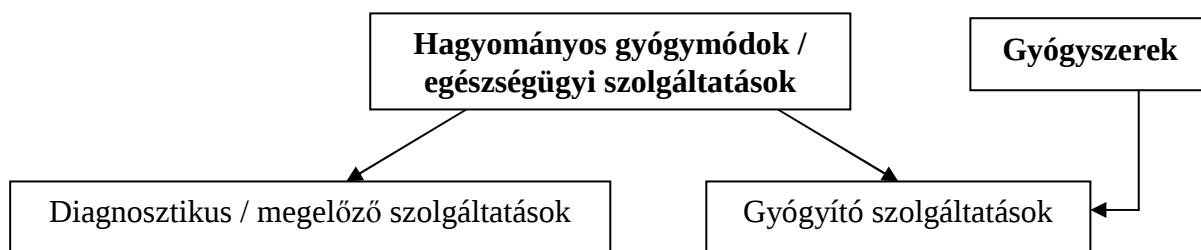
- ❖ Az **alternatív gyógymódok piaca** nem más, mint azon potenciális fogyasztók összessége, akik egészségüket szeretnék helyreállítani, de nem a hagyományos gyógymódok alkalmazásával és ennek érdekében hajlandók és képesek is ezen a piacon csereügyletekbe bonyolódni.

A témám szempontjából ennek a piacnak a termékei homogénnek tekinthetők, így áttérek az egészségügyi piac utolsó részének a hagyományos gyógymódok piacának vizsgálatára. Ez a piac, amint azt az előbb említettem az orvostudományi egyetemeken oktatott és a kórházakban, rendelőkben, szanatóriumokban, stb. alkalmazott gyógymódokat, szolgáltatásokat, vizsgálati módszereket foglalja magába. Tehát

- ❖ A **hagyományos gyógymódok piaca** nem más, mint azon potenciális fogyasztók összessége, akik egészségüket szeretnék helyreállítani, a hagyományos gyógymódok, egészségügyi szolgáltatások igénybevételével és ennek érdekében hajlandók és képesek is ezen a piacon csereügyletekbe bonyolódni.

Ez a piac, szemben az alternatív gyógymódokéval, a témám szempontjából két lényeges területre bontható. Ez a felosztás látható a 11. ábrán. Nem szabad azt sem elfelejtenünk, hogy ezen a gyógymódok egy része csak egy másik piac, a gyógyszerpiac termékeivel együtt képes helyreállítani a páciensek egészségi állapotát. Ezért szerepeltetem a gyógyszereket ezen az ábrán is.

11. ábra: A hagyományos egészségügyi szolgáltatások felosztása



Forrás: Saját szerkesztés

Ezen piac termékeit, szolgáltatásait valószínűleg nagyon sokféleképpen lehet csoportosítani. Bizonyára egy egészségügyi szakember másként osztaná fel ezt a piacot. A témám szempontjából én diagnosztikai és gyógyító szolgáltatásokra osztom a hagyományos egészségügyi szolgáltatásokat. A diagnosztika ugyanis a megelőzője és megalapozója a gyógyításnak. Így ezek a szolgáltatások mind az egészségmegővást, mind az egészség-helyreállítást szolgálják, szemben a gyógyítással, mely keresleti szempontból az egészség-helyreállításához sorolható. Álljon itt néhány példa a diagnosztikus / megelőző szolgáltatások közül az előző állításom igazolására. Vannak köztük olyanok, melyek kimondottan a megelőzést szolgálják. Ilyenek a

- Védőoltások.

Másoknak éppen a kóros elváltozások minél korábbi felismerésében van szerepük. Ezek a

- Munkaegészségügyi / Sportorvosi szolgáltatások
- Szűrővizsgálatok.

Bár a munkaegészségügynek, melynek egyik kiemelt területe a sportorvosi szolgáltatás a megelőzésben a felvilágosító, egészségnevelési szerepén keresztül is van jelentősége. Ez igen lényeges az egészségtudatosság javításánál is. Illetve sajnos az az igazság, hogy inkább csak lehetne, ha kihasználnánk az ebben rejlő lehetőségeket.

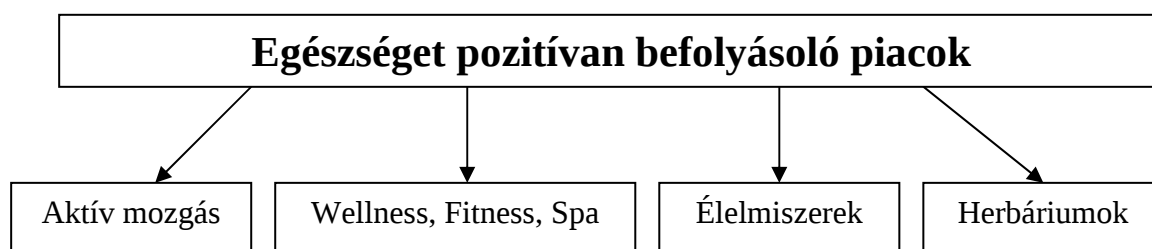
Ezzel az egészségügyi piac által kínált termékeket és szolgáltatásokat áttekintettem. Viszont marketing szempontból nem szabad elfelejtkeznünk ezen szolgáltatásokat kínáló piacok jellemzőiről. Az ilyen piacok termékeit és szolgáltatásait csak maga a termék használója veheti meg. Nem mehet el helyette más és viheti el neki ezeket, mint a gyógyszerek esetében, ahol bárki – családtag, rokon, barát, szomszéd, ismerős –megveheti számunkra a terméket. Itt is, mint minden más szolgáltatás esetében is érvényesülnek a HIPI-elvben (Zeithalm – Parasuraman – Berry, 1985) megfogalmazott jellegzetességek, a

- Változékonyság (heterogeneity)
- Nem fizikai természet (intangibility)
- Nem tárolható jelleg (perishability)
- Elválaszthatatlanság (inseparability).

Ezek közül korábban az utóbbira hivatkoztam, vagyis arra, hogy a szolgáltatás nyújtása és igénybevétele, vagyis a fogyasztása és termelése, térben és időben elválaszthatatlan egymástól. (Veres, 1998)

Most áttérek azon termékek összegyűjtésére, melyek megszerzésének, használatának elsődleges célja nem az egészség megóvása vagy helyreállítása, viszont ha az adott termékek kiválasztásánál és használatánál erre is figyelünk, akkor nagy mértékben hozzájárulhatnak ezen célok eléréséhez. Egészség szempontjából ezeket a piacokat összefoglalóan egészséget pozitívan befolyásoló piacoknak nevezem. Mivel nincs egy közös rendező elv mely alapján ezt egységes piacnak tekinthetném, ezért nem is foglalkozom az elnevezéssel és definiálással, mert nem lenne értelme. Nézzük inkább az idetartozó piacokat. Ezeket mutatja a 12. ábra.

12. ábra: Az egészséget pozitívan befolyásoló piacok összefoglalása



Forrás: Saját szerkesztés

Elsőként a herbáriumok piacát vizsgálom mivel ezeknek a hatása a legközvetlenebb az egészségre és az igénybevételük elsődleges motivációja is az egészséggel kapcsolatos. Azért tartom szükségesnek a herbáriumok, vagyis a gyógynövényekből, természetes alapanyagokból készült termékek – innen kapta a nevét is a piac – külön piacként való kezelését, mert egy markáns fogyasztói csoportja van kialakulóban – és egyre bővül a köre – ezeknek a termékeknek. Ezek a fogyasztók figyelnek arra, hogy minél kevesebb szintetikus anyagot juttassanak a szervezetükbe. Ők a bioélelmiszerek elsődleges fogyasztói is. A csoport másik része csak a gyógyszerek esetében koncentrálna arra, hogy szintetikus molekulákat ne, vagy csak minél korlátozottabb mértékben juttasson a szervezetébe. De gyógyszervásárlási és fogyasztási szempontból az igényei mindkét csoportnak azonosak. Ez alapján a herbáriumpiacot a következőképpen definiálom:

- ❖ A **herbáriumpiac** nem más, mint azon potenciális fogyasztók összessége, akik saját vagy valamely hozzátartozójuk egészségét szeretnék helyreállítani valamilyen gyógyhatású készítmény alkalmazásával, de csak természetes alapanyagok felhasználásával készült terméket hajlandók a szervezetükbe juttatni és ennek megszerzése érdekében hajlandók és képesek is ezen a piacon csereügyletekbe bonyolódni.

A másik három piac esetében a használat motivációja elsődlegesen nem az egészségre gyakorolt hatás, vagy legalábbis nem csak az. Éppen ezért nem is definiálom ezen piacokat, mert úgy érzem nem feladatom ezen dolgozat keretei között.

Csupán felsorolom őket és megállapítom, hogy az egészség szempontjából igen lényeges mind a megfelelő élelmiszerek megválasztása, mind a kellő mértékű és megfelelő testmozgás

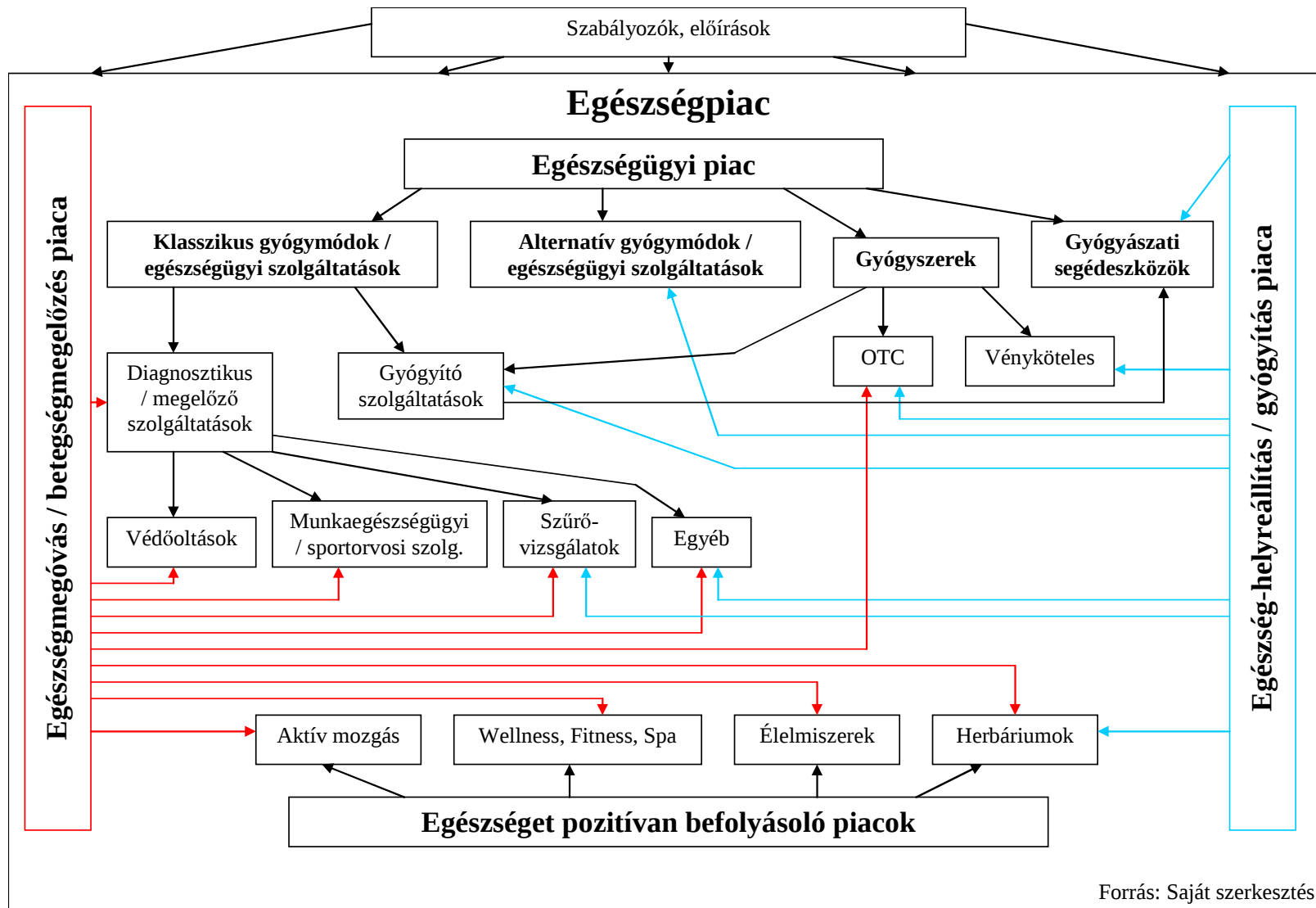
végzése. Az előbbi termékek az élelmiszerpiacról, míg utóbbiak a wellness, fitness, spa vagy az aktív mozgás és sport piacáról is származhatnak.

Mivel ezen piacok termékei vizsgálatom, vagyis marketing és értékesítési szempontból homogénnek tekinthetők, így a piacok meghatározásának és elnevezésének a végére értem. Ezzel kapcsolatos tézisem:

T1: Azon piacokat, ahol az egészség megóvására és helyreállítására alkalmas termékeket és szolgáltatásokat kínálnak egészségpiacnak nevezem. Ezen piac részpiacainak csoportosítása és elnevezése az Egészségpiac multilaterális modelljében látható módon lehetséges kínálati és keresleti oldalról.

A piac áttekintése után nézzük meg az itt elképzelhető és megjelenő marketingaktivitásokat.

13. ábra: Az egészségpiac multilaterális modellje



5. Marketing az egészségpiacon

Miután áttekintettem az egészségpiac felosztását, megvizsgálom, hogy mely piacon hogyan jelenik meg a marketing aktivitás és milyen jellegű.

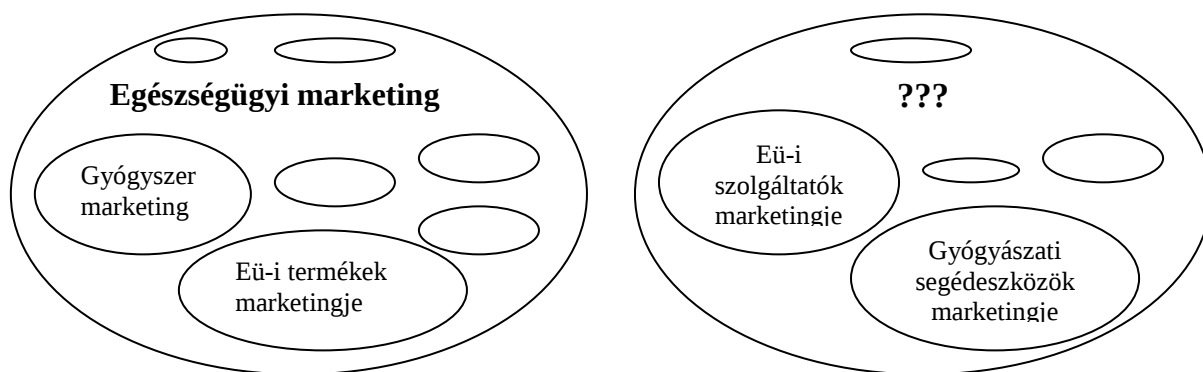
Egyre többet halljuk Magyarországon is az egészségügyi és marketing fogalmakat együtt emlegetni. Egyre többen foglalkoznak marketinggel, PR-rel és reklámmal az egészségügyben is. A fogalomhasználattal kapcsolatban arra a megállapításra jutottam, hogy mindenki a saját szűkebb szakterületére vonatkozóan tett legfeljebb kísérletet fogalmak definiálására. Miután az előző fejezetben meghatároztam azon piacokat, ahol az egészséggel kapcsolatos termékekhez juthatnak hozzá a fogyasztók, erre alapozva definiálom az egyes piacokon megjelenő marketingaktivitásokat, illetve meghatározom ezek egymáshoz való viszonyát.

P.Kotler, R. Clarke: Marketing for Health Care Organizations,(1987) című könyvében azt írja, „a marketing egy szervezet piacaival és a közvéleménnyel folytatott cserekapcsolatainak a hatékony menedzsmentje. Az egészségügyi szervezeteknek számos piaca van, mint: páciensek, orvosok, szabályozók, alternatív közvetítő rendszerek (mint HMO-k és PPO-k), munkaadók, stb.” Még egy hasonló meghatározás, mely szerint „Az egészségügyi marketing menedzsment a célpiaci szükségletek és igények megértésének folyamata.”(Cooper, 1994. p.8.) Ez is egy alap marketing definíció, ami nem is meglepő, hiszen az egészségpiac vagy az egészségügy esetében a marketing egy alkalmazásával találkozunk. Az egészségügyi marketing (health care marketing) az 1970-es évek elején jelent meg. 1975-ben az Illinois állambeli Evaston kórháza volt az egyik első, aki marketinges pozíciót hozott létre. Tehát innentől számolhatjuk az egészségügyi marketing fejlődését. Ahogy már írtam az egészségügyi marketinggel foglalkozó szakirodalom jelentős része valamelyik alap marketing definícióból indul ki, míg mások esetleg szolgáltatásmarketing alapokra építkeznek. A www.indiana.edu honlap Healthcare Convention & Exhibitors Association (HCEA) Research Grant Programot bemutató oldalon találkoztam egy olyan definícióval, mely egy kicsit másként közelít. Ez a meghatározás a következőképpen fogalmaz: „Egészségügyi marketing – Az egészségügyi termékek marketingje. (pl.: gyógyszerek, orvosi eszközök /berendezések /ellátás, egészségügyi szolgáltatások) Tartalmazza a gyógyszermarketinget, viszont nem tartalmazza a kórházak és egyéb egészségügyi felszerelés vagy egészségügyi ellátó marketingjét.”

Ezen megfogalmazás szerint az egészségügyi marketing egy gyűjtőfogalom, melybe beletartozik a gyógyszermarketing és az egészség(ügyi)termékek és szolgáltatások

marketingje. Viszont nem tartozik bele az egészségügyi szolgáltatók marketingaktivitása és a gyógyászati segédeszközök marketingje. Ezt a felfogást szemlélteti az 14. ábra. Arról azonban nem szabad elfeledkeznünk, hogy mindez az amerikai egészségügyi rendszerrel kapcsolatban került megfogalmazásra, mely jelentősen eltér a magyar gyakorlattól.

14. ábra: Egészségügyi marketing a HCEA kutatási program szerint



Forrás: Saját szerkesztés HCEA alapján

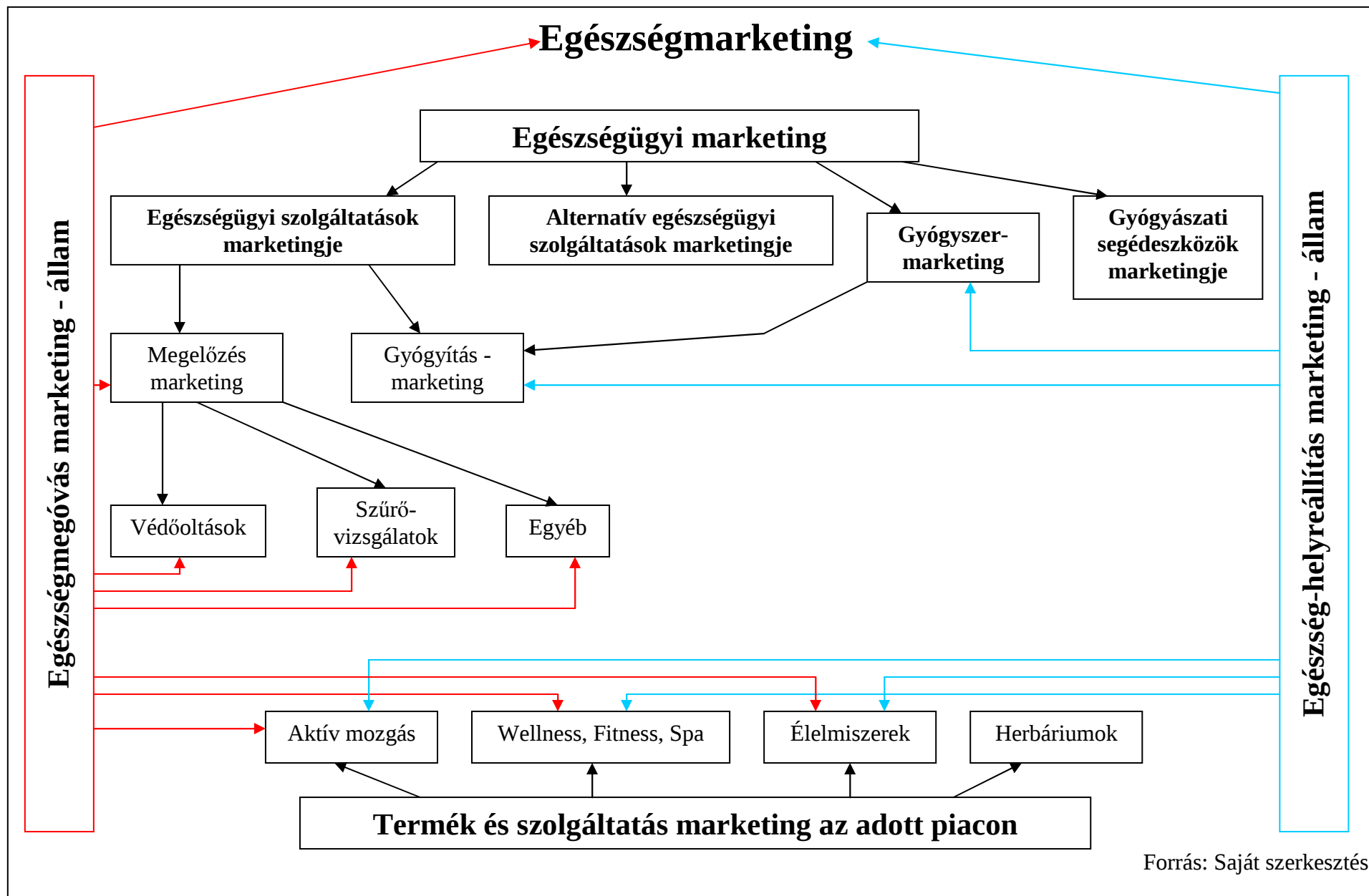
Viszont felmerül a kérdés, hogy nevezzük ebben az esetben a másik csoportot. (Ezt jelölik a kérdőjelek a 14. ábrán.) Másrészt ez a csoportosítás nem felel meg a magyar fogalomhasználatnak sem. Ugyanis, ha magyarul egészségügyről beszélünk, abba mindenképpen beleértjük az egészségügyi szolgáltatókat, sőt a gyógyászati segédeszközöket is, a gyógyszereken és egészségügyi termékeken kívül. Ez mutat némi párhuzamot a piac felosztásával. Viszont ha a program felosztását ötvözni próbálom a magyar fogalomhasználattal, akkor a 14. ábrán nevesített négy terület mind az egészségügyi marketing fogalomkörébe tartozik. Ez is azt sugallja, amit a piac felosztásánál is feltüntettem, hogy az egészségügyi marketing egy gyűjtőfogalom, viszont nem az egész piac marketingaktivitásainak összefoglalója, hanem csak egy részéé. Ezt támasztja alá a 14. ábra másik csoportja, melyet a modell nem nevez el, viszont rámutat, hogy van a marketingaktivitásoknak egy másik csoportja, ugyanúgy, mint a piacoknak is az egészségügyi piacon kívül. Amint ezt a piacok felosztásánál is bemutattam, ez a csoport azon piacokon megjelenő marketingaktivitásait foglalja magába, ahol a termékeket elsődlegesen nem az egészségre gyakorolt hatásuk miatt keressük. Vagyis itt ezen termékek és szolgáltatások értékesítését támogató marketingaktivitásokról van szó. Azt gondolom, hogy egyértelmű, hogy ha két csoportot sikerült azonosítanom, akkor kell, hogy legyen egy összefoglalója a két

csoportnak. Megint csak a piacok felosztására utalnék. Amint ott az egészségpiac volt az összpiac elnevezése, nyilvánvalóan a marketingaktivitások tekintetében is az egészség, vagyis az egészségmarketing a különböző piacokon megjelenő marketingtevékenységek összefoglalója. Hiszen a marketingaktivitás ott kell, hogy megjelenjen ahol a piac található.

Az egészségmarketing a másik szempont szerint is felosztható azzal párhuzamos módon, ahogy a piacokat is felosztottam. Itt is a keresleti oldalról történhet ez a másik megközelítés. Vagyis olyan marketingaktivitások jelennek itt meg melyek célja az egészség megővését és helyreállítását célzó igény és ezen keresztül a kereslet kialakítása és fenntartása. Vagyis ebből a nézőpontból az egészségmarketing egészségmegővés és egészség-helyreállítás marketingre osztható. Ez a kétirányú csoportosítás látható a 15. ábrán. Ami az ábrán nem látható, de azt gondolom egy mondatot érdemes szentelni rá, a kormányzat által kifejtett marketingaktivitás a gyógyszeresedés visszaszorítására. Mondhatjuk, hogy ez a marketing egy antimarketing, mely a gyógyszermarketing hatását igyekszik gyengíteni, vagyis a visszafogottabb gyógyszervásárlásra, a biztonsági készletek szintjének csökkentésére ösztönzi a lakosságot.

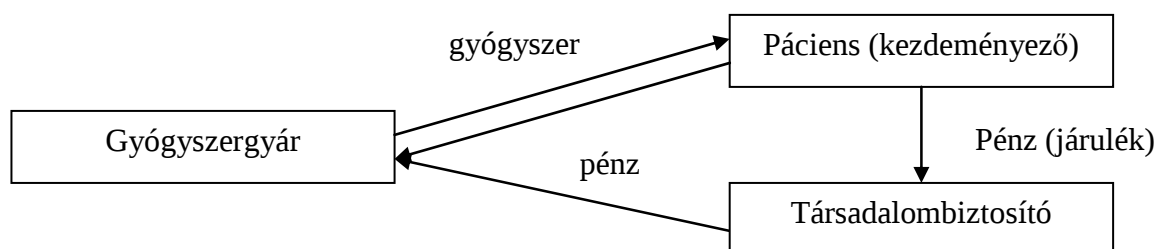
A kínálati oldalt támogató marketingaktivitások elkülönítésének magyarázata az egyes piacokon megvalósuló csere közötti különbségben keresendő. Ezért áttekintem milyen cserefolyamatok zajlanak az egyes piacokon. Elsőként a gyógyszerpiacot vizsgálom, ahol pénzt cserélünk gyógyszerre. Azonban a gyógyszer ellenértékét sok esetben részben a Tb fizeti. A folyamat kezdeményezője pedig a páciens. Ezt mutatja a 16. ábra. Egy másik ezen a piacon speciálisan megjelenő szerep a döntéshozó, mert ezen a piacon jellemzően az orvos tölti be ezt a szerepet, míg a felhasználó a kezdeményező szerepet is betöltő páciens. A csere oldaláról azért érdemes vizsgálni, mert ahogy Mises mondja, minden emberi cselekvés választást, azaz cserét jelent. Ezt pedig az motiválja, hogy elégedetlenek vagyunk a fennálló helyzettel s tudjuk, hogy képesek vagyunk azt megváltoztatni. (Mises, 1940)

15. ábra: Az egészségpiaci marketingaktivitások bilaterális modellje



Forrás: Saját szerkesztés

16. ábra: Csere a gyógyszerpiacon

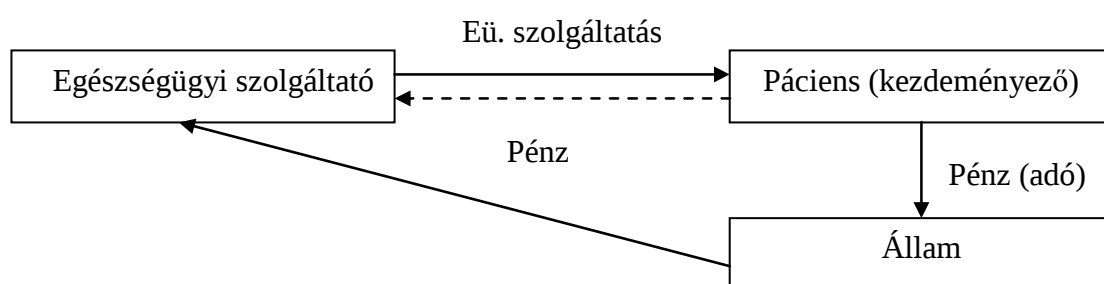


Forrás: Saját szerkesztés

A gyógyászati segédeszközök piacán a csere ugyanúgy zajlik, mint a gyógyszerpiacon, csak itt a gyógyászati segédeszközgyártók adják el a terméket (gyógyászati segédeszközt), melyért pénz kapnak. Ezt teljesen vagy részben a Tb fizeti, de vannak olyan termékek is, melyekért teljes egészében a páciens fizet.

Az egészségügyi szolgáltatások piacán pénzt cserélünk egészségügyi szolgáltatásra, viszont a pénzt itt nem közvetlenül (legalábbis nem minden esetben) az igénybevevő fizeti, hanem az állam. Igaz a potenciális páciensek által befizetett adókból, ahogy ezt a 17. ábra mutatja. Bár egyes szolgáltatások vagy termékek (pl. védőoltások) esetében a páciens fizet a termékért. Előfordulhat az is, hogy adott termékért bizonyos fogyasztói csoport fizet, míg másik csak részben, vagy egyáltalán nem.

17. ábra: Csere az egészségügyi szolgáltatások piacán

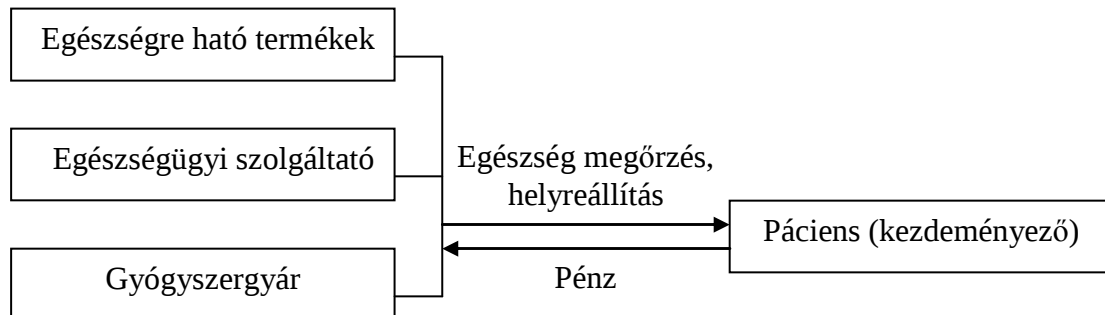


Forrás: Saját szerkesztés

Az alternatív egészségügyi szolgáltatások piacán a csere ugyanúgy zajlik, mint a fogyasztási cikkek esetében csak a termék más. Vagyis ezen a piacon is úgy történik, mint az egészséget pozitívan befolyásoló termékek piacán, ahol a termék előállítója, illetve a szolgáltatás nyújtója a fogyasztónak átadott termékért vagy szolgáltatásért cserébe pénzt kap a fogyasztótól.

Összegezve az egészségpiacon végbemenő cserét, az a 18. ábrán szemléltetett módon alakul.

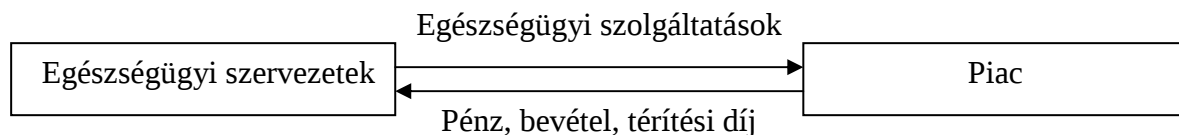
18. ábra: Csere az egészségpiacon



Forrás: Saját szerkesztés

A fenti gondolatmenet helyességét látom igazolva azáltal, hogy Kotler (1987, p.8) is hasonló módon szemlélteti és értelmezi az egészségpiaci cserét cash and carry modelljében, mely az alábbi 19. ábrán látható.

19. ábra: Az egészségpiaci csere cash and carry modellje



Forrás: P. Kotler: Marketing for health care organizations, 1987, p. 8.

A cserefolyamatok közti különbségek áttekintése után a feladatom már csak az, hogy definiáljam is a piacokon megjelenő marketingaktivitásokat. Kezdem az összpiacon, vagyis az egészségpiaci marketinggel. A korábban elmondottak alapján ezt a következőképpen határozom meg.

- ❖ **Egészségmarketing (marketing on the health market):** A tervezésnek és a végrehajtásnak az a folyamata, melynek során az egészségre hatással lévő elképzelések, áruk és szolgáltatások teremtése, árazása, ösztönzése és elosztása megy végbe annak érdekében, hogy a cserén keresztül megvalósuljanak az egyéni és szervezeti célok. *[AMA nyomán saját szerkesztés]*

Ide tartoznak tehát mindazon marketingaktivitások, melyeket az egészségpiacon megjelenő és tevékenykedő cégek és az állam, vagy valamely szakmai csoport a potenciális fogyasztókra kifejtenek.

Az összpiaci marketingaktivitások után áttérek a részpiacokon megjelenő marketingtevékenységek meghatározására. Elsőként keresleti oldalról közelítve, az egészségmegóvás és egészség-helyreállítás piacának marketingaktivitását vizsgálom. Az előbbi egészségmegóvás marketingnek nevezem és az alábbi módon definiálom.

- ❖ **Egészségmegóvás marketing (Health conservancy marketing):** A tervezésnek és a végrehajtásnak az a folyamata, melynek során az egészség megóvását szolgáló elképzelések, áruk és szolgáltatások teremtése, árazása, ösztönzése és elosztása megy végbe annak érdekében, hogy a cserén keresztül megvalósuljanak az egyéni és szervezeti célok. *[AMA nyomán saját szerkesztés]*

A másik részpiac a gyógyítás vagy egészség-helyreállítás és az itt megjelenő marketingaktivitásokat összefoglalóan egészség-helyreállítás marketingnek nevezem, és a következőképpen határozom meg. Ezeket az aktivitásokat elsősorban az állam fejti ki, vagy legalábbis neki kellene megtennie.

- ❖ **Egészség-helyreállítás marketing (Health rebuilding marketing):** A tervezésnek és a végrehajtásnak az a folyamata, melynek során az egészség helyreállítását szolgáló elképzelések, áruk és szolgáltatások teremtése, árazása, ösztönzése és elosztása megy végbe annak érdekében, hogy a cserén keresztül megvalósuljanak az egyéni és szervezeti célok. *[AMA nyomán saját szerkesztés]*

Áttérve a kínálati oldalra elsőként az egészségügyi piacon megjelenő marketingaktivitásokat definiálom. Az egészségügyi szakmai terminus technikáját használva nevezem egészségügyinek az itt megjelenő marketingaktivitásokat, mint összefoglalóját azoknak a folyamatoknak, melyek az egészségünkre közvetlenül hatással lévő termékek, szolgáltatások értékesítését támogatják. Ez alapján az egészségügyi marketinget a következőképpen definiálom.

- ❖ **Egészségügyi marketing (Health care marketing):** A tervezésnek és a végrehajtásnak az a folyamata, melynek során az egészségünkre közvetlen hatással lévő elképzelések, áruk és szolgáltatások teremtése, árazása, ösztönzése és elosztása megy végbe annak érdekében, hogy a cserén keresztül megvalósuljanak az egyéni és szervezeti célok. *[AMA nyomán saját szerkesztés]*

Ezt követően pedig az egészségügyi piac részpiacain megjelenő marketingaktivitások elemzését végzem el, kezdve a gyógyszerpiacon megjelenő marketingaktivitásokkal.

Ezeket a gyógyszergyártók, valamint a nagy- és kiskereskedők fejtik ki és gyógyszeripari, röviden gyógyszermarketingnek nevezem és az alábbi módon határozom meg.

- ❖ **Gyógyszermarketing (Pharmaceutical marketing):** A tervezésnek és a végrehajtásnak az a folyamata, melynek során gyógyszeripari termékek teremtése, árazása, ösztönzése és elosztása megy végbe annak érdekében, hogy a cserén keresztül megvalósuljanak az egyéni és szervezeti célok. *[AMA nyomán saját szerkesztés]*

A gyógyszermarketingen belül különbséget kell tenni a vényköteles és az OTC termékek között. Mégpedig azért, mert a vényköteles gyógyszerek nem reklámozhatók a páciensek, csak a szakmai közönség felé. A vásárlási szerepek tekintetében, így a döntéshozó az orvos. Az OTC termékek értékesítése, kommunikációja gyakorlatilag olyan, mint bármely más fogyasztási cikk esetében.

Az egészségügy piacának másik része a hagyományos egészségügyi szolgáltatások piaca. Az itt érzékelhető marketingtevékenységet egészségügyi marketingnek nevezem. A definíciója az én felfogásom szerint pedig a következő.

- ❖ **Egészségügyi szolgáltatások marketingje (Health rebuilding-service marketing):** A tervezésnek és a végrehajtásnak az a folyamata, melynek során az egészségügyi intézmények és szolgáltatók által nyújtott elképzelések, áruk és szolgáltatások teremtése, árazása, ösztönzése és elosztása megy végbe annak érdekében, hogy a cserén keresztül megvalósuljanak az egyéni és szervezeti célok. *[AMA nyomán saját szerkesztés]*

Az egészségügyi marketinggel szemben az alternatív gyógymódok esetében ugyanolyan marketing mix alkalmazható, mint bármely más, általános szolgáltatás esetében. Hasonló a helyzet a gyógyászati segédeszközök esetében is, itt azonban a fogyasztói magatartást jelentősen befolyásolhatja egyrészt az a tény, hogy az orvos, mint befolyásoló igen jelentős szerepet játszik a döntésben, másrészt, pedig az, hogy egyes termékeknél igen jelentős az ártámogatás mértéke. Összességében azonban mindkét piacon hagyományos kereskedelmi marketinggel találkozhatunk.

Az egészségügyi szolgáltatások marketingjét azért két részre osztom, mert a prevenció marketingjében hagyományos kommunikációs eszközök is alkalmazhatók, míg a gyógyítás marketingben leginkább a paciensek közötti szájról szájra reklám érvényesül. Ennek a jelentősége azonban legalább akkora, mint a klasszikus marketing eszközöké. A prevenció vonatkozásában két területnek van kiemelt szerepe az egészségügyi szolgáltatások közül. Ezek pedig a védőoltások és a szűrővizsgálatok, illetve az igénybevételüket támogató marketingaktivitások. Ezen marketingtevékenységek jellegüket tekintve közösségi jellegűek, mivel nem egy konkrét szolgáltató, valamely szolgáltatására, hanem magára az igénybevétel lehetőségére, szükségességére hívják fel a figyelmet.

A védőoltások esetében nem csak a megelőzés és egészségügyi szolgáltatások között van kapcsolat, hanem a gyógyszerpiaccal is. Ennek ábrázolása túl bonyolulttá tette volna az ábrát, ezért tekintettem el tőle.

Ezzel az egészségpiac valamennyi részpiacán megjelenő marketing aktivitást meghatároztam. Az ezek kapcsán létrehozott kapcsolati rendszer, amit a 15. ábra mutat, ugyanazt a felosztást eredményezte, mint amit a piacok vonatkozásában megalkottam. Ennek alapján helyesnek fogadom el, ezt az eredményt. Ezzel kapcsolatos tézisem a következő.

T2: Az egészségpiacon megjelenő marketingaktivitásokat összefoglalóan egészségmarketingnek nevezem. Keresleti szempontból egészségmegóvás és egészség-helyreállítás marketingre osztom.

Kínálati oldalról a klasszikus fogyasztási cikk és szolgáltatás marketing mellett megjelenik a gyógyászati segédeszközök, gyógyszer-, alternatív egészségügyi szolgáltatások és hagyományos egészségügyi szolgáltatások marketingje. Utóbbit gyógyítás és megelőzés marketingre osztom. Ezt a felosztást foglalja össze az egészségpiaci marketingaktivitások bilaterális modellje.

Ezek után az a kérdés vetődik fel bennem, hogy az egészségpiac mely területére kellene nagyobb hangsúly helyezni marketing szempontból. Nyilván mindenki azonnal rávágja, hogy a megelőzésre, hiszen így sok kellemetlenségtől megszabadul a beteg is. Ez igaz szociális és társadalmi szempontból. Viszont engem az érdekel, hogy gazdasági oldalról mi a helyzet. Össztársadalmi szinten melyik terület előtérbe helyezése és marketing valamint marketingkommunikációs támogatása eredményez nagyobb hasznosságot, illetve alacsonyabb költségszintet. Ennek eldöntéséhez a megelőzés és gyógyítás költségeinek elemzését végzem el a következő fejezetben.

6. Az egészség és a betegség költségei

Ebben a fejezetben azt vizsgálom, hogy milyen költségvonzatai vannak a betegségek megelőzésének, vagyis az egészségtudatos életmódnak, illetve ha valaki mégis megbetegedett, akkor milyen költségvonzatai vannak a szükséges kezeléseknek.

Ahhoz, hogy a költségeket meghatározzam, előbb azt kell áttekintennem, hogy melyek azok a termékek és szolgáltatások, amelyekért pénzt adnak a fogyasztók az egészség, vagy a gyógyulás érdekében.

Ehhez hívom segítségül a korábban felvázolt piaci struktúrát. Ez alapján vizsgálom az ezeken a piacokon beszerezhető termékeket és szolgáltatásokat.

Elsőként azt gyűjtöm össze, hogy milyen termékeket veszünk meg, illetve milyen szolgáltatásokat veszünk igénybe az egészségpiacon. Ezt foglalja össze az alábbi 3. táblázat.

3. táblázat: Az egészségpiac és termékei

PIAC	TERMÉK, SZOLGÁLTATÁS
Élelmiszerpiac	Enni és innivaló
Aktív mozgás és sportpiac	Sportszerek, sportolási lehetőségek
Szűrővizsgálati piac	Szűrővizsgálatok
Herbárium piac	Gyógyhatású készítmények
OTC piac	Gyógyszerek (recept nélkül)
Vényköteles gyógyszerek piaca	Gyógyszerek
Hagyományos gyógymódok piaca	Kórházi (jellegű) kezelések, szállodai szolgáltatások
Alternatív gyógymódok piaca	Természetgyógyászati kezelések
Gyógyászati segédeszközök piaca	Gyógyászati segédeszközök

Forrás: Saját szerkesztés

Az egészségmegővást segítő termékekre fordított összegek általánosságban is értelmezhetők, viszont, a szűrővizsgálatok költsége, illetve az egészség-helyreállítás költségei már csak egy konkrét betegség esetében határozhatók meg pontosan és számszerűen. Ezért annak érdekében, hogy tényleges számításokat tudjak végezni annak meghatározására, hogy a megelőzés, vagy a gyógyítás költségei alacsonyabbak, kiválasztok egy betegséget és ennek

példáján vizsgálom a felmerülő költségeket. A célom ezzel az, hogy meghatározzam, melyikre kellene a hangsúlyt fektetni hasznosság szempontjából és melyik igénybevételére kellene sarkallni az embereket. Nyilvánvalóan, amelyik kevesebbe kerül, társadalmi és egyéni hasznosság tekintetében annak a használatát szükséges marketing eszközökkel is ösztönözni. Hiszen ahogy Marshall A. is hangoztatja a Principles of Economics című könyvében, (London,1930) „az a mód, ahogy az egyének jövedelmüket elköltik, fontos a társadalmi jólét szempontjából.” (Mátyás, 1993. p. 62) Azonban ahogy Földes mondja a Társadalomgazdaságtan című könyvében „...Egyoldalúság a hasznosságot egyedüli értéktényezőnek tekinteni.” Ezért a későbbiekben egyéb tényezőket is vizsgállok.

A konkrét betegség kiválasztásánál először a méhnyakrákra gondoltam, mivel ez egy az életet is veszélyeztető betegség, mely ráadásul az első olyan daganatos elváltozás melyre létezik 2006 óta védőoltás. Azonban elvettem ezt az elgondolást, mivel ennek a betegségnek a kialakulására, megelőzésére gyakorlatilag nincs hatással az életmód. Ezért úgy döntöttem, hogy egy lényegesen egyszerűbb és az életvitellel jobban befolyásolható betegséget, az influenzát választom vizsgálódásom tárgyául. Végül arra jutottam, hogy mindkét példát bemutatom, mivel más jellegű a két eset, ezért jól kiegészítik egymást.

Ezt megelőzően a költségek általános meghatározását ismertetem, majd a fejezet végén konkretizálom a költségeket a rögzített két betegség esetében. A jobb áttekinthetőség érdekében ezt megpróbálom táblázatos formában összefoglalni. Ahhoz, hogy a költségeket meg tudjam határozni, először arról kell döntenem, hogy milyen, illetve kinek az aspektusából végzem ezt a vizsgálatot. Mivel az egészségügyi kiadások jelentős részét nem a páciens fizeti, ezért először arra teszek kísérletet, hogy össztársadalmi szinten gyűjtsem össze és vizsgáljam a költségeket.

6.1. Élelmiszerpiac – Enni és innivaló

Rögtön egy nehéz kérdéssel kerültem szembe, hiszen meglehetősen komplikált annak a meghatározása, hogy az élelmiszerekre fordított kiadások mekkora részét fordítjuk az egészségünk megóvására, vagyis mekkora az az összeg, ami az egészség megóvását, vagy helyreállítását, esetleg a további romlás megelőzését teszi lehetővé. A kérdés megválaszolását egy kicsit elodázva, először összegyűjtöttem az általános és elérhető statisztikai adatokat. Ez látható az alábbi 4. táblázatban.

4. táblázat: Kiskereskedelmi forgalom 2007-ben

11. Kiskereskedelmi forgalom

Megnevezés	2007. jan–dec., folyó áron (millió forint)	Az előző év azonos időszaka = 100,0		
		2006. év	2007.	
			dec.	jan–dec.
Élelmiszer- és élelmiszer jellegű vegyes kiskereskedelem	3 071 869	105,0	98,0	98,7
Ebből:				
élelmiszer jellegű vegyes kiskereskedelem	2 813 550	105,2	98,2	99,0
élelmiszer-, ital-, dohányáru-kiskereskedelem	258 319	102,3	95,7	94,8
Nem élelmiszertermék	3 098 131	103,3	94,3	95,4
Ebből:				
iparcikk jellegű vegyes kiskereskedelem	290 015	103,9	89,1	91,0
textil-, ruházati és lábbeli-kiskereskedelem	397 201	107,7	99,5	98,8
bútor-, háztartáscikk-, építőanyag-kiskereskedelem	1 269 549	102,3	92,1	94,3
könyv-, újság-, papíráru- és egyébiparcikk-kiskereskedelem	683 240	97,9	93,4	92,7
gyógyszer-, gyógyászatitermék-, illatszer-kiskereskedelem	392 136	112,6	100,6	103,6
Kiskereskedelem összesen	6 170 000	104,1	96,0	97,0
Gépjármű- és járműalkatrész-kiskereskedelem	1 194 486	100,1	95,4	94,3
Üzemanyag-kiskereskedelem	1 101 915	108,6	100,9	103,7
Gépjármű-, járműalkatrész- és üzemanyag-kiskereskedelem	2 296 401	103,7	97,7	98,7

Forrás: KSH (www.ksh.hu letöltve 2008.04.08.)

Eszerint 2007-ban állami szinten 3071,869 Milliárd Ft-t költöttünk élelmiszerekre és élelmiszer jellegű termékekre.

Ahhoz, hogy meg tudjam határozni mekkora összeg szolgálja ebből az egészséges táplálkozást, további adatok összegyűjtése szükséges.

Elsőként a megélhetéshez különböző szinten szükséges kiadások vizsgálatával próbálok közelebb jutni az egészségtudatos táplálkozáshoz elengedhetetlen kiadások meghatározásához. Ezeket mutatja az alábbi 5. táblázat.

5. táblázat: A megélhetéshez szükséges egy főre jutó költségek

A különböző szintű megélhetéshez szükséges egy főre jutó havi összeg a háztartások véleménye szerint				
Szint	2000	2001	2002	2003
Nagyon szűkös, ezer forint	23	27	30	34
Átlagos, ezer forint	44	50	57	63
Nagyon jó, ezer forint	100	114	127	145
A nagyon szűkös az átlagos százalékában	53	53	53	54
A nagyon jó a nagyon szűkös százalékában	426	424	418	432
Létminimum, ezer forint	26	31	34	..

3 A KSH évente közzé teszi a háztartási költségvetési felvétel alapján számított létminimumot. Ez az összeg, amely lehetővé teszi társadalmilag még elfogadható szinten az alapvető szükségletek kielégítését. A létminimum egy főre jutó összege 2002-ben átlagosan 33 900 Ft volt.

4 A háztartási költségvetési felvétel mintája megújult, az adatok a korábbi évekkkel korlátozottan összehasonlíthatók.

Forrás: KSH (www.ksh.hu letöltve 2008.04.08.)

6.1.1. Megélhetési költségek

Ahogy a fenti 5. táblázatban is olvasható, a háztartások véleménye szerint 2003-ban (Azért nem frissebb adatokat használok, mert nem elérhető ennél aktuálisabb információ.) az átlagos életszínvonalhoz havonta egy főre számolva mintegy 63 ezer forint, a nagyon jóhoz 145 ezer forint szükséges. A legszegényebben élő háztartások (a népesség alsó tíz százaléka) a nagyon szűkös megélhetési szintet a saját jövedelmükhöz hasonlóra becsülték. Ez az ún. szubjektív minimum évről évre jól közelíti a KSH által számított normatív létminimumértéket. Az átlagos és nagyon jó életszínvonalhoz szükséges összeg különbsége 82 ezer forint. Nyilván ezt az összeget nem az egészséges táplálkozásra költik a magasabb életszínvonalon élők. Sőt az én hipotézisem szerint a nagyobb összegből gazdálkodók sokkal több egészségtelen dolgot vásárolnak és fogyasztanak. Az átlagos és nagyon szűkös életszínvonalat biztosító összegek különbsége 29 ezer forint. Ebben az esetben valószínűleg növekszik a zöldségek, gyümölcsök fogyasztása, bár biztosan az édességeké is, de azt gondolom, hogy több egészséges élelmiszer beszerzésére kerül sor ezen két réteg között, mint az előző kettő esetében. Ennek vizsgálatára megnézem az egyes élelmiszerek fogyasztását.

6.1.2. Fogyasztás, élelmiszer-fogyasztás

A háztartásban fogyasztott élelmiszer-kiadás egy főre 2006-ban 141,2 ezer forintot tett ki, ez a 2000. évihez mérten 4,5%-os volumencsökkenést jelentett. A háztartásban fogyasztott élelmiszerek előző évhez mért 2,6%-os reálérték-csökkenése beleillik a 2003-tól tartó trendbe. A megélhetési költségek több mint 60%-át az élelmezési, lakásfenntartási és a közlekedési

kiadások tették ki. A létfenntartási kiadásokból az élelmiszerre fordított hányad Magyarországon meghaladta az unió átlagát. Ez látható a 6. táblázatban.

6. táblázat: A háztartásban fogyasztott élelmiszerek és alkoholmentes italok egy főre jutó évi kiadásai 2000–2006

Megnevezés	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Folyó áron, Ft							
01.1 Élelmiszerek	102 828	124 367	132 189	130 320	133 958	132 744	141 235
01.1.1 Cereáliák	15 725	19 137	20 835	20 656	22 710	21 383	22 184
01.1.2 Húsfélék	34 464	43 621	44 068	40 002	41 419	43 674	45 967
01.1.3 Hal	780	970	1 058	1 336	1 400	1 425	1 551
01.1.4 Tej sajt, tojás	18 132	21 342	23 202	23 517	24 325	23 772	24 807
01.1.5 Olaj és zsiradék	5 809	6 667	7 335	6 566	6 711	6 614	6 938
01.1.6 Gyümölcs	6 941	7 822	8 540	9 138	8 649	8 326	9 384
01.1.7 Zöldség és burgonya	11 304	13 040	14 531	15 616	14 692	13 570	15 907
01.1.8 Édességek	6 344	7 674	8 155	8 769	9 271	9 174	9 411
01.1.9 Máshova nem sorolt élelmiszerek	3 329	4 094	4 465	4 720	4 782	4 808	5 086
01.2 Alkoholmentes italok	8 695	10 248	11 487	12 654	12 820	12 486	13 327
01.2.1 Kávé, tea, kakaó	3 872	4 652	4 774	4 827	4 823	4 703	4 853
01.2.2 Ásványvíz, üdítőitalok, ivólé	4 823	5 596	6 713	7 828	7 997	7 783	8 474

Forrás: KSH (www.ksh.hu letöltve 2008.04.08.)

Az élelmiszer-fogyasztás alakulásában az utóbbi években a jövedelem emelkedésével együtt jelentős szerepe volt az élelmiszerárak változásának. Az élelmiszerárak – a 2001. évet kivéve – kevésbé, vagy a fogyasztói árakkal azonos mértékben nőttek, amely nyomon követhető a fogyasztás naturális mutatóiban. Ezt a 7. táblázat mutatja. Az élelmiszer-kiadásokon belül módosult a belső termékszerkezet. A fogyasztási szokások némileg elmozdultak az egészségesebb táplálkozás felé, ami az alacsonyabb zsír-, cukor- és cereália-fogyasztásban érhető tetten, emellett azonban a zöldség-, gyümölcs- és tejfogyasztás továbbra is alacsony. A háztartásokban fogyasztott élelmiszer-mennyiségek csökkenése összefügg a megnövekedett házon kívüli fogyasztással is, ez utóbbi összetétele azonban mikroszinten nem ismert.

Sok olyan információhoz, mely közelebb vitt volna a kérdés megválaszolásához, sajnos nem jutottam ezekből az adatokból. Ezért az ismertetett adatok alapján a két konkrét betegség esetében majd becsülni fogom ezeket a költségeket.

7. táblázat: Élelmiszerek egy főre jutó fogyasztása

A háztartásban fogyasztott havi egy főre jutó élelmiszer mennyiségek a HKF negyedéves adatai alapján, 2006–2007. I. félév

Megnevezés	2006				2007	
	I.	II.	III.	IV.	I.	II.
	negyedév					
Hús, hal és készítményeik	4,7	4,7	4,7	5,1	4,7	4,7
Tojás	12,2	13,9	13,0	12,4	12,3	13,0
Tej	5,0	4,8	5,1	4,9	4,7	4,8
Sajt és egyéb tejtermék	1,4	1,5	1,5	1,4	1,4	1,5
Zsíradékok	1,3	1,4	1,4	1,5	1,4	1,3
Kenyér	3,9	3,9	4,1	3,9	3,7	3,8
Péksütemény és egyéb cereáliák	2,1	2,0	3,6	3,6	3,5	3,4
Cereáliák összesen	5,9	5,9	7,7	7,5	7,2	7,2
Cukor	1,0	1,1	1,4	1,1	0,9	1,1
Burgonya	2,8	2,4	3,0	3,7	2,7	2,3
Friss zöldség	2,2	3,8	6,1	3,2	2,4	3,9
Tartósított zöldség	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2
Friss és tartósított zöldség	2,5	4,0	6,2	3,4	2,6	4,1
Friss gyümölcs	3,0	2,5	5,7	3,7	3,0	2,9
Tartósított gyümölcs	1,6	1,7	1,6	1,7	1,6	1,7
Friss és tartósított gyümölcs	4,5	4,2	7,3	5,4	4,6	4,6

Forrás: HKF, évközi adatok.

Forrás: KSH (www.ksh.hu letöltve 2008.04.08.)

Az élelmiszerpiac áttekintése után áttérünk az aktív mozgás és sportpiac költségeinek összegyűjtésére.

6.2. Aktív mozgás és sportpiac - Sportszerek, sportolási lehetőségek

6.2.1. Rekreációs sport

Az embereknek fontos az egészségük, tisztában vannak azzal, hogy a sport pozitív hatással van az egészségi állapotra, mégsem tesznek azért, hogy egészségük megőrzése érdekében sportoljanak. Elsődlegesen a szabadidő hiányra hivatkoznak, ugyanakkor a szabadidő eltöltésekor a sportolás nem élvez prioritásokat, szemben például az otthoni TV-nézéssel. A felnőtt népesség csupán 16%-a végez sporttevékenységet, ha azonban szűkebb értelemben vesszük a sportolást (min. heti 2 alkalom és min. fél óra alkalmanként), akkor a felnőtt népesség mindössze 9%-a sportol. A jelenleg nem sportolók 38%-a szeretne sportolni, mely egy 900 ezer fős mozgósítható, megerősítésre és lehetőségre váró potenciális sportolói réteget

jelent. A rekreációs sporttevékenységet végzők (szabadidő-sportolók) nagy része nem szervezett keretek között, hanem egyénileg, családban, valamint baráti társaságban, illetve létesítményhez nem kötötten, közterületen, a szabadban, valamint otthon a lakásban szokott sportolni. Jelenleg még a népesség alacsony százaléka képes megfizetni az utóbbi években fejlődésnek indult specializálódott szolgáltatók (pl. fitness terem, squash pálya) által nyújtott sportolási lehetőségeket.

6.2.2. A sportpiac mérete

Magyarországon 2002-ben 7306 sporttal foglalkozó vállalkozás létezett, az összes cég 2,4%-a. Számuk 1300-zal nőtt 1999 és 2002 között, ami a sportterület iránti érdeklődés növekedésére, illetve a Stv. hatására vezethető vissza. Ezen belül a nagy (50 millió forintnál nagyobb éves árbevételű) cégek száma számottevően, 67%-kal emelkedett, a kis (50 millió forintnál kisebb éves árbevételű) cégek száma 10%-kal csökkent. Mennyiségileg az egyéb sporttevékenységet folytatók és a kiskereskedők száma emelkedett leginkább.

A szektor árbevétele 350 milliárd forint volt, ami 110 milliárddal magasabb a négy évvel korábnál, s ez az inflációt, illetve az átlagos nemzetgazdasági növekedést meghaladó piacbővülésre utal. A sportbusiness tehát fellendülő időszakot tudhat maga mögött, ami a sportos életmód térhódításának megindulását feltételezi.

A legnagyobb fogyasztó a sportpiacon maga a lakosság, hisz a növekedés döntő tömegét adó sporteszköz- és kerékpár kiskereskedelmi forgalom 100 Mrd forintot kitevő felfutása jellemzően ebből a keresletből származik. A sportszektor méretét a sporteszköz-kerékpár kiskereskedelem határozza meg a maga 318 milliárd forintos árbevételével. Súlyában nála jóval kisebb a 17,6 milliárd forintot kitevő egyéb sporttevékenység, bár ez jelenti tartalmát tekintve az igazi élő sportot. E téren a növekedés üteme kíván figyelmet, mivel ennek mértéke 63% volt. (Ez részben törvényi szabályozás eredménye.) Kisebb súlyt jelent, de még dinamikusabb bevétel növekedést produkált a sportszergyártás és a létesítményműködtetés a maga 7,7 Mrd, illetve 7 Mrd Ft-os forgalmával és 250-, illetve 140%-os növekedésével.

Ezeknek az adatoknak a felhasználásával már becsülni tudom a testmozgásra fordított kiadások mértékét, így áttérek a következő piac költségeinek elemzésére.

6.3. Szűrővizsgálati piac – Szűrővizsgálatok

A szűrővizsgálatok költségeiről csak a konkrét példák esetében beszélhetünk, ezért azokat majd a fejezet végén az adott betegség esetében ismertetem. Így továbbléphetek a következő piac költségeinek tárgyalására.

6.4. Gyógyszerpiac – gyógyhatású készítmények, vénynélküli és vényköteles gyógyszerek

6.4.1. Herbáriumpiac

Herbáriumok esetében, mind a megelőzésben, mind a kezelésben előfordulhatnak olyan készítményeket, melyeket igénybe vehetnek a fogyasztók. Azonban sokszor nehéz elkülöníteni ezeket a termékeket az OTC készítményektől. Vagyis egy konkrét termékről nehéz eldönteni, hogy herbárium vagy OTC, mert előfordulhat, hogy mindkettő igaz rá. Jelen vizsgálat szempontjából azonban nem ez a fontos hanem a költségek. Ezek után áttérek a már emlegetett OTC termékekre.

6.4.2. OTC piac – vénynélküli gyógyszerek

A herbáriumpiachoz hasonlóak az OTC piac jellemzői is. Ezen a piacon is találunk mind a megelőzésben, mind a gyógyításban felhasználható termékeket. A megelőzésben elsősorban a vitaminok játszhatnak szerepet. Ezek konkrét költségeit is a fejezet végén ismertetem.

Végül nézzük a gyógyszerpiac termékei közül a vényköteleseket.

6.4.3. Vényköteles gyógyszerek piaca - gyógyszerek

Ennek a piacnak a termékei között is van, amelyik a gyógyítást és van, amelyik a megelőzést szolgálja. Nézzük először a megelőzés költségeit. Megelőzés lehetőségét ezen a piacon a védőoltás jelenti a vizsgált betegségek esetében. A védőoltásokat az influenza ellen a népesség egy része, az arra jogosultak, így például a szív- és érrendszeri betegségben, a vese-, cukor- és egyéb anyagcsere-betegségben szenvedők, az idősek és a rizikós állapotú

gyermekük ingyen kapják. A másik betegség, a méhnyakrák esetében még nem áll rendelkezésre ilyen lehetőség, mivel még nem kapott egyáltalán támogatást a termék.

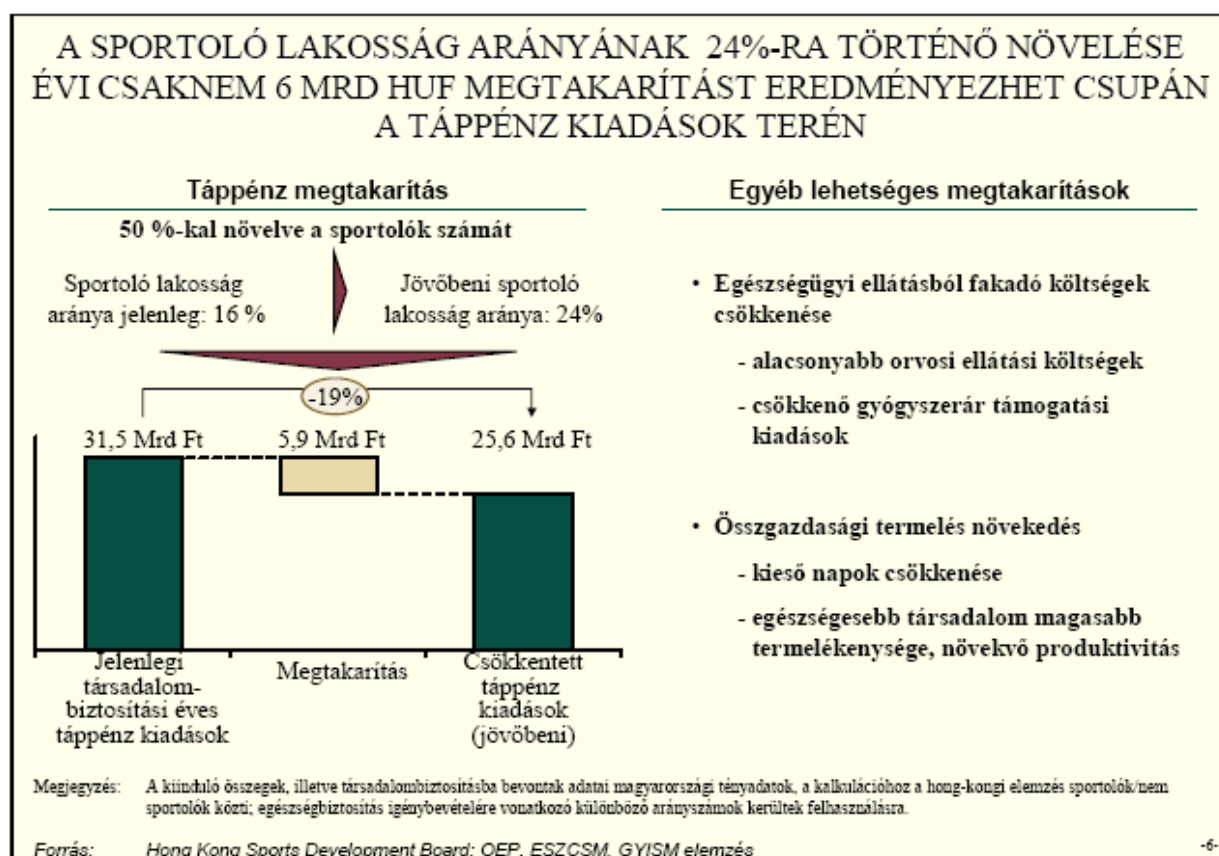
Sajnos azonban ha mégis bekövetkezik a baj, az influenza esetében előfordulhat, a méhnyakrák esetében biztos, kórházi kezelésre van szükség.

6.5. Hagyományos gyógymódok piaca - Kórházi (jellegű) kezelések, szállodai szolgáltatások

A kórházi költségeket elég nehéz meghatározni az influenza esetében, hiszen elég széles skálán mozognak a számításba jöhető kezelések.

A kórházi kezelés esetében arról sem szabad elfeledkeznünk, hogy nemzetgazdasági szinten egy beteg, illetve betegség kezelése, gyógyítása nem csak a kezelési költségeket vonja magával. Hiszen jelentős költséget tesz ki a beteg kórházi ápolása, étkeztetése, a kórházi infrastruktúra használatának (rezsi) költsége, az orvosok és az ápolók bére. Végül ott van a munkából való kiesés költsége, plusz a táppénz.

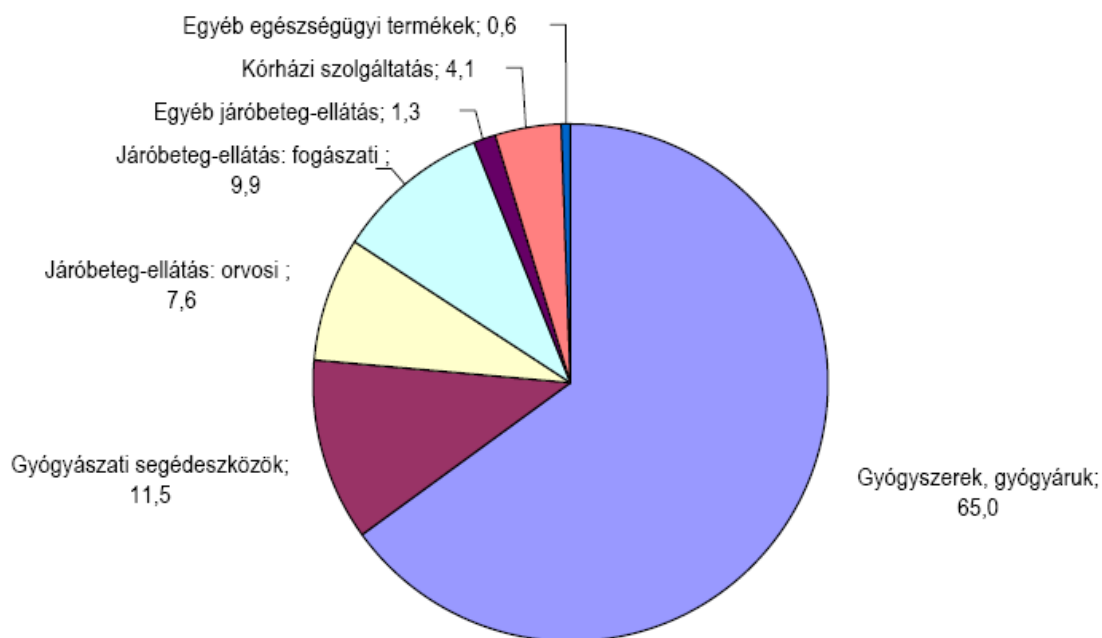
20. ábra: A sportolás növekedésének és a táppénzkiadások csökkenésének kapcsolata



Ezeket a költségeket a korábban leírtak miatt igen nehéz számszerűsíteni, mégis megpróbálom a releváns statisztikai adatok hiányában egy általános becslést adni rá. A táppénz meghatározásához nyújt segítséget a 20. ábra. Az itt látható 31,5 milliárd Ft táppénzkiadásból, 19% lefaragható lenne a szakemberek szerint, ha 50%-kal nőne a sportoló lakosság aránya. Nyilvánvalóan mindez a táppénz csökkentésével párhuzamosan csökkenthetné az egészségügyi kiadásokat is. Ennek mértéke 2006-ban 460 milliárd Ft volt. Ezek egyes kezelési formák közötti megoszlását mutatja a 21. ábra.

21. ábra:

Egy főre jutó éves egészségügyi kiadások megoszlása, 2006, %



Forrás: KSH (www.ksh.hu letöltve 2008.04.08.)

6.6. Gyógyászati segédeszközök piaca - Gyógyászati segédeszközök

Gyógyászati segédeszközök alkalmazása megint csak a konkrét betegség esetében értelmezhető. Az influenza kezelésében ilyen termék nem szükséges. Legfeljebb a papírzsebkendőt sorolhatjuk ebbe a kategóriába, ám ezek költsége is csupán 100 – 200.- Ft egy száz darabos csomag esetén. Ebből legfeljebb egy kettőt használ el az ember egy influenza alatt. A másik betegség a méhnyakrák kezelése esetében a kemoterápiás

gyógymódoknál lehet szükség ezen piac termékeire. Elsősorban a paróka kerülhet szóba, illetve műtéti beavatkozás esetén merülhetnek föl vizelettartási problémák, amikor a betét jár a pácienseknek erről a piacról. Mindkét termék esetében a páciens dönti el, hogy kéri-e a terméket, illetve nem, így csak a parókák esetében áll rendelkezésemre pontos adat a felhasználásról, hiszen betétet nem csak ilyen műtét eredményeként használhatnak. Így elérkeztem az utolsó részpiac vizsgálatához.

6.7. Alternatív gyógymódok piaca - Természetgyógyászati kezelések

Alternatív gyógymódok nem igazán széles skálában állnak rendelkezésre. Ezeket a kezeléseket a páciensek jellemzően, ha ilyet választanak, a hagyományos medicina helyett veszik igénybe. Igen ritka, hogy valaki kombináltan, egymással párhuzamosan vegye igénybe a kettőt. Arról, hogy mennyien és milyen értékben vesznek igénybe ilyen jellegű kezeléseket nem állnak rendelkezésre statisztikai adatok. Ezért ismét becsülni próbálom a dolgot. Mivel a disszertáció nem az alternatív gyógymódokkal foglalkozik, ezért ez nem is kulcsponthi kérdés. Így azt feltételezem, hogy azonos kiadást jelentenek ezek a kezelések, mint a hagyományosak. Ez a számítást is megkönnyíti, hiszen azt állítottam az előbb, hogy elsősorban a hagyományos kezelések helyettesítője és csak ritkán kiegészítője.

Ezzel az egészségpiac valamennyi termékének költségét meghatároztam az influenza esetében. Így már csak az összegzést kell elvégezniem.

6.8. A megelőzés és gyógyítás költségeinek összevetése

Amint korábban ígértem, azt vizsgálom, melyik terület előtérbe helyezése és marketing valamint marketingkommunikációs támogatása eredményez nagyobb hasznosságot, illetve alacsonyabb költség szintet két konkrét betegség, az influenza és a méhnyakrák esetében. A munkámat az nehezíti, hogy nem elegendő az egyes piacokon meghatározott költségeket összegezni és így meghatározni a megelőzés és a gyógyítás költségét, majd megállapítani, hogy melyiknek magasabb a költsége. Ugyanis nem minden piac termékét alkalmazzák párhuzamosan a fogyasztók és nehéz akár csak megbecsülni is, hogy mennyi azon fogyasztók

száma, akik átfedésben használják a különböző piacok termékeit. Ez különösen érvényes az influenzára, így elsőként ezen a példán mutatom be a költségek alakulását.

A mérlegelés nagyon egyszerű lenne, ha azt mondhatnám, hogy ha valaki beoltatná magát influenza ellen, akkor nem lesz beteg, míg ha nem, akkor megbetegszik. Ez azonban csak akkor lenne igaz, ha garantáltan megbetegedne az, aki nem oltatja be magát. Egy évben jellemzően 1,3 millió egység ingyenes oltóanyagot osztanak szét. Egy ilyen védőoltás költsége 1.000.- Ft körül van. Így ennek a költsége össztársadalmi szinten 1,3 milliárd Ft. Nyilván ezen túl bárki beoltathatja magát. Azt gondolom ez a szám – az influenzás megbetegedések számából kiindulva – nem haladhatja meg a 200.000 főt. Az oltóanyagok ára 1.000.- - 2.100.- Ft között mozog. Így az önkéntes védőoltások össztársadalmi költsége átlagos árral számolva $1.050.- \text{ Ft} \times 200.000 = 210.000.000.- \text{ Ft}$

Ha valaki megbetegszik, az influenzából való kilábaláshoz a következő gyógyszerekre lehet szükség. Antibiotikum: ennek a költsége is széles skálán mozog. Én az Augmentin legnagyobb dózisú változatát veszem számításba, melyből csak napi egyet kell szedni. Egy doboz ára ebből 1.800.- Ft körül van. Szükség lehet lázcsillapítóra. Ebből is számtalan áll rendelkezésre. Az egyik legnépszerűbb Aspirin doboza mintegy 800.- Ft. Ha torokfájással, köhögéssel is jár a betegség akkor a költségekhez járul még torokfertőtlenítő kb. 800.- Ft, Köptető, szintén kb. 800.- Ft és köhögéscsillapító 400 – 1.400.- Ft értékben. Vagyis összesen a vényköteles gyógyszerek költségei: $1.800.- + 3 \times 800.- + 900.- = 5.100.- \text{ Ft} / \text{ fő}$. A köhögéscsillapítók esetében az átlagos árral számoltam. Össztársadalmi szinten, azzal számolva, hogy általában 13 hétig tart egy-egy járvány, s az elmúlt években átlag 200 ezer embert érintett

$$200.000 \times 5.100.- \text{ Ft} = 1.020.000.000.- \text{ Ft}$$

Nem szabad azonban arról sem elfelejtkeznünk, hogy akinek enyhébb lefolyású a betegsége és van otthon gyógyszere, valószínűleg nem fordul orvoshoz. Illetve vannak, akik nem feltétlen kórokozók miatt produkálnak influenzás tüneteket. Azt gondolom, hogy nem túlzó a becslés ha azt mondom, hogy ilyenek legalább fele annyian vagyis mintegy 100.000 vannak. Az enyhébb betegségelefolyás kevesebb panaszt is eredményez, így kevesebb a költség is. Ha torokfájás, köhögés nem jelenik meg tünetként, akkor nyilván az erre ható gyógyszerek nem szükségesek. Így a költség: $1.800.- + 900.- = 2.700.- \text{ Ft} / \text{ fő}$. Össztársadalmi szinten ez:

$$100.000 \times 2.700.- \text{ Ft} = 270.000.000.- \text{ Ft}$$

A két tétel összesen: 1.020.000.000.- Ft + 270.000.000.-Ft = 1.290.000.000.- Ft

Viszont egy évben számolhatok két ilyen időszakkal. Ezzel a becsléssel úgy gondolom figyelembe veszem azokat a megbetegedéseket is, melyek nem a téli időszakban következnek be. A becslést óvatosabbá teendő a fenti költségnek csak a másfélszeresét veszem figyelembe. Tehát a kezelési költségek éves szinten:

$$1.290.000.000.- \text{ Ft} \times 1.5 = 1,935 \text{ milliárd Ft}$$

Az egyén szintjén vizsgálva az imént összegyűjtött költségeket, a költségelemzés a következő egyenleget mutatja:

$$\begin{array}{lcl} \text{Megelőzés: } 1.050.- \text{ Ft / fő / védőoltás} & \leq & \text{Gyógyítás: } 2.700.-\text{Ft / fő / kezelés} \\ & & - 5.100.-\text{Ft / fő / kezelés} \end{array}$$

Az elvégzett számítások alapján össztársadalmi szinten 1,5 millió védőoltással és 450.000 fő beteggel számolva egy évben az egyenleg:

$$\text{Megelőzés: } 1,51 \text{ milliárd Ft / év} \leq \text{Gyógyítás: } 1,935 \text{ milliárd Ft / év}$$

Ebben az esetben csak a vényköteles gyógyszereket vettem figyelembe. A megelőzésben jelentős szerepe lehet a megfelelő egészséges, vitamindús táplálkozásnak, valamint a testedzésnek. Azonban egyáltalán nem biztos, hogy aki gyógyításra szorul nem azonos módon táplálkozott és figyelt a kellő mozgásra, hiszen az emberi test nem egy gép, amibe ha azonos alapanyagokat teszünk, azonos módon reagál. Számos nem forintosítható tevékenység, mint a fáradtság, genetikai determináltság, immunrendszer állapota, stb. befolyásolhatja a reagálást bizonyos hatásokra. Azt is feltételezhetjük, hogy minél olcsóbb módját választjuk a megelőzésnek, például herbáriumok alkalmazásával, melynek hatékonysága kisebb, annál nagyobb a valószínűsége a megbetegedésnek, ezáltal a költségesebb kezelés szükségességének. Ha kritikusan szemléljük a kérdést, akkor ezt is túlzott általánosításnak tekinthetjük. Azonban ezekből is az látszik, hogy a megelőzés alacsonyabb költségszintet jelent, mint a kezelés.

Ezen túl felmerül még, nemcsak az influenza, hanem a később elemzendő méhnyakrák esetében is a táplálkozás és testmozgás, sport hatása. A megélhetési költségekre visszautalva

azt tételezem fel, hogy az átlagos és nagyon szűkös életszínvonalat biztosító összegek különbsége, vagyis 29 ezer forint / fő / hó szükséges az egészséges táplálkozáshoz.

Össztársadalmi szinten egy évre vetítve ez $29 \text{ ezer forint} / \text{fő} / \text{hó} * 12 \text{ hó} * 10 \text{ millió fő} = 3480 \text{ milliárd Ft}$. Ez azonban az összes megélhetési költséget tartalmazza, hiszen az élelmiszerre fordított összeg 3071,869 Milliárd Ft volt 2007-ban, ahogy ezt korábban már említettem. Ezért azt tételezem fel, hogy a megélhetési költségek különbségének kb. 10%-a, ez 348 milliárd Ft, illetve az élelmiszerre fordítottak 15%-a, ez durván 429 milliárd Ft, kerülhet pluszban az egészség megóvására. Mivel a két összeg nem esik egybe, a kettő átlagát veszem, mely 388,5 milliárd Ft. Ez egy főre vetítve 32.375.- Ft/fő/hó, ami gyakorlatilag azonos az előző feltételezésemmel a 29.000.- Ft/fő/hó-val. Így két módon is hasonló eredményre jutottam, tehát elfogadom ezt a becslést.

A testmozgás vonatkozásában, ha feltételezzük, hogy a korábban ismertetett tendenciák nem változtak 2002 és 2006 között sem, a 1998 és 2002 közöttihez képest, akkor azt is feltételezhetjük, hogy a sportpiacon az egészségünkre fordított összeg 460 milliárd forint. Mivel azonban a sportolás csak az esetek igen kis részében szolgálja az egészség megóvását, a sportszervásárlás még kevésbé, mert leginkább a divat miatt veszünk ilyen termékeket, így az említett összegnek csak a 10%-ával számolok. Így a táblázatba ez a 46 milliárd Ft kerül. Ez egy főre vonatkoztatva, ha a lakosság ténylegesen sportoló 16%-át veszem figyelembe 28.750.- Ft/fő/év.

Ezekre a költségekre is gondolni kell, ha a megelőzés és gyógyítás költségeit vetjük össze. Azonban ezek nehezen kalkulálhatók ebben az esetben, éppen azért, mert nekem is becslés alkalmazásával volt csak lehetőségem ezek meghatározására, illetve azért is, mert ezek nem is igazán jutnak eszünkbe, ha azon gondolkodunk, hogyan is lehetett volna megelőzni a betegséget.

A másik konkrét betegség melynek költségeit vizsgálom a méhnyakrák.

A méhnyakrák esetében lehetőség van szűrővizsgálat igénybevételére. Az erre vonatkozó OÉP adatok, mind esetszám, mind finanszírozási érték vonatkozásában láthatók az alábbi 8. táblázatban.

8. táblázat: A cervixszűrés költségei 2006-ban

WHO	WHO_NEV	DB	FIN (Ft)
29602	Diagnosztikus nőgyógyászati citológiai vizsgálat	923 525	1 260 746 459
14720	Cervicalis kenetvétele	7 757	623 488
42600	Nőgyógyászati szűrővizsgálat	90 564	94 850 973
42700	Nőgyógyászati citológiai szűrővizsgálat	58 048	84 503 668
	Összesen	1 079 894	1 440 724 588

Forrás: OEP

A dolgozat szempontjából talán nem oly fontos, de a teljesség kedvéért szükségét érzem, hogy röviden értelmezsem a táblázatban szereplő egyes vizsgálatok közti különbséget.

Nőgyógyászati szűrővizsgálat: Ez tartalmazza az orvos által végzett kenetvételt és a nőgyógyászati vizsgálatot is.

Nőgyógyászati citológiai szűrővizsgálat: ÁNTSZ behívót kap annak a TAJ számnak a tulajdonosa, akinek az elmúlt 3 évben nem volt szűrővizsgálata semmilyen kódon.

Cervicalis kenetvétele: Ezt a védőnő végzi.

Diagnosztikus nőgyógyászati citológiai vizsgálat: A mintavételen alapuló szövettani vizsgálat, a betegség kizárására, vagy esetleges megállapítására, annak mértékének meghatározásához.

A fenti adatokból még egy érték meghatározható ez pedig az egy vizsgálatra jutó átlagos költség, melyet a finanszírozási összeget a vizsgálatok darabszámával elosztva kaptam. Így az egy vizsgálat átlagos költsége 1334,14 Ft / db.

A megelőzés lehetőségét ezen a piacon a védőoltás jelenti ezen betegség esetében. Ezt 2006 végétől forgalmazzák. Jelenleg még nincs rá támogatás, így a teljes árát fizetik a páciensek, mely 3*30.000.- azaz 90.000.- forint. Azért 3*30.000.-, mert az első után két emlékeztető oltás szükséges a teljes védettség kialakulásához. Azt, hogy osztársadalmi szinten ez milyen költséget jelent, az határozza meg, hogy hány nőnek is kellene beadni.

A védőoltás szempontjából fontos korcsoport a tizenéves lányok köre, akiket még az első szexuális tapasztalat megszerzése előtt, 11-13 éves korban érdemes oltani, hiszen a legjobb védekezés a megelőzés. A szexuálisan aktív korban lévő nők számára az oltás ugyanolyan fontos, hiszen ők is bármikor megfertőződhetnek. Ezt a kort nehéz meghatározni, így abból kiindulva, hogy Magyarországon 2006-ban 5.294.371 nő élt és a fentiek szerint 11 év alatt és a szexuálisan már inaktív korban lévő nőknél nem érdemes alkalmazni, akkor a női népesség mintegy 65%-ának szüksége lenne erre az oltásra. A becslésnél azt tartottam szem előtt, hogy

inkább túlbecsüljem ezt a költséget, mint alul, mert így kevésbé megtévesztő az adat. Ez alapján a védőoltások költsége össztársadalmi szinten:

$$5.294.371 \text{ fő} * 0,65 * 90.000.- \text{ Ft} = 309.720.703.500.- \text{ Ft}$$

Ily módon egy iszonyatosan nagy összeget kaptam. Azt azonban nem szabad elfelejtenünk, hogy a lakosság nagy része ezt az összeget nem tudja, vagy nem akarja kifizetni. Becslésem szerint legfeljebb 10% lenne, illetve lesz, aki megveszi ezt a védőoltást.

Másrészt azt sem szabad elfelejtenünk, hogy a korábban vizsgált költségeket egy évre adtam meg. Ha pedig a védőoltást valamennyi érintett nő megkapná, akkor onnantól csak az érintett korba lépő korosztályt, a fentiek szerint az éppen 11. életévét betöltötteket kell beoltani, vagyis ez a költség így nem egy évre, hanem a korábbi valamennyi korosztályra és évre vonatkozik. Ha azt feltételezzük (az egyszerűbb számítás kedvéért), hogy a szexuális inaktivitás 51 éves kortól jön el, akkor így módon a fent kiszámított költség 40 évre vonatkozik. Tehát az egy évre vetített költsége a védőoltásoknak:

$$309.720.703.500.- \text{ Ft} / 40 \text{ év} = 7.743.017.587,5 \text{ Ft/év}$$

A korábbi feltételezés szerint legfeljebb 10%, aki megveszi ezt a védőoltást. Ez alapján módosítva a fenti összeget, a következőt kapom:

$$7.743.017.587,5 \text{ Ft/év} * 0,1 = 774.301.758,75 \text{ Ft/év}$$

Ezzel a megelőzések esetében meghatároztam a költségeket, így áttérek a gyógyítás költségeire.

A kezeléseket és azok költségeit nagy számuk miatt nem részletezem. A költségek meghatározásánál csak az összköltséget használom fel. Ezt mutatja az alábbi 9. táblázat.

9. táblázat: a méhnyakrák kezelési költségei 2006-ban

hbcs megnevezése	eset	suly	taj_db	e_ft
összesen:	28 906,9	34 901,9	17 827,0	4 772 591,5

Forrás: OÉP

Az összeg három kezelési módból tevődik össze. Jellemzően a betegség kezelésénél ezek kombinált alkalmazása szokásos. Ezek a kezelési módok:

- műtét
- kemoterápia
- sugárterápia

A költségek igen nehezen becsülhetők, de ha abból indulunk ki, hogy a 9. táblázat adatai alapján egy eset átlagos kezelési költsége 165.102.- Ft és tudjuk azt, hogy jellemzően a daganatos betegségek kezelési ideje hosszú, sokszor több hónap, akkor a következőket kell figyelembe venni. A fenti kezelési költség kb. egy orvos egy havi átlagos bére. Ehhez jön az ápolók bére, itt többel is számolhatunk, de ezt tulajdonképpen az orvosoknál is megtehetjük, hiszen a háromféle kezelést három különböző orvos végzi általában. Óvatos becslés alapján is számolhatunk egy kezelésre három orvost és hat nővért. A kórház szállodai jellegű szolgáltatásának és a rezsi költsége (ebbe beleértve a kezelésekhöz, az orvosok, nővérek munkájához használt gépek működtetésének költségeit is) szinte biztos, hogy lényegesen több mint a kezelés költsége. Azt gondolom nem túlzó a becslés, ha ezt a kezelési költség kétszeresének veszem.

Végül ott van a munkából való kiesés költsége. Itt számolhatunk a magyar lakosságra jellemző átlagos jövedelemmel, plusz a táppénzzel. Ezt az egyszerűség kedvéért kezelhetjük együtt úgy, hogy a nettó átlagjövedelem másfélszeresével számolunk.

Vagyis akkor a következőkből tevődnek össze ezek a költségek:

Orvosok bére (3 orvos/kezelés)	$165.102.- \text{ Ft} \cdot 3 = 495.306.- \text{ Ft}$
Nővérek bére ¹⁾ (6 nővér/kezelés)	$165.102.- \text{ Ft} \cdot 3 = 495.306.- \text{ Ft}$
Szállodai szolgáltatás+rezsi	$165.102.- \text{ Ft} \cdot 2 = 330.204.- \text{ Ft}$
Munkából való kiesés költsége+táppénz	$103.100.- \text{ Ft} \cdot 1,5 = 154.650.- \text{ Ft}$
Összesen	1.475.466.- Ft

¹⁾ Feltételezve, óvatos becsléssel, hogy egy nővér átlagos bére fele az orvosénak.

A méhnyakrák esetén még szükség lehet gyógyászati segédeszközök alkalmazására is. Itt a legjellemzőbb a paróka melynek költségeit a 10. táblázat mutatja.

10. táblázat: Parókák igénybevétele 2006-ban

Termékcsoport	Mennyiség (db)	Összes támogatás (e Ft)	Térítési díj (e Ft)	Költségek összesen (e Ft)
Parókák	9.000	142.501	29.844	172.345

Forrás: OÉP

Megint csak az egyszerűség kedvéért, a betétek és esetleges egyéb gyógyászati segédeszközökre költött összeget, úgy veszem figyelembe, hogy a fenti 10. táblázatban látható parókákra fordított 172,345 millió Ft-t kerekítem föl 200 millió Ft-ra.

Ezzel a méhnyakrák kezelés valamennyi költségét meghatároztam. Így már csak az összegzést kell elvégezmem.

Az összegzést össztársadalmi szinten végezve azt vizsgálom, melyik terület előtérbe helyezése és marketing valamint marketingkommunikációs támogatása eredményez nagyobb hasznosságot, illetve alacsonyabb költségszintet. Az össztársadalmi szinten történő összegzést mutatja a az alábbi 11. táblázat.

Annak ellenére, hogy mindig a megelőzés fontosságát és költségtakarékosságról hallunk a táblázat adatai szerint a gyógyítás kevesebbe kerül, mint a megelőzés. Vizsgáljuk meg jobban, mi lehet ennek az oka.

11. táblázat: Az egészség költségei össztársadalmi szinten

TERMÉK, SZOLGÁLTATÁS		AZ IGÉNYBEVÉTEL KÖLTSÉGE
Enni és innivaló		388,5 milliárd Ft
Sportszerek, sportruházat, sportolási lehetőségek		46 milliárd Ft
Szűrővizsgálatok		1,44 milliárd Ft
Gyógyhatású készítmények	Megelőzés	0 Ft
	Gyógyítás	0 Ft
Gyógyszerek (recept nélkül)	Megelőzés	0 Ft
	Gyógyítás	0 Ft
Gyógyszerek	Megelőzés(védőoltás)	774,3 millió Ft
MEGELŐZÉS ÖSSZESEN		436,7143 MILLIÁRD FT
Gyógyszerek	Gyógyítás	4,773 milliárd Ft/év
Kórházi kezelések		+
Természetgyógyászati kezelések		42.651 milliárd Ft/év
Gyógyászati segédeszközök		4,773 milliárd Ft/év
200 millió Ft/év		
GYÓGYÍTÁS ÖSSZESEN		47,624 milliárd Ft/év

Forrás: Saját szerkesztés

A termékeket elemezve azt láthatjuk, hogy az élelmiszerek és a sportpiac termékei esetében a költségeket a teljes magyar lakosságra, vagyis 10 millió főre vonatkoztattam. (A 10 millió fős népességbecslés helytállónak tekinthető, mivel a 2001. évi népszámlálás során 10,198.315 személyt írtak össze (népszámlálási lakónépesség) Ez 2005-ben 10.077.000 fő volt.), addig a szűrővizsgálatokat kevesebb, mint 1,1 millió főre, a kezelési költségeket kevesebb, mint 29.000 főre és a gyógyászati segédeszközöket 9.000 – re. A védőoltásoknál, mivel a realitásokhoz minél jobban igyekeztem közelíteni, nem a teljes női lakosságra, hanem csak egy töredékükre számoltam ki a költségeket, azt is elosztva. Vagyis az aránytalanságot a nem azonos viszonyítási alap okozza. Így a következőkben megnézem, hogy mi a helyzet, ha egy főre vetítem a költségeket.

A fenti táblázat adatait felhasználva és a magyar népesség lélekszámát, akárcsak korábban – az egyszerűbb számítás kedvéért – 10 millió főnek tételezve fel kaptam az egyéni költségeket.

Illetve az étel- és sportkiadások esetében a korábban egy főre meghatározott összegekkel számolok. Így valamennyi tétel esetében lehetséges és értelmezhető volt a költségek egy főre eső részének a meghatározása. Ezt tartalmazza az alábbi 12. táblázat.

12. táblázat: Az egészség költségei az egyén szintjén

TERMÉK, SZOLGÁLTATÁS		AZ IGÉNYBEVÉTEL KÖLTSÉGE
Enni és innivaló		29.000.- Ft/fő/év
Sportszerek, sportruházat, sportolási lehetőségek		28.750.- Ft/fő/év
Szűrővizsgálatok		1334.- Ft / db
Gyógyhatású készítmények	Megelőzés	0 Ft
	Gyógyítás	0 Ft
Gyógyszerek (recept nélkül)	Megelőzés	0 Ft
	Gyógyítás	0 Ft
Gyógyszerek	Megelőzés(védőoltás)	90.000.- Ft/fő
MEGELŐZÉS ÖSSZESEN		149.084.- Ft/fő
Gyógyszerek	Gyógyítás	165.102.- Ft/fő
Kórházi kezelések		+
		1.475.466.- Ft/fő
Természetgyógyászati kezelések		165.102.- Ft/fő
Gyógyászati segédeszközök		16.510.- Ft/fő
GYÓGYÍTÁS ÖSSZESEN		1.657.078.- Ft/fő

Forrás: Saját szerkesztés

Ily módon, hogy azonos viszonyítási alapon történt az összehasonlítás rögtön ellentétes a helyzet, vagyis a kezelési költségek lényegesen magasabbak, mintegy tizenegyszeresét teszik ki a megelőzés költségeinek. Vagyis, ahogy a nyilatkozatokban és szakemberek véleménynyilvánításában is halljuk a megelőzés fontosságát, nekem is sikerült igazolnom gazdasági megfontolások alapján, hogy a megelőzésre kell helyezni a hangsúly, erre kell törekedni. Ezt mutatták mindkét konkrét példám eredményei. A két betegség között mind a megelőzésben, mind a gyógyításban alkalmazható termékek és szolgáltatások körében volt lényeges különbség, nem beszélve a betegségek súlyossága és életet veszélyeztető mértékük közti eltérésről. Ezen különbségek mellett is azonos eredményt mutattak gazdaságossági

szempontból. Ezt az állítást akkor is igaznak tartom, ha a méhnyakrák esetében az összköltségek esetében a kezelések értéke magasabb volt a megelőzésnél. Hiszen ehhez is hozzá kell tenni az egyéb, szubjektív tényezőket, mint az esetleges fájdalmak, rossz érzések, betegségtudat és ennek eredményeként kialakuló lelki problémák, stb. is mind a megelőzés mellett szólnak, akkor ezt az álláspontot még inkább megerősíthetjük.

Éppen ezért szomorú, hogy a prevenció ma az egészségügy hatalmi periferiáján található. A ráfordítások hatása, a várható siker túlnyúlik egy kormányzati cikluson. Éppen ezért igazán erős, napi politikai érdekek nem fűződnek a megelőzéshez, legfeljebb az államférfiúi bölcsesség az, amire számítani lehet. Ha nincs egészségvédelem, abba holnap még senki nem hal bele. A téma a médiát sem érdekli túlzottan, nincs szenzáció. Nem véletlen, hogy az alkohol és a dohánytermékek hirdetési stratégiája, marketingje sokkal jobban működik, mint az egészségvédelemé. Az e téren végzett aprómunkát nem lehet látványosan kommunikálni. Három nagy kihívással kell szembenézni. Az egyik a járulékfizető-ellátásra jogosult arányszám, amely egyszerűen katasztrofális. Egyharmad ember tart el kétharmadot. Ez világjelenség, és a svéd és a német egészségbiztosítási rendszer is beleroppanhat. Költségrobbanás megy végbe az egészségügyben: vagyis egyre éleződik az orvosilag lehetséges és a közgazdaságilag megengedhető közötti ellentmondás. (Makara P. Népszabadság 2004. március 6.) Tehát ő is a megelőzés fontosságát hangsúlyozza.

A fenti álláspontot más oldalról is alátámasztja a már bemutatott 20. ábra, mely a sportolást és ennek az egészségmegővásra gyakorolt hatását vizsgálja, illetve erősíti meg azt, hogy ezzel jelentős költségmegtakarítás érhető el. Ezen túl már nem számszerűsítve említi az egészségügyi kiadások ily módon való csökkentési, valamint a termelésnövekedési lehetőségét.

Zárásként álljon itt még egy irodalmi adat. Amerikai és tajvani kutatások szerint a jobban informált és képzettebb(intelligensebb) páciensek keresik a megelőzés lehetőségét és előnyben részesítik az egészségtudatos magatartást, mely javítja egészségi állapotukat. (Wagner T. H., Hu T.-W., Hibbard J. H. Journal Of Health Economics 20, (2001) p. 1059-1075) Ez megint a korábbiakban megfogalmazott állításomat támasztja alá. Ezek alapján a következő tézist fogalmazom meg:

T3: Nem csak társadalmi hasznosság és gazdaságosság szempontjából kell a hangsúlyt a prevencióra helyezni, mivel az egyéni gazdaságosságot vizsgálva is kisebb költség szintet képvisel a megelőzés. Így a marketingnek is ezen a területen kell nagyobb szerepet vállalni, segítve az egészségnevelést és az egészségtudatosságot, az egészségtudatos életmód kialakítását.

A következőkben primer kutatási adatok alapján megpróbálom meghatározni az egészségtudatosság mérési lehetőségét és megkísérlem a modellalkotást is ezzel kapcsolatban.

7. Egészségtudatosság

Amint az előző fejezetből kiderült mind gazdasági, gazdaságossági, mind egyéb szempontok szerint a hangsúlyt az egészségnevelésre, ezen keresztül pedig az egészségtudatosság, az egészségtudatos életmód kialakítására kell helyezni. Az egészségi állapot mérésére a szakemberek statisztikai mérőszámokat, mint a születéskor várható élettartam, vagy a várható egészséges élettartam használnak. Én megpróbálok a következőkben ennél specifikusabb mérőszámokat, mérési, meghatározási módszereket használni, kidolgozni az egészségtudatosság jellemzésére. Ennek érdekében saját primer kutatásokat végeztem. Az önálló kutatások fontosságára Tomcsányi Pál: Általános kutatómódszertan című könyve hívta fel a figyelmet, sőt komoly motivációt jelentett a következő gondolata: „a saját eredmények és a saját vélemények a legfontosabbak”. Írta ezt Tomcsányi Einstein doktori értekezésére hivatkozva, mely egyetlen forrásmunkát sem tartalmazott. Természetesen meg sem fordult a fejemben, hogy egy lapon említsem magam a zseniális tudóssal. Viszont saját eredmények és vélemények megfogalmazása érdekében először két kvalitatív technikát használtam, melynek célja a téma sarokpontjainak meghatározása.

7.1. A fókuszcsoportos interjú és pszichodráma csoport bemutatása

A fókuszcsoport a piackutatás kvalitatív módszereként a motivációkutatás elméletéből, a tréningcsoport, illetve a pszichológiai terápia és tanácsadás gyakorlatából nőtte ki magát. A fókuszcsoportos interjút a marketing területén először 1940 körül alkalmazták. Paul Lazarsfeld és munkatársai 1941-ben a rádióműsorok által kiváltott hallgatói reakciókat értékelték. Megkérték a hallgatókat, hogy miközben a műsort hallgatják, nyomják meg a piros gombot, ha olyat hallanak, ami negatív érzéseket vált ki belőlük (harag, unalom stb.), és a zöld gombot, ha pozitív érzéseik vannak. A hallgatók reakcióit és azok időzítését rögzítették. A program végén megkérték őket, hogy koncentráljanak a rögzített pozitív és negatív élményekre, és közösen beszéljék meg, hogy milyen okok váltották ki azokat. Ezzel kezdődött a fókuszcsoportos interjúk története. (<http://www.hik.hu/tankonyvtar/site/books/b156/ch02s07.html>, letöltve: 2007. október 17.) Napjaink társadalomtudományi kutatásaiban háromféle alkalmazási móddal találkozhatunk:

A fókuszcsoportokat önálló módszerként alkalmazzák, ekkor a kutatás fő adatforrásaként szolgál.

Kiegészítő adatforrásként szolgál, ekkor a kutatás más módszereken alapszik, általában elsődleges a kvantitatív kutatás, ezt előzi meg vagy követi a kvalitatív adatgyűjtés.

Többmódszeres kutatás, ilyenkor több adatgyűjtési módszert kombinálnak, de minden módszer egyenrangú.

Én előkészítő módszerként alkalmaztam a fókuszcsoportos technikát. Egyetlen ilyen interjút folytattam le. Jól tudom, hogy ez érdemi, pontos megállapítások megfogalmazására nem elegendő. A célom nem is ez volt, hanem gondolatébresztőnek, pilot jellegű vizsgálatra használtam ezt a kutatási módszert.

A csoportot 9 fő egyetemista alkotta. Közülük két II. éves, két IV. éves, két V. éves és 3 frissen végzett közgazdász, akik közül 1 volt fiú és 8 lány.

7.1.1. A fókuszcsoport legfontosabb eredményei

A csoporttagok az egészséget a következő fogalmakkal írták le:

- jó közérzet
- jó fizikai állapot
- lelki kiegyensúlyozottság
- betegség hiánya
- szellemi frissesség
- az orvos ne állapítson meg betegséget

Ezek a megállapítások a korábban említett alternatív egészségmegfogalmazások jelentős részét tartalmazzák.

Az általános egészségi állapot ellenőrzését már egyetemista korban is szükségesnek tartják a csoport tagjai.

Ezekben a kérdésekben jellemző a média hatalma, mint befolyásoló tényező szerepe is.

Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők szerintük:

- étrend
- környezeti hatások (sugárzások, zaj)
- környezet (szűkebb társadalmi, gazdasági, család, barátok)
- informáltság (pl. elégtelen tájékoztatás a prevencióról)
- lakóhely, lakókörnyezet

- mozgás
- párhuzamos
- túlzott gyógyszeresedés

Egészséges életmód jellemzői:

- rendszeres testmozgás
- egészséges táplálkozás
- minél több idő a friss levegőn
- stressz kerülése
- kikapcsolódás a mindennapi rutinból
- szükséges mennyiségű alvás
- rendszeresség mindenben
- szűrővizsgálatok látogatása
 - nőgyógyászati
 - fogászati
 - tüdő
 - vérkép ellenőrzése
- szájhygiénia

Egészséges táplálkozás jellemzői

- rengeteg zöldség és gyümölcs
- megfelelő tápanyagbevitel
- mértékletesség
- mindent enni, de megfelelő arányban

Azzal kapcsolatban, hogy mennyi időt kellene naponta az egészségünkre fordítani nem voltak egységesek a vélemények. Mindenki másképp ítélte meg ezt a kérdést. Azzal azonban a többség egyetértett, hogy a vásárlásra fordított időt nem kalkuláljuk bele, függetlenül attól, hogy mit vásárolunk. Igaz ez szerintük akkor is, ha ténylegesen plusz időráfordítást jelent az egészséges élelmiszerek vásárlása, bár nem feltétlen jelent azt.

Az egészségre fordítandó pénz vonatkozásában is erősen megoszlottak a vélemények. Volt aki azt mondta, hogy van olyan tevékenység, amihez nem kell pénz. Viszont azzal többen egyetértettek, hogy ha fizetünk valamilyen tevékenység végzéséért, szolgáltatás

igénybevételéért, akkor az egy kényszerítő tényező, hogy az adott tevékenységet rendszeresen végezzük.

Információt egészséggel kapcsolatosan a szülőktől, barátoktól, médiából, orvostól kérnek. Ha baj van mindenképpen az orvoshoz fordulnak, a megelőzéshez az internetet és egyéb médiumot használnak. A leghitelesebbnek a szaklapokat és szakorvosokat tartják. Szaklapon a laikusoknak szóló egészséggel foglalkozó lapokat értik.

A fókuszcsoporthoz lefolytatása és feldolgozása után, úgy döntöttem, hogy egy másik kvalitatív technikát is alkalmazok azzal a céllal, hátha sikerül további tényezőket feltárnom az egészségtudatos magatartással kapcsolatban. Ez a módszer a pszichodráma csoport volt. Ez eredendően egy olyan csoportpszichoterápiás módszer, mely a belső lelki tartalmak, élmények, konfliktusok megjelenítésén keresztül hat. Specifikuma, hogy lejátssza, dramatizálja az élményt, és a cselekvéses megelevenítés révén idéz fel homályba vesztett indítékokat. (Blattner és Blattner, 1988) Ezek megélése katartikus lehet. (<http://www.netalbum.hu/pd/> letöltve 2007. szeptember 28.) „A fogyasztók mélyebb érzéseinek, motivációinak feltárásakor a hagyományos módszerek használata nehézségekbe ütközik: az emberek nincsenek tisztában saját magukkal vagy nem képesek szavakkal kifejezni magukat, esetleg nem akarnak őszintén megnyilatkozni. A pszichodráma módszer alkalmas arra, hogy e nehézségeket a vizsgált fogyasztói csoport tagjai könnyebben legyőzzék.” (Törőcsik és Buda, 2004) Én is ezzel a céllal alkalmaztam a módszert, hogy hátha sikerül további elemeket és motivációt feltárnom az egészségtudatos magatartással kapcsolatosan. Ezen túl pedig az foglalkoztatott elsősorban, hogy milyen cselekvésekben nyilvánul meg az egészségtudatosság. Ennek érdekében 12 fős csoportot szerveztem egyetemistákból. Erre is igaz, amit a fókuszcsoporthoz vonatkozásában rögzítettem, vagyis ez is inkább pilot jellegű vizsgálat volt. Ezt támasztja alá az is, hogy a csoportot nem pszichológiai végzettségű szakember, hanem jómagam vezettem. A csoportot 11 egyetemi és 1 PhD hallgató alkotta. Nemek szerinti megoszlásuk 8 lány és 4 fiú volt. Arra kértem a csoport tagjait, hogy 3 családot alakítsanak ki. Méghozzá oly módon, hogy az egyik alacsony egészségtudatosságú, a másik átlagos egészségtudatosságú és a harmadik magas egészségtudatosságú legyen. A következőket rögzítettem a szerepjátékok eredményeként.

7.1.2. A pszichodráma csoport legfontosabb eredményei

Az egyes családok bőrébe bújva a hallgatók a következő tényezőket jelenítették meg.

Alacsony egészségtudatosságú család

Szabadidős tevékenység: elsősorban a TV nézés, de mindenképpen valami passzív tevékenység. Sportot még nézni se néznek.

Étkezés: Koleszterindús és zsíros ételek, sok kenyér. Sok nassolás chips, csoki (kedélyjavításra)

Szeszesital fogyasztás rendszeresen

Káros szenvedélyek, mint a kávézás és dohányzás jellemzőek a család minden tagjára.

Gyermekek is korán rászoknak, a szülők ezt természetesnek tekintik.

Emésztőszervi problémák jelentkeznek a táplálkozás hatására. Ennek kezelésére „népi” gyógymódok, mint a szeszesital.

Vásárlói döntésekre jellemző az impulzusvásárlás

Alacsony iskolázottságúak

Orvoshoz csak végszükségben fordulnak

Átlagos egészségtudatosságú család

Reggel a napot sporttal, kocogással kezdi a családfő, utána viszont rágyújt

Dohányoznak, de nem erős dohányosok, mint az alacsony egészségtudatosságú család

Hazaérkezés után kézmosás. Reggel este fogmosás

Az élelmiszerek között, egészségre ártalmas és egészséges is szerepel. Pl. szalonna és zabpehely

A rágcsálnivalók között is fennáll ez a kettősség. Csoki és gyümölcs.

Ugyanúgy, mint az innivalók esetében. Kóla és gyümölcslé.

Gyorséttermi élelmiszerek igen kedveltek a gyerekeknél

Az egész család sportol

A szülők próbálják ellensúlyozni a gyerekek egészségtelen élelmiszerek utáni vágyait egészséges élelmiszerekkel.

Magas egészségtudatosságú család

Reggelit igen fontos étkezésnek tekintik. E nélkül nem engedik el a szülők a gyerekeket reggel.

Egészséges élelmiszereket fogyasztanak. Sőt, ha lehetőségeik engedik bioélelmiszereket.

A család közösen sportol - jógázik

Sétálnak

Étkezéskor a mennyiségre is figyelnek

Környezetvédelem a mindennapi életük része.

Környezetkímélő közlekedési formákat részesítik előnyben és erre a gyerekeket is ösztönzik a szülők.

Ügyelnek a korai lefekvésre és az elegendő mennyiségű alvásra.

Kevés TV-t néznek.

A szülők ügyelnek a gyerekek helyes testtartására. Ennek érdekében próbálják rávenni a lányukat a magas sarkú cipő kerülésére.

Vitaminokat szednek.

Figyelnek a rendszeres kézmosásra, higiéniára.

Mindhárom egészségtudatossági szintet képviselő családnál elsősorban a táplálkozással kapcsolatos motívumok kerültek előtérbe. Ezen túl a mozgás/sportolás, illetve ennek elutasítását domborították még ki a csoport résztvevői. Az alacsony egészségtudatosság esetén a káros szenvedélyeket hangsúlyozták. Ebből az átlagosnál is megjelentek elemek. Itt az egészséges és egészségtelen élelmiszerek együttesen vannak jelen az asztalon. A szülők próbálják ellensúlyozni a gyerekek egészségtelen ételviszfoyaszttását egészségeseknek az étrendbe iktatásával. A magas egészségtudatosságú családnál az étkezés mennyisége és minősége, valamint a mozgás mellett lényeges volt a higiénia, a környezetvédelem, vagyis a ránk és embertársainkra irányuló környezetterhelés redukálása. Az öltözködés egészségre gyakorolt hatásának figyelembe vétele és a szabadidő helyes, egészséges eltöltése.

A következőkben, pedig azt vizsgálom, hogy a fenti tényezők arányaiban mennyire jellemzők az egyetemistákra.

7.2. A kutatás célja és hipotézisei

A célom ebben a fejezetben annak meghatározása, hogyan jelenik meg az egészségtudatos fogyasztói magatartás az egyetemisták körében. Ennek méréséhez szeretnék egy modellt létrehozni. Ezzel kapcsolatosan és a célhoz vezető út során, természetesen még néhány egyéb egészséggel kapcsolatos tényezőt is vizsgállok. Azért az egyetemistákat választottam

vizsgálatom célcsoportjául, mert azt tételezem föl, hogy magasabb iskolázottságuk miatt többet tesznek egészségük megóvása érdekében és tájékozottabbak ebben a témában, mint a lakosság más csoportjai. Reményeim szerint a munka eredményeként lehetőségem nyílik mindazon tényezők feltárására melyek, hatnak az egészséggel kapcsolatos döntésekre. Itt is hangsúlyozom, akárcsak a kvalitatív módszereknél, hogy a kutatás egy pilot jellegű vizsgálat volt, mivel a minta sem elemszám, sem összetételét illetően nem tekinthető reprezentatívnak.

A kutatás várható eredményeivel kapcsolatban a következő hipotéziseket fogalmazom meg:

H1: A megkérdezettek az egészséget a betegségek, egészségügyi panaszok hiányaként értelmezik.

H2: Az egyetemisták egészségük megóvása helyreállítása érdekében főleg valamilyen testmozgást végeznek.

H3: Az egészséges életmódot is elsősorban a sportolás valamely formája jelenti számukra.

H4: Nem jellemző, hogy egészségüket ellenőriztetnék, ha nincs vele problémájuk.

H5: A párkapcsolat és a szexuális élet nem befolyásolja szerintük az egészségi állapotukat.

H6: Az elsődleges információforrásnak a háziorvost tekintik.

H7: Viszont a legmegbízhatóbb forrásnak a szakorvost.

Ezek után megvizsgálom ténylegesen mi a helyzet a fenti kérdésekkel kapcsolatban. Ezelőtt azonban bemutatom a kutatási módszertant.

7.3. A kvantitatív kutatás módszertana

A kvantitatív kutatásom módszerül a kérdőíves megkérdezést választottam. A felhasznált kérdőív önkitöltő jellegű volt. A Miskolci Egyetem nappali és levelező tagozatos diákjai alkották elsősorban a mintát, akiknek az írásbeli vizsga után adtam oda a kérdőívet a 2005/2006-os tanév nyári vizsgaidőszakában (2006. június), kérve őket, hogy amikor jönnek az eredményért, adják le a tanszéki adminisztrációban. Ebben az esetben a visszaérkezési arány mintegy 32%-os volt. Vagyis a hallgatóknál 630 kérdőív került kiosztásra, melyek közül 223-at kaptam vissza. Ezen túl 70 fő 18 éven felüli Miskolcon vagy az agglomerációban élő felnőtt alkotta a kvótás részmintát. Ebben az alábbi kvóták alapján történt a lekérdezés. 55-45% volt a nők illetve a férfiak aránya. A korcsoportok 18-25, 25-45 és 45 felettiiek voltak. A 25-45 év közöttiek, valamint öregedő társadalom lévén a 45 év felettiiek aránya is magas volt. Az iskolai végzettséget is három rétegben különítettem el, az alsó, a közép és a felsőfokú végzettségűek. Arányosan, a KSH statisztikai adataira

támaszkodva, a középiskolai végzettséggel rendelkezőket, ide értve a szakmunkás, a szakközép és a gimnáziumi végzettségűeket, nagyobb arányban választottam be a részmintába, mint a felső és alsó fokú végzettségűeket. A célom az egyetemistákon túli részminta alkalmazásával az volt, hogy megvizsgáljam más eredményeket kapok-e ezen megkérdezettek körében. Nem így történt ezért is kezelem a későbbiekben egységesen a mintát. Azonban az itt leírtak ellenére sem tekinthető az alkalmazott minta reprezentatívnak, ezért ezt az adatgyűjtést is egy pilot vizsgálatnak tekintem.

Az összes kitöltött kérdőív közül 270 volt használható, melyeket SPSS szoftver segítségével dolgoztam fel és végeztem statisztikai elemzéseket. A minta a következő jellemzőkkel írható le.

7.4. A minta jellemzése

Nemek szerinti megoszlást vizsgálva, a teljes mintában 65% a nők és 35% a férfiak aránya, ami eltér a magyar lakosság nem szerinti összetételétől. Ezt a Miskolci Egyetem hallgatóinak összetétele, különösen a levelező képzésben jelentkező női túlsúly eredményezte.

Mivel a minta túlnyomó részét egyetemisták tették ki nem meglepő, hogy a három kor szerinti osztályból a legalsó 18-25 év közöttibe esik a minta 57,8%-a. Mivel azonban nem csak nappalis, hanem levelező hallgatókat és kvótázva nem egyetemistákat is beválasztottam a mintába, ezért nem elhanyagolható a másik két korcsoport képviselőinek aránya sem, ami azt jelenti, hogy 31% a 25 és 45 év közöttiek és 11,2% a 45 év fölöttiek aránya.

Lakóhely tekintetében magasan (43,5%) kiemelkedik a megyeszékhely. Ez nem meglepő, hiszen a megkérdezés a Miskolci Egyetemen, Miskolcon és az agglomerációban történt. Ráadásul a Miskolci Egyetem hallgatói jellemzően helyből és a régióból kerülnek ki. Jelentős még a városi lakosok aránya (26,2%) és nem elhanyagolható a községben lakók mértéke sem (18,8%). A falusi és fővárosi lakosok aránya mindössze 8,5% illetve 3%. A legmagasabb iskolai végzettség vonatkozásában megint csak a megkérdezés helyére (Miskolci Egyetem) hivatkoznék, hiszen az egyetemisták esetében többnyire ez az érettségi. Ilyennel 44,2%-ban rendelkeztek azok a megkérdezettek, akik gimnáziumban szerezték és 27,3% pedig szakközépiskolában tette le ezt a vizsgát. Voltak olyanok is, akik már második diplomájukat szerzik, illetve ezért tanulnak. Természetesen valamennyi kategóriába kerültek a többi helyszínen megkérdezettekből, sőt az alsó két kategóriát (8 általános, szakmunkásképző) csak ők alkotják, amint ez a 13. táblázatban is látható.

13. táblázat: Iskolai végzettség

		Gyakoriság	%	Valós %	Kumulált %
Valós	8 általános	3	1,1	1,2	1,2
	Szaktanácsképző	7	2,6	2,7	3,8
	Szakközépiskola	71	26,3	27,3	31,2
	Gimnáziumi érettségi	115	42,6	44,2	75,4
	Főiskolai diploma	25	9,3	9,6	85,0
	Egyetemi diploma	39	14,4	15,0	100,0
	Összes	260	96,3	100,0	
Hiányzó	0	10	3,7		
Összes		270	100,0		

Forrás: Saját szerkesztés

Mivel elsősorban egyetemisták voltak a megkérdezettek nem meglepő, hogy a legjellemzőbb a 3 (29%) és 4 fős (34,4%) háztartás a mintában. Nem tekinthető elhanyagolhatónak a 2 fős (19,3%) háztartások aránya sem. Mivel levelezős hallgatók között is elég sok a fiatal, esetükben a már önálló családot alapítottak, de még gyerekekkel nem rendelkezők kerültek ebbe a csoportba. Alacsony viszont az egyedül élők (5,8%) és a nagycsaládosok (11,5%) aránya. Az eltartottak számából arra következtethetünk, mivel az egy (42,5%) és a két eltartott (46,5%) kiemelkedően a legjellemzőbb a családokban, hogy a két fős családok körében igen jellemző a csonka, egy szülő modell, ahol egy gyermeket nevel a szülő egyedül.

A vizsgálat alanyainak családjában a legjellemzőbb a 150 és 300.000 forint közötti nettó havi összjövedelem. A két csoport összesen 50,2%-t tesz ki. Említést érdemel még a 100 és 150.000 és 300 és 500.000 forint közötti kategóriába eső csoport a maga 16,7% és 12,2% értékével. Mindezek az alábbi 14. táblázatban is tanulmányozhatók.

14. táblázat: A család nettó havi jövedelme

		Gyakoriság	%	Valós %	Kumulált %
Valós	40.000 alatt	3	1,1	1,2	1,2
	40.000-70.000	12	4,4	4,9	6,1
	70.000-100.000	24	8,9	9,8	15,9
	100.000-150.000	41	15,2	16,7	32,7
	150.000-200.000	57	21,1	23,3	55,9
	200.000-300.000	66	24,4	26,9	82,9
	300.000-500.000	30	11,1	12,2	95,1
	500.000 fölött	12	4,4	4,9	100,0
	Összes	245	90,7	100,0	
Hiányzó	0	25	9,3		
Összes		270	100,0		

Forrás: Saját szerkesztés

A fenti adatok vagyis a családok nettó havi jövedelme és az egy családban élők számának felhasználásával meghatároztam a mintában az átlagos jövedelmet, mely 63822,84 Ft/fő lett. Ehhez a jövedelmi határok közéértékét szoroztam a gyakoriságukkal, majd ezek összegét osztottam az együtt élők számának és gyakoriságának szorzatainak összegével. Az így kapott közel hatvannégyezer forint/fő közel a minimálbér értékét adja. Vagyis egy átlagos értéknek tekinthető.

A minta jellemzőinek meghatározása után áttekintem az egészségtudatosság meghatározásához vizsgált kérdésekre adott válaszokat.

7.5. Az egészségtudatosság meghatározásához használt tényezők áttekintése

Elsőként azt vizsgáltam, hogy mit jelent a megkérdezetteknek az egészség fogalma, mikor tekintik magukat egészségesnek.

A meglehetősen egy irányba mutató válaszokból az látható, hogy az emberek akkor érzik úgy, hogy egészségesek, ha jól érzik magukat, jó a közérzetük (35,8%), ehhez ugye nem csak testi, hanem lelki kiegyensúlyozottság is szükséges (21,1%). Valamint az, hogy ne legyen egészségügyi problémánk (22,8%), vagyis ne fájjon semmink, ne legyen panaszunk (13%). Tehát összességében a válaszadók 92,7%-a tartozik a fenti négy kategóriába, ezen túl megjelent még a fitt vagyok és a jó közérzet tényező. A minta egészségről alkotott véleményének legfontosabb kritériumai:

- testi és lelki kiegyensúlyozottság
- panasz-, fájdalom-, egészségügyi probléma-mentesség.

A fókuszcsoporthoz tartozókkal megkérdezett tényezők lényegesen szélesebb skálán mozogtak. Ez alapján azt gondolom, hogy több tényező jelenléte szükséges ahhoz, hogy ténylegesen egészségesnek érezzük magunkat. Ennek oka lehet, hogy egy szimpla kérdésnél csak a legkézenfekvőbb dolgok jutnak az ember eszébe, szemben egy több szereplős részletes beszélgetéssel.

Az egészséges életmód megítélését illetően is meglehetősen egységes a megkérdezettek vélekedése. Kiemelkedően legnagyobb említési gyakorisága a sport és étrend kategóriának volt 46,6%-kal. A két tényezőt egymástól elkülönülve is említették bár az előzőhöz képest elenyésző arányban. A sportot 4,2, az étrendet 7,6% említette. Voltak olyan megkérdezettek is, akik az egészséges életmód részeként említették a sporton és étrenden kívül

- a szabadidőt (11,4%)
- a stresszmentességet (8,3%)
- a károsszenvedély-mentességet (5,3%)
- a pihenést (3,8%),
- illetve volt olyan, aki a pihenést és a stresszmentességet együtt kapcsolta az étrendhez és a sporthoz (1,9%).

Még egy tényező volt, aminek az említése az elenyészőnél nagyobb gyakoriságot ért el, ez pedig a káros szenvedély és gyógyszeresedés kerülése (6,8%-kal).

A többi esetben a fenti tényezők valamilyen permutációban vagy önállóan kerültek említésre. Itt ugyanazok a tényezők merültek föl, mint a fókuszcsoport esetében. A fenti tényezők ismeretében kissé meglepő, hogy mit tesznek az egészségük megóvása, helyreállítása érdekében a megkérdezettek. A válaszok mindössze 22,2%-a nem valamilyen sporttevékenységet takar. Tehát 77,8% csupán sportol valamit annak érdekében, hogy megóvja, vagy helyreállítsa egészségét. Ez nem is meglepő, hiszen sok helyen és sok médiumban lehet hallani, látni a mozgás, sport fontosságáról és egészségre gyakorolt hatásáról. Ez egyre több embert készítet sportolásra, akik ily módon hatással vannak környezetükre, vagyis érvényesül a Veblen effektus.(Veblen, 1975) A további nem „sportos” tényezők az egészséges táplálkozás (7,9%), vitaminok, táplálékkiegészítők, zöldség-gyümölcs (6,6%), orvos felkeresése (1,6%), szauna, szolárium, masszázs (4,5%), kertészkedés (1,6%). Tulajdonképpen az utóbbi kettőt a szabadidős sporttevékenységek közé is sorolhatnám, ezáltal még inkább növelve ezek részarányát.

Érdekes, hogy korábban az egészséges életmódhoz tartozónak minősített egyéb tényezőket, mint a stresszmentességet, a károsszenvedély-mentességet, és a pihenést nem említették, mint olyan tényezőt, mellyel próbálnák megóvni egészségüket.

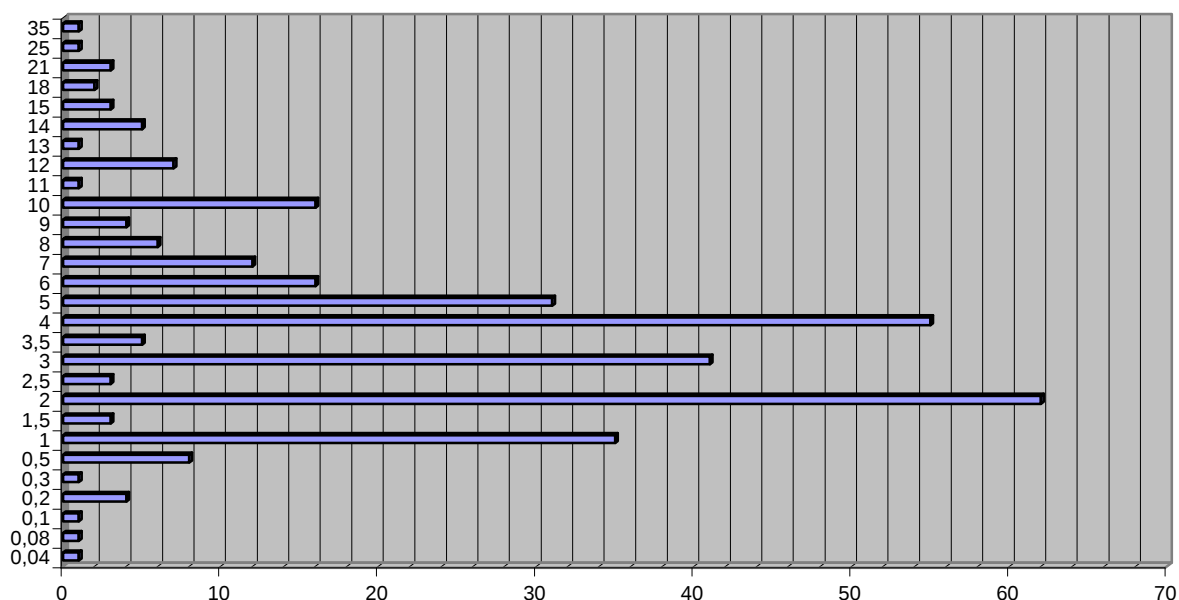
Az sem örömteli és az egészségtudatosság elég alacsony fokát jelzi, hogy az orvost csak 1,6% keresi föl, valószínűleg ők is csak akkor, ha egészségügyi problémájuk van.

A fókuszcsoportban ezeken túl megjelent még a friss levegő, alvás, rendszeresség mindenben, kikapcsolódás a mindennapi rutinból.

A tevékenységek után az egészségmegővásra fordított időt vizsgáltam. Amint azt az alábbi 22. ábra is mutatja az egészségüknek szentelt idő hetente azok között, akik egyáltalán szánnak erre időt, jellemzően 1 és 5 óra között van. A mintában még tíz fő fölötti (4,5% fölötti) a hat, hét és tíz óra/fő/hét egészségmegővásra vagy helyreállításra fordított idő említési gyakorisága. Ez, beleszámítva azokat is, akik egyáltalán nem fordítanak tudatosan időt az egészségükre, átlagosan 1,38 óra/fő/hét. Ha csak azokra számolom ki az átlagot, akik szentelnek időt az egészségükre, lényegesen magasabb ez az idő, mivel így 4,55 óra/fő/hét értéket kapok. Ez alapján azt állapíthatom meg, hogy ez az érték már elégséges lenne egészségünk megóvására, ha minden lakos foglalkozna ennyit egészségével azok közül, akik az iskolai kötelező testnevelési kötelezettség alól kikerültek. Legalábbis, ha csak a testmozgásra gondolunk. Viszont az a fókuszcsoport kapcsán is kiderült, hogy az egészséges élelmiszerek vásárlására fordított időt nem kalkuláljuk bele az egészségmegővásra fordított időbe, függetlenül attól,

hogy mit vásárolunk. Igaz ez akkor is, ha ténylegesen plusz időráfordítást jelent az egészséges élelmiszerek vásárlása.

22. ábra: Az egészségmegővésre, helyreállításra fordított idő (óra/hét)



Forrás: Saját szerkesztés

A másik számszerűen is mérhető tényező az egészségmegővésre, helyreállításra fordított pénz. Itt már nincsenek olyan egyértelmű kategóriák és tendencia, mint az idő esetében. Inkább kiugró értékeket figyeltem meg, melyek említési gyakorisága kiemelkedik a többi közül. Ezek a legjellemzőbb értékek, pedig a következők:

15. táblázat: Kiemelkedő értékek az egészségmegővésre költött pénz tekintetében

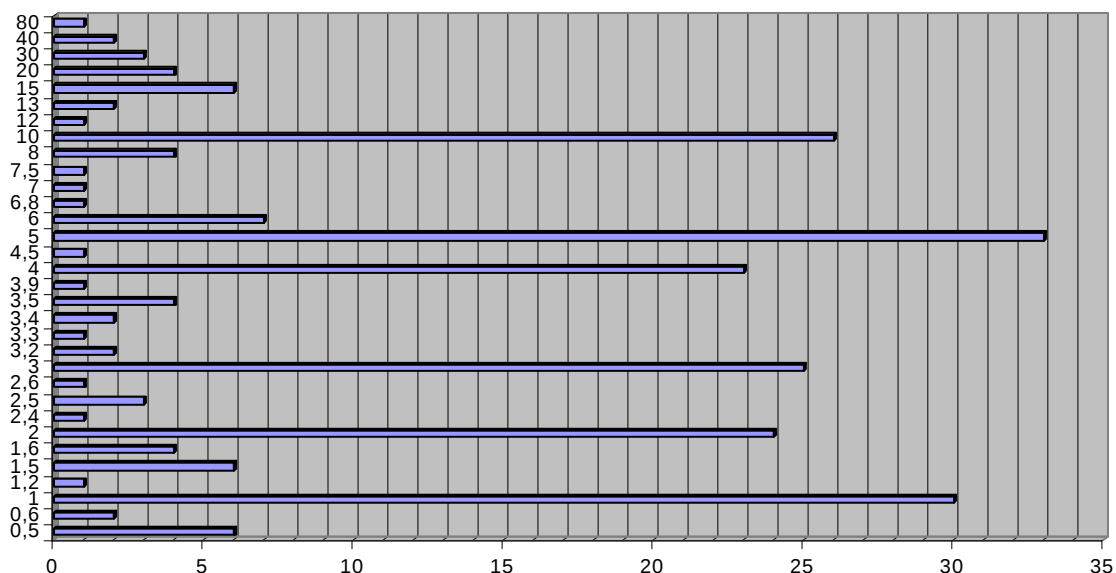
		Gyakoriság	Valós %
Valós (Ezer Ft)	1,00	30	2,8
	2,00	24	2,2
	3,00	25	2,3
	4,00	23	2,1
	5,00	33	3,1
	10,00	26	2,4

Forrás: Saját szerkesztés

Ha az alábbi valamennyi értéket tartalmazó 23. diagrammot elemezzük, akkor felvetődhet a kérdés, hogy azért a kerek ezer forintok lettek a leggyakoribb értékek mert a válaszadók lusták voltak számolgatni és csak saccoltak, vagy tényleg ez a legjellemzőbb. Erre a kérdésre

pontos választ nem tudok adni, legfeljebb kerekítések segítségével lehetne megpróbálni csoportosítani a válaszokat, de ez sem biztos, hogy magyarázná a megoszlásokat.

23. ábra: Az egészségmegővésre, helyreállításra költött pénz (ezer Ft/hét)



Forrás: Saját szerkesztés

A fenti állítás a kerek összegek kiemelkedésére vonatkozóan is csak az alsóbb kategóriában igaz, hiszen a 10.000.- Forint volt a kiemelkedő értékek közül a legnagyobb összeg. Figyelembe véve, hogy a mintában a súlyozott, átlagos családméret 3,3 fő volt, így még a tízezer forint sem nevezhető magas összegnek, hiszen ez 3018,65 Forint / fő havi egészségre szánt költséget jelent. Különösen akkor nem magas ez az összeg, ha arra gondolunk, hogy ebben mindenféle egészségre fordított kiadás, sport, étkezés, stb. benne van.

Az adatok alapján azt állíthatom, hogy a párkapcsolat, illetve annak minősége jelentős mértékben hatással van az egészségi állapotunkra. Az alapján teszem ezt, hogy a válaszadók 72,3%-a két felső skálaértéket jelölte meg. A közepes mértékben befolyásolt 16,9%, az alsó két skálaértéket pedig összesen 10,8% jelölte meg. Ezzel összefüggésbe hozható az az állítás is, amit a mikor mondja magáról, hogy egészséges kérdésnél adtak. Vagyis, hogy egészségesnek érezzük magunkat, ahhoz a lelki kiegyensúlyozottság is szükséges, amit viszont nagy mértékben tud támogatni egy jó és harmonikus párkapcsolat.

A következő egy kényes kérdés volt. A szexuális élet egészségi állapotra gyakorolt hatására voltam kíváncsi. Itt már nem tekinthető egyértelműen ennyire pozitívnak a megítélés, bár itt is

jelentős volt az eléggé és a nagyon, vagyis a két felső skálaérték említési gyakorisága (36% és 26,9%), viszont mellettük a közepes mértékben érték említése is majdnem olyan gyakori volt (23,1%), mint az előző kettőé. Itt azonban, ha egészséges szkepticizmussal kezelem a kapott válaszokat – feltételezve, hogy ezt nem mindenki vallja be, vagy kicsit „szépit” a válaszon - , akkor azt mondhatom, hogy a szexuális élet is jelentős mértékben hatással van az egészségi állapotunkra. Ez így módon – a torzított kép felismerésével – összhangban van a párkapcsolatnál megállapított véleményekkel. Ez nem is lehet véletlen, hiszen a harmonikus párkapcsolat többnyire együtt jár a kiegyensúlyozott szexuális élettel is.

A fenti két befolyásoló tényező áttekintése után azt vizsgálom mi az amit tesznek, tehetnek még az emberek egészségük megóvása érdekében. Korábban, a költségek tárgyalásánál már ejtettem szót a szűrővizsgálatokról. Sőt már az egészségmegóvás, helyreállítás érdekében végzett tevékenységek között is említették a válaszadók, bár igen elenyésző (1,6%) mértékben. Ezek után meglepő, hogy a megkérdezettek 35,7%-a azt állítja, akkor is rendszeresen ellenőrizteti egészségi állapotát, ha nincs egészségügyi problémája. A fókuszcsoportban az egészségi állapot ellenőrzését már egyetemista korban is szükségesnek tartják a csoportban résztvevő hallgatók.

Mivel nem feltételezem, hogy a megkérdezés alanyai szándékosan torzították volna ilyen jelentős mértékben a válaszaikat, így azt kell gondolnom, hogy a rendszeres egészségügyi ellenőrzést nem tartják az egészségmegőrzés és helyreállítás részének és nem sorolják azon tevékenységek közé, mely mindehhez szükséges.

Ezzel már egybevágunk a következő kérdésre kapott válaszok, melyek szerint a válaszadók saját megítélésük szerint közepesen élik egészségtudatosan az életüket. Ez igaz mind a leggyakoribb értéket tekintve, mind a számtani átlagot, vagyis mind a median-t, mind pedig a modus-t vizsgálva.

A következő kérdés arra vonatkozott, hogy miben testesül meg ez az egészségtudatos életmód náluk. Számtalan tényezőt említettek a megkérdezettek. Viszont ezek között szinte valamennyi esetben megjelenik két tényező, a sport és az étrend, melyeket együtt is említettek, mint az egészségtudatos élet eszközét. Mégpedig ezt említették a második legtöbben, kerekén a válaszadók $\frac{1}{4}$ -e. A legtöbb említést önmagában az étrend kapta 26,8%-kal. A sport önmagában is 11,2%-os említési gyakoriságot ért el. Így azt állapítom meg, hogy az étrend és sport együttesen vagy külön-külön a válaszadók 63%-ának jelenti az egészségtudatos életmód megvalósulását. Ezen túl az étrend és a sport valamely más tényezővel kombinálva még további 10,7%-ban jelent meg. Ezek közé a más tényezők közé került a szabadidő, a károsszenvedély-mentesség, a stresszmentesség és a pihenés. Tehát az

előbbi állítást kiegészíthetjük úgy, hogy a megkérdezettek 73,7%-ának az étrend és a sport jelenti az egészségtudatos életmód megvalósulását, esetlegesen valamely más tényezővel kombinálva. A még tárgyalást érdemlő tényező az olvasók róla 11,2% említési gyakorisággal, valamint a nincs káros szenvedély és gyógyszereszedés 7,1% említési aránnyal. A többi említett ténykedés legfeljebb néhány százalékot kapott. Gyakorlatilag itt sem jelent meg a szűrővizsgálatok látogatása. Szemben a fókuszcsoporttal, ahol a résztvevők számos szűrővizsgálat fontosságát hangsúlyozták a fogászatitól, a nőgyógyászatig keresztül az általános egészségi állapot ellenőrzéséig.

A következő kérdésnél azt vizsgáltam, hogy mire lenne szükségük az embereknek ahhoz, hogy egészségesnek érezzék magukat. A válaszoknak számomra az volt az érdekessége, hogy néhány kivételtől eltekintve azok a tényezők jelentek meg, mint az előző kérdésnél. Tehát ugyanazokra a dolgokra lenne szükségük, amiket tesznek az egészségtudatos életvitel érdekében. Nyilvánvalóan nem ugyanazok a válaszadók jelölték meg az azonos tényezőket a két kérdés esetében. Viszont aki nem teszi meg a fent említett cselekedeteket, nem alkalmazza azokat az egészségtudatosság érdekében, az szükségét érzi ezeknek. Ezzel tulajdonképpen azt sikerült igazolni, hogy jól határoztam meg az előző kérdésnél is a tényezőket.

Mint más tényező, természetesen az idő és pénz együttesen illetve külön-külön kapta a legmagasabb említést összesen 26,6%-kal. Jelentős volt még a stresszmentes élet 15,8%, (Önmagukban nézve a tényezőket ezt említették a legtöbben.)nyugalom, kiegyensúlyozottság 14,8% és a jó közérzet 11,2% említési gyakorisággal. Említést érdemel még a harmónia, kiegyensúlyozottság a maga 6,6%-ával.

Ezek a válaszok jó egybeesést mutatnak az első kérdésre adottakkal, vagyis, hogy mikor mondja magáról, hogy egészséges. Hiszen ott is azt mondták, hogy az egészséget az jelenti, hogy jól érzik magukat, jó a közérzetük, testi, lelki kiegyensúlyozottság, ne legyen egészségügyi problémájuk és ne legyen panaszuk. Ezzel megállapíthattam, hogy a válaszadók konzekvensen ragaszkodtak álláspontjukhoz és nem próbálták azt szépíteni.

Az egészség megóvása, helyreállítása érdekében végzett cselekedetek áttekintése után az egészségünkkel kapcsolatos informálódást vizsgáltam.

Ebben a kérdésben talán nem az a legmeglepőbb és legérdekesebb, hogy a legtöbben (20,5%) a háziorvosuktól kérnek tanácsot egészségügyi kérdésekben, hanem az, hogy nem a szakorvos az akihez a háziorvos után a legtöbben fordulnak. Ugyanis a szakorvost megelőzi a család (18,4%) és ha már nem is szignifikánsan, de minimálisan nagyobb arányban említették a saját magam járok utána tényezőt is (15,4%). Csak ezt követi a szakorvos 15,2%-os említési gyakorisággal. Még 10% fölötti említési arányt értek el a barátok/ismerősök (11,7%), ami a

család magas aránya után nem meglepő. Számomra meglepő volt a gyógyszerészek mindössze 3%-os említése, különösen a kötelező „kockázatok és mellékhatások tekintetében kérdezze meg kezelőorvosát és gyógyszerészét” figyelmeztetés ismeretében.

Ami megint csak érdekesség és kissé ellentmondás, hogy annak ellenére, hogy a szakorvos csak a negyedik leggyakoribb forrás volt, akitől tanácsot kérnek az egészségükről az emberek, őket tartják a legmegbízhatóbb információforrásnak.

A másik kiemelkedően megbízhatónak tartott információforrás az egészséggel kapcsolatban a szakkönyv (24,3%). Ezt azért tartom érdekesnek, mivel itt orvosi szakkönyvekről van szó, melynek megértése az átlagember számára komoly felkészülést és előképzettséget igényel. Az előző kérdéssel összhangban körülbelül azonos arányban említették a háziorvost legmegbízhatóbb információforrásnak (17,9%), mint akitől tanácsot kérnek (20,5%). Ez a három információforrás, mely megbízhatóság szempontjából kiemelkedik a többi közül egészségünkkel kapcsolatos kérdések vonatkozásában.

Még említést kell tennem az internetről mint köztes tényezőről, mert az említési gyakorisága (10,3%)nem közelíti meg a fenti tényezőkét, viszont lényegesen jelentősebb a maradék, mindössze néhány százalékos említést elért tényezőknél, ugyanis az ezt követő gyógyszerészhez képest is a duplája az említési gyakorisága. Azért érdekes számomra, hogy megbízható forrásnak tekintik a netet az emberek, mert az igaz, hogy szinte minden információ megtalálható rajta és könnyű a szükséges háttér-információk felkutatása, viszont az információk forrása az esetek egy részében ellenőrizhetetlen, vagy az olvasó számára ismeretlen.

Összefoglalva, a kvalitatív és kvantitatív kutatások eredményei alapján azt mondhatjuk, hogy az emberek akkor érzik úgy, hogy egészségesek, ha jelen vannak a következő tényezők:

- testi és lelki kiegyensúlyozottság
- panasz-, fájdalom-, egészségügyi probléma-mentesség.
- az orvos ne állapítson meg betegséget
- szellemi frissesség

Mindez igen jó összhangban van a szakirodalmi meghatározásokkal. Ezzel kapcsolatos téziseim a következők:

T4: Az egyetemisták, koruknál fogva rövidtávú egészségfelfogásuk eredményeként az egészség alatt a testi és lelki kiegyensúlyozottságot, panasz-, fájdalom-, egészségügyi probléma-mentességet - melyet szakember is alátámaszt – és a szellemi frissességet értik.

T5: A megkérdezettek szerint az egészséges életmód jellemzői:

- rendszeres testmozgás
- táplálkozás
 - rengeteg zöldség és gyümölcs
 - megfelelő tápanyagbevitel
 - mértékletesség
 - mindent enni, de megfelelő arányban
- friss levegő
- stressz kerülése
- kikapcsolódás a mindennapi rutinból
- alvás
- rendszeresség mindenben
- szűrővizsgálatok látogatása
 - nőgyógyászati
 - fogászati
 - tüdő
 - vérkép ellenőrzése
- szájhigiénia

Egészségük megóvása, helyreállítása érdekében az egyetemisták rövidtávú egészségfelfogásuk miatt, ezek közül jellemzően a testmozgást gyakorolják.

Az átlagos egészségre fordított idő azok körében, akik tesznek ezért valamit 4,55 óra/fő/hét. Az egészségükre az emberek havonta jellemzően 1000 és 5000 Ft között, illetve 10.000 Ft-t költenek. A pénzügyi ráfordítás a megkérdezettek szerint, különösen a mozgás tekintetében azért jelentős, mert ez, kényszerítő erőt jelent számukra, hogy folyamatosan végezzék a választott tevékenységet.

T6:Az egyetemisták szerint az egészséget pozitívan befolyásoló tényezők:

- egészséges életmód
- kiegyensúlyozott párkapcsolat és szexuális élet
- kellő informáltság

Az egészséget negatívan befolyásoló tényezők:

- környezeti hatások (sugárzások, zaj, stb.)
- túlzott gyógyszeresedés

Az egészséget negatívan és pozitívan is befolyásolni képes tényezők:

- környezet (szűkebb társadalmi, gazdasági, család, barátok)
- lakóhely, lakókörnyezet
- média hatalma, mint befolyásoló tényező

A válaszadók 35,7%-a akkor is rendszeresen ellenőrizteti egészségi állapotát, ha nincs egészségügyi problémája és saját megítélésük szerint közepes mértékben élik az életüket egészségtudatosan. A legtöbben (20,5%) a háziorvosuktól kérnek tanácsot egészségügyi kérdésekben, viszont a szakorvost tartják a legmegbízhatóbb információforrásnak. Tézisként megfogalmazva:

T7: Egészséggel kapcsolatos kérdésekben a leggyakrabban igénybevett információforrás a háziorvos, de a legmegbízhatóbb a szakorvos.

Ezek után megpróbálom a fenti tényezők felhasználásával mérhető formában megjeleníteni az egészségtudatosságot.

8. Az egészségtudatosság mérése

A szakirodalmat áttekintve nem találtam olyan mérőszámot, melyet az egészségtudatosság mérésére már használt volna valaki. Egyedül Gould SJ. (American Journal of Prev. Med. 1990 jul-aug; 6(4), p228-237) Health consciousness and health behavior: the application of a new health consciousness scale című cikkében az egészségtudatosságot az öntudatossággal párhuzamba állítva vizsgálja. Megalkotja az egészségtudatossági skálát az öntudatossági skála módosításával. A kutatásai alapján négy elsődleges faktora szabad fordításban:

- Egészség – öntudatosság
- Egészség – figyelés
- Egészség – önvizsgálat
- Egészség – érintettség.

Ez azonban, ahogy a kiindulásából is látszik egy szociológiai jellegű skála és módszer. Így nem alkalmas arra a marketing szempontú vizsgálatra, – már csak azért sem, mert nem derült ki pontosan, hogy, melyiket miként mérte és határozta meg - melyet szeretnék megtenni és az előző fejezetekben már előkészítettem.

Egy másik ehhez hasonló szociológiai-pszichológiai alapú modell, a cselekvési nehézséget vizsgálja. Ez annyiban megfelelőbb az én szempontomból, hogy számszerűsíteni lehet vele egy minőségi változót. Esetemben ez a változó a mit tesz egészsége megóvása, helyreállítása érdekében. Ennek a modellnek a felhasználásával meg tudom határozni, hogy a megkérdezettek által említett cselekvéseknek milyen nehéz a végrehajtása. A modell szerint minél többen végeznek egy tevékenységet annál könnyebb a végrehajtása, vagyis annál alacsonyabb a cselekvési nehézség értéke.

Ez alapján az állapítható meg, hogy az egészség megóvása, helyreállítása érdekében a legkisebb nehézséggel végezhető a torna, aerobics, kondi, fitness. Még mindig kis cselekvési nehézségűnek minősítem a sportot (így általában) és a futást, úszást, kerékpározást. Ezek az említett tényezők úgy, ahogy a megkérdezettek említették őket. Így alakult ki a 16. táblázatban látható tényezők sora. Többféle csoportosításban megvizsgáltam a tényezők cselekvési nehézségeit, mert amint megnézve a táblázatot látható, hogy az említett cselekvések további csoportokba vonhatók össze egészen addig, hogy csak három csoport marad. Én azonban a fogyasztók által említett felosztásnál maradtam, mert a többi esetben szélsőséges értékeket mutattak a cselekvési nehézségek. Így megítélésem szerint ebben a

felosztásban differenciáltak legjobban a cselekvések. Visszatérve a nehézségi értékekhez, közepes az egészséges táplálkozás és a vitaminok, táplálék-kiegészítők, zöldség-gyümölcsfogyasztás értéke. Ami ennél is elkésőbb, hogy az orvos felkeresésének már igen magas a nehézsége. A sort, pedig a kevésbé népszerű sportok, testmozgások zárják.

16. táblázat: Cselekvési nehézségek a válaszadók által az egészségük megóvása, helyreállítása érdekében végzett tevékenységek esetében

Cselekvések	Gyakoriság	Gyakoriság %-ban	Cselekvési Nehézség
Torna, aerobic, kondi, fitness	74	0,274	0,726
Sport	67	0,248	0,752
Futás, úszás, kerékpár	65	0,241	0,759
Séta, kirándulás	34	0,126	0,874
Egészséges táplálkozás	30	0,111	0,889
Vitaminok, táplálékkiegészítők, zöldség-gyümölcs	24	0,089	0,911
Foci	21	0,078	0,922
Szauna, szolárium, masszázs	17	0,063	0,937
Labdajátékok	11	0,041	0,959
Tánc	9	0,033	0,967
Jóga	7	0,026	0,974
Orvos felkeresése	6	0,022	0,978
Kertészkedés	6	0,022	0,978
Egyéb sport	5	0,019	0,981
Küzdősportok	3	0,011	0,989

Forrás: Saját szerkesztés

Ez alapján besorolhatók a fogyasztók egészségtudatosság szempontjából, oly módon, hogy azt tekintjük egészségtudatosabbnak, aki magasabb cselekvési nehézségű tevékenységeket végez. Ez a modell azonban csak egyetlen tényezőt vizsgál. Nekem is meggyőződése és a korábbi kutatási eredmények is azt mutatják, hogy több tényezőtől függ, hogy valaki egészségtudatosan él, vagy sem.

Mivel ilyen kész modell, mely ennek meghatározásában segítségemre lenne, nem áll rendelkezésemre – a fent említett és alkalmazott cselekvési nehézségen kívül, mely azonban csak egyetlen tényezőt vizsgál – nekem kell megalkotnom egy ilyen modellt. A kérdés már csak az, milyen változókat használjak hozzá.

Nyilvánvalóan valamilyen számszerűsíthető és jól mérhető tényezőre, tényezőkre van szükség az egészségtudatosság számszerű meghatározásához. Az imént megvizsgált tényezők közül talán a legkézenfekvőbb, hogy az egészségmegővásra, helyreállításra fordított időt és az arra költött pénzt használjam fel az egészségtudatosság méréséhez. Mindkét tényező esetében számszerű eredményeket produkált a megkérdezés, így ezzel sincs problémám. Sőt az idő

esetében bonyolult matematikai módszerek alkalmazása nélkül is könnyen kategorizálhatók a kapott értékek. Ehhez támaszkodom a korábban erről a változóról elmondottakra. Ezt a felosztást szemléltetem az alábbi 17. táblázatban.

Ez alapján a következőképpen kategorizálom az egyetemistákat: nem egészségtudatos az, aki heti 4 óránál kevesebb időt fordít az egészségére. Egészségtudatosnak tekinthető, aki 4 és 10 óra közötti időt és nagyon egészségtudatosnak, aki 10 óránál többet tölt egészsége megővásával, helyreállításával.

17. táblázat: Mennyi időt fordít egészsége megővására, helyreállítására hetente?

		Gyakoriság	Valós %	
Valós (óra)	,00	751	69,5	Nem egészségtudatos
	,04	1	,1	
	,08	1	,1	
	,10	1	,1	
	,20	4	,4	
	,30	1	,1	
	,50	8	,7	
	1,00	35	3,2	
	1,50	3	,3	
	2,00	62	5,7	
	2,50	3	,3	
	3,00	41	3,8	
	3,50	5	,5	
	4,00	55	5,1	Egészségtudatos
	5,00	31	2,9	
	6,00	16	1,5	
	7,00	12	1,1	
	8,00	6	,6	
	9,00	4	,4	
	10,00	16	1,5	
	11,00	1	,1	Nagyon egészségtudatos
	12,00	7	,6	
	13,00	1	,1	
	14,00	5	,5	
	15,00	3	,3	
	18,00	2	,2	
	21,00	3	,3	
	25,00	1	,1	
	35,00	1	,1	
	Összes	1080	100,0	

Forrás: Saját szerkesztés

Ezek után megvizsgálva a másik tényezőt, az egészségmegővásra, helyreállításra költött pénzt, akkor hasonló kategóriákat alakíthatok ki, mint az idő esetében. Ezek láthatók a 18. táblázatban.

18. táblázat: Mennyi pénzt költ egészsége megővására, helyreállítására havonta?

		Gyakoriság	Valós %	
Valós (Ezer Ft)	,00	851	78,8	Nem egészségtudatos
	,50	6	,6	
	,60	2	,2	
	1,00	30	2,8	
	1,20	1	,1	
	1,50	6	,6	
	1,60	4	,4	
	2,00	24	2,2	
	2,40	1	,1	
	2,50	3	,3	
	2,60	1	,1	
	3,00	25	2,3	
	3,20	2	,2	
	3,30	1	,1	
	3,40	2	,2	
	3,50	4	,4	
	3,90	1	,1	
	4,00	23	2,1	
	4,50	1	,1	
	5,00	33	3,1	Egészségtudatos
	6,00	7	,6	
	6,80	1	,1	
	7,00	1	,1	
	7,50	1	,1	
	8,00	4	,4	
	10,00	26	2,4	
	12,00	1	,1	
	13,00	2	,2	
	15,00	6	,6	
Nagyon egészség- tudatos	20,00	4	,4	
	30,00	3	,3	
	40,00	2	,2	
	80,00	1	,1	
	Összes	1080	100,0	

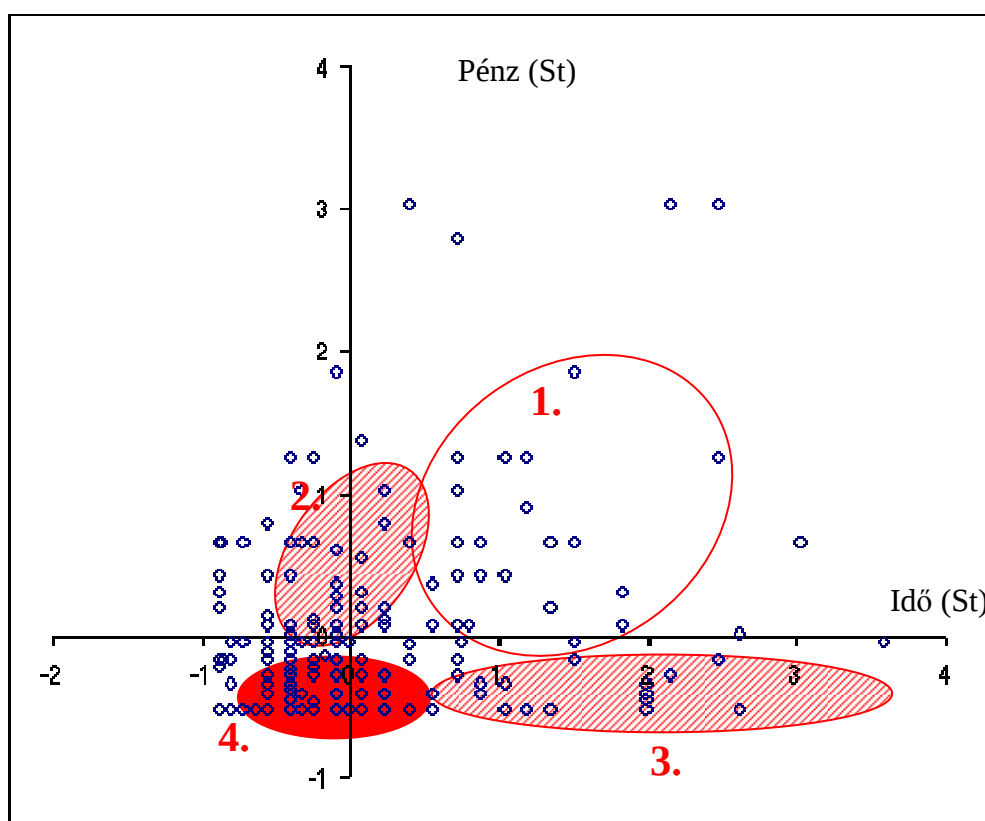
Forrás: Saját szerkesztés

Vagyis az egészségmegővásra, helyreállításra költött pénz tekintetében nem egészségtudatos az, aki havi 6.000 forintnál kevesebb pénzt költ az egészségére. Egészségtudatosnak

tekinthető, aki 6 és 15.000 forint közötti összeget és nagyon egészségtudatosnak, aki 15.000 forintnál többet szentel egészsége megóvására, helyreállítására.

Ez alapján meg tudtam határozni, hogy ki egészségtudatos az egészségmegóvásra és helyreállításra fordított idő vagy az erre költött pénz alapján. A hangsúly azonban a vagy – on van, mivel egyáltalán nem valószínű, sőt mondhatom szinte biztos, hogy nem ugyanazok egészségtudatosak, nagyon egészségtudatosak és nem egészségtudatosak a pénz, illetve az idő alapján. Leginkább azt valószínűsítom, hogy ezek egymás komplementerei. Tehát valamilyen módon, együttesen kellene vizsgálni a két tényező alapján a megkérdezettek egészségmagatartását, hiszen ahogy korábban is mondtam, több tényező határozza meg az egészségtudatos fogyasztói magatartást. Ehhez azonos bázison kellene tudni mérni a két értéket. Erre a standardizálást hívom segítségül. A standardizálás alapjául mindkét tényező esetében az átlagértéket használom. Az így kapott standardizált pénz és idő értékeket az alábbi 24. ábrán látható koordináta-rendszerben ábrázoltam.

24. ábra: Szegmensek az egészségmegóvásra fordított idő és pénz alapján



Forrás: Saját szerkesztés

Az átlagosnál nagyobb pénz és időráfordítást megtestesítő (1.) szegmensbe tartozó fogyasztók tekinthetők egészségtudatosnak mindkét szempontból.

Az átlagosnál nagyobb pénz és az átlagosnál alacsonyabb időráfordítást megtestesítő (2.) szegmensbe tartozók pénzmotivált egészségtudatosak. Ők inkább pénzt szentelnek az egészségük megóvására, helyreállítására, mint időt.

Az átlagosnál nagyobb idő és az átlagosnál alacsonyabb pénzráfordítást megtestesítő (3.) szegmensbe tartozók időmotivált egészségtudatosak. Ők inkább időt szentelnek az egészségük megóvására, helyreállítására, mint pénzt. Olyan tevékenységeket választanak, melyek nem igényelnek anyagi áldozatot. Ezen túl ez azt is jelenti, hogy ők sporttevékenységgel próbálnak tenni az egészségükért, viszont nem szentelnek (szentelhetnek) pénzt az egészséges táplálkozásra.

Az átlagosnál alacsonyabb pénz és időráfordítást megtestesítő (4.) szegmensbe tartozók nem egészségtudatosak. Ők pénzt és időt is csak az átlagosnál csekélyebb mértékben szentelnek az egészségük megóvására, helyreállítására.

A fentiekben két tényező alapján sikerült meghatároznom az egyetemisták egészségtudatosságát, illetve szegmentáltam is őket a két tényező alapján.

Azt gondolom azonban, hogy annak megítélése ki mennyire egészségtudatos nem csak ettől a két tényezőtől, vagyis nem csak attól függ, hogy mennyi időt és pénzt szentel az egészsége megóvására, helyreállítására. Ezt mutatták a korábbi kutatásaim eredményei is. Így tovább folytatom a vizsgálódást és megpróbálok újabb tényezőket bekapcsolni a mérésbe.

8.1. Az egészségtudatossági mérőszám

Áttekintve a korábbiakban megvizsgált tényezőket további két olyat találtam, mely az egészségtudatosság számszerűsítésében segítségemre lehet. Ezek pedig a:

- Mennyire éli az életét egészségtudatosan?
- Ha nincs egészségügyi problémája, ellenőrizteti-e rendszeresen az egészségi állapotát?

Ezt a két tényezőt kiegészítve a korábban is használt:

- Mennyi időt fordít egészsége megóvására, helyreállítására hetente?
- Mennyi pénzt költ egészsége megóvására, helyreállítására havonta?

tényezőkkel alkottam meg az alábbi képletet az egészségtudatosság szemszerű meghatározására.

$$ET = \frac{[1 + EFI(\acute{o} / \acute{h}\acute{e}t)] \times [1 + EKP(EzerFt / \acute{h}\acute{o})]}{[6 - M\acute{E}E(sk\acute{a}la\acute{e}rt\acute{e}k)] + EE\acute{A}HNB(sk\acute{a}la\acute{e}rt\acute{e}k)}$$

A képletben használt rövidítések jelentése a következő:

EFI: Egészségmegóvásra, helyreállításra **F**ordított **I**dő

EKP: Egészségmegóvásra, helyreállításra **K**öltött **P**énz

MÉE: Mennyire **É**l Egészségtudatosan

EEÁHNB: Ellenőrizteti **E**gészségi **Á**llapotát **H**a **N**em **B**eteg (Ha nincs egészségügyi problémája, ellenőrizteti-e rendszeresen az egészségi állapotát?)

Nilván fölmerül mindenkiben a kérdés, hogy rendben, használjuk ezeket a tényezőket, de miért pont ilyen módon, ilyen matematikai műveletekkel kapcsoltam össze őket.

8.2. Az ET képlet magyarázata

Azt gondolom az egyértelmű, hogy a számlálóba miért a két korábban részletesen vizsgált tényező került, hiszen erre már előbb rávilágítottam, hogy ezeket tartom az egészségtudatosság elsőrendű fokmérőjének. Az egyértelmű, hogy összeadni nem lehet őket, hiszen más a mértékegységük, ezért összekapcsolásukra, együttes kezelésükre a szorzás tűnik a legalkalmasabb matematikai műveletnek. Arra pedig, hogy az egészségmegóvásra, helyreállításra fordított idő és pénz értékét hozzáadjuk egyhez és így szorozzuk őket, azért volt szükség, hogy ha valaki csak időt, vagy csak pénzt szán az egészségére, akkor se legyen nulla a szorzat. Így mindenképpen mérni tudjuk az egészségtudatosságot, bármit is tesz valaki ennek érdekében. A másik két tényező feladata, hogy árnyalja a szorzás eredményeként kapott értéket. Mindkettőt egy skála segítségével mértem.

Mennyire él egészségtudatosan kérdésre adott válaszokat az alábbi ötfokozatú skála segítségével mértem, melynek értékei a következők voltak: 1. egyáltalán nem

2. kis mértékben

3. közepes mértékben

4. eléggé tudatosan

5. nagyon tudatosan

Ellenőrizteti-e rendszeresen egészségi állapotát kérdésre adott válaszokat, pedig a kérdésfeltevésből egyértelműen következő módon az alábbi dichotóm skálával:

1. igen,

2. nem

Mivel itt a minőségi ismérvek sorszámait használtam mérőszámként ezért ezek minden további nélkül összeadhatók. Azonban a két skálánál nem azonosak a végpontok, vagyis míg az ötfokozatúnál az egyes érték a negatív és az ötös a pozitív, addig a dichotóm skálánál az egyes a pozitív és a kettes a negatív végpont. Ezért az egyiknél skálatranszformációra van szükség annak érdekében, hogy ha a válaszadó mindkét skálán azonos irányú (mindkétszer negatív, vagy mindkétszer pozitív) választ adott, akkor azok ne kioltás, hanem abba az irányba módosítsák egészségtudatossági mérőszámát. Számomra az ötfokozatú skála transzformálása tűnt egyszerűbbnek és kézenfekvőbbnek, ezért ennél, a skálaértékeket kivontam hatból, ezáltal a legkisebb érték vált a legnagyobb. Azért nem ötből, mert akkor, ha valaki ötöt adott erre, a kivonás után nullát kapnék és így kiesne ez a tényező, sőt ha emellett igennel válaszol a másik kérdésre, akkor a két tényező együttesen sem módosít az egészségtudatossági mérőszám értékén. Ezután már az összegzésük a megfelelő irányban és mértékben módosíthatja a mérőszámot. A dichotóm skála transzformálása azért sem lenne célszerű, mert akkor az aki nemmel válaszolt, vagyis kevésbé egészségtudatos, akkor az kisebb, míg aki igennel válaszolt az pedig nagyobb mértékben csökkentené a mérőszámot, tehát épp ellenkezőleg, mint amit a válasza kifejez az egészségtudatosság szempontjából.

A kérdés ezek után már csak az volt, hogyan kapcsoljam össze az idő és pénz szorzatával az egészségtudatos élet és rendszeres orvosi ellenőrzés skálaértékének összegét. Erre megítélésem szerint az osztás kínálta a legmegfelelőbb megoldást. Ugyanis így, minél egészségtudatosabban él valaki egyrészt a saját megítélése szerint, másrészt, ha ellenőrizteti az egészségi állapotát, ha nincs egészségügyi problémája, akkor kisebb számmal történik az osztás és kisebb mértékben csökkenti a pénz – idő szorzatot és magasabb lesz a mérőszám.

Ellenkező esetben fordított lesz a helyzet és jelentősebb mértékben csökken a pénz – idő szorzat.

Azt már a pénz – idő szorzat vizsgálatánál leírtam, hogy annak az értéke sosem lesz nulla, amiatt mert mindkét értéket egyhez adom hozzá. A tört értéke sem lehet a nevezőre vonatkozóan elmondottak miatt nulla, hanem a lehetséges legkisebb értéke 0,5. Ugyanis, amint azt korábban írtam a számláló minimális értéke $1 \cdot 1$ vagyis 1. A nevezőé pedig $6 - 5 + 1 = 2$, tehát a tört minimális értéke $1 \cdot 1 / 1 + 1 = 0,5$. Maximális értéke nincs mivel, bár időt egy héten nem fordíthat korlátlanul valaki az egészségére (legfeljebb 168 órát), viszont pénzt korlátlanul költhet rá elviekben. Tehát a számláló szinte akármilyen magas értéket felvehet. A nevező értéke viszont korlátos, méghozzá alsó és felső korlátja is van. Az alsót már levezettem, ez minimálisan 2 lehet, mely érték a leginkább egészségtudatosakat jelöli a két tényező alapján. A felső korlát pedig 7, mely a legkevésbé egészségtudatosakat jelöli a két tényező alapján.

Így már valamennyi korábban vizsgált tényezőt bevontam az ET mérőszám megalkotásába, melyekről az derült ki, hogy valamilyen mértékben alkalmasak az egészségtudatosság fokának, mértékének meghatározására.

Felmerült még bennem az, hogy a cselekvési nehézség mérőszámát is integrálom az ET mérőszámomba. Ettől az a tény tántorított el, hogy megvizsgálva a két mérőszám kapcsolatát, azt tapasztaltam, hogy nincs korrelációs kapcsolat közöttük, amint ezt az alábbi 19. táblázat adatai is igazolják.

19. táblázat: Korreláció az egészségtudatossági mérőszám és a cselekvési nehézség között

		Egészségtudatossági mérőszám	Cselekvési nehézség 15 cselekvéskategória esetén
Egészségtudatossági mérőszám	Pearson féle korreláció	1	,064
	Szig. (kétoldalú)	.	,294
	N	270	270
Cselekvési nehézség 15 cselekvéskategória esetén	Pearson féle korreláció	,064	1
	Szig. (kétoldalú)	,294	.
	N	270	270

Forrás: Saját szerkesztés

Ily módon helytelennek, illetve alá nem támaszthatónak éreztem a cselekvési nehézség bevonását a képletbe. Ezért ezt nem is tettem meg, tehát az egészségtudatossági mérőszám maradt a korábban ismertetett formában.

Ezek után már csak egy kérdés maradt a képlettel kapcsolatban, mégpedig az, hogy mennyire helytálló. Vagyis validálni kellene a helyességét. Erre alkalmas lenne a későbbi fejezetben ismertetendő egészségtudatossági modell megalkotásához végzett kutatás és az ott meghatározott faktorsúlyok és a megkérdezettek által az egyes tényezőkre adott pontszámok felhasználásával egy Fischbein jellegű mérőszám megalkotása. Illetve ezek után a két kutatásból származó értékek összevetése. Erre azonban azért nincs lehetőség, pontosabban azért lenne értelmetlen és tudománytalan, mert a két megkérdezés nem ugyanazon a mintán történt, így pedig a kapott eredmények nem összemérhetők. Emiatt egy szakértői megkérdezést végeztem a képlet helyességének az igazolására. Hét szakembert kérdeztem meg az egészségpiac különböző területeiről. Az egészségtudatosság témakörében folyamatosan publikáló magyar szerzők, a magatartástudomány és a marketing területéről. Közülük hárman tudományos munkáikkal is segítették a dolgozatom elkészültét. Kettő a gyógyszeriparban, multinacionális gyógyszergyárak magyarországi leányvállalatánál tevékenykednek vállalatvezetőként, illetve középvezetőként. Kettő pedig orvos végzettségűek. Egyikük gyakorló szakember, a másik pedig évtizedeken keresztül kórházigazgatóként, manapság pedig egy gyógyászati berendezéseket gyártó és szűrőállomásokat működtető nemzetközi cég igazgatója.

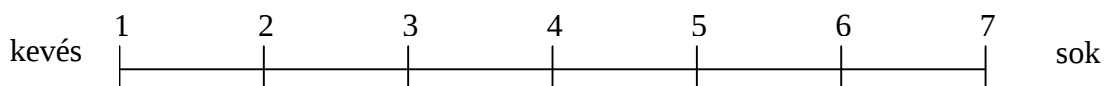
Az ő véleményeik is megoszlottak az általam alkotott képlet vonatkozásában. Egy részük jónak és a mérésre használhatónak minősítette a képletet. Más részük jó elgondolásnak tartotta, de fenntartásokkal viseltetett iránta és kérdéseket vetett föl vele kapcsolatban. A harmadik „csoport” pedig önkényesnek tartotta a bevont tényezőket és túl merész vállalkozásnak a képletszerű összekapcsolásukat.

Így megerősödött bennem az a korábbi érzés, hogy nem kellően megalapozott a képlet megszerkesztése és igazolni sem tudtam a fent vázolt kutatási probléma miatt a használhatóságát. Ezért úgy döntöttem ezt csak egy állomásnak tekintem a célhoz vezető úton és próbálok egy még komplexebb, még több tényezőt vizsgáló mérési módszert kidolgozni, annak elkerülése érdekében, hogy önkényesen kiválasztottak legyenek a vizsgálatba bevont tényezők. Éppen ezért azt tartottam a legmegfelelőbbnek, hogy megpróbáljak minden olyan tényezőt a mérési módszerben alkalmazni, melyek befolyásolhatják egy fogyasztó egészségtudatosságát. Az összemérhetőség érdekében azonos skálán kell mérnem az egyes

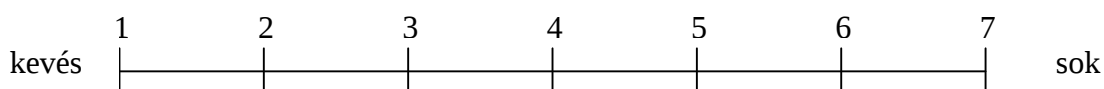
tényezőket. Ehhez a szemantikus differenciál skálát, illetve ennek módosított változatát választottam és ennek segítségével megalkottam az alább bemutatandó RETP modellt.

Rugalmas Egészségtudatossági Profil (RETP) [Health Awareness Profile(HAP)] modell

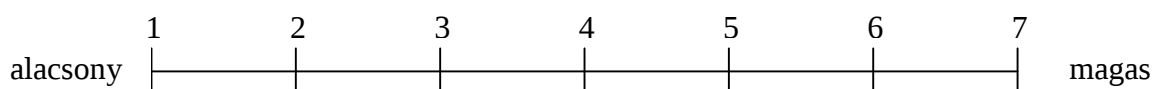
Mennyi időt fordít egészségmegővésre/helyreállításra?



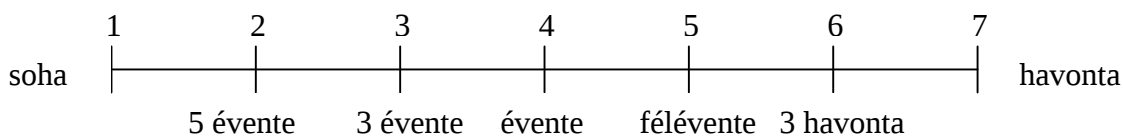
Mennyi pénzt költ egészségmegővésre/helyreállításra?



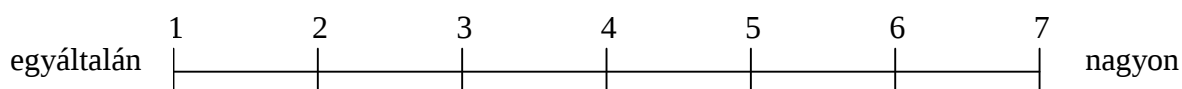
Az egészségmegővés/helyreállítás érdekében végzett tevékenységek cselekvési nehézsége.



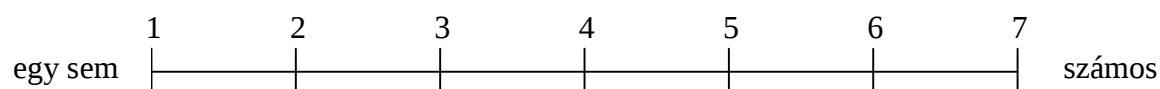
Szűrővizsgálatok látogatása (szűrővizsgálatonként)



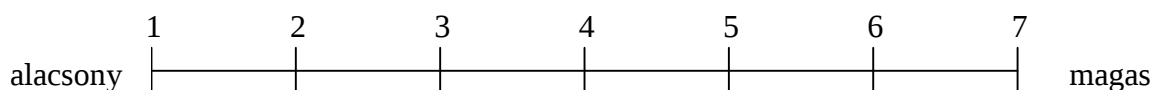
Életmódjában mennyire egészségtudatos?



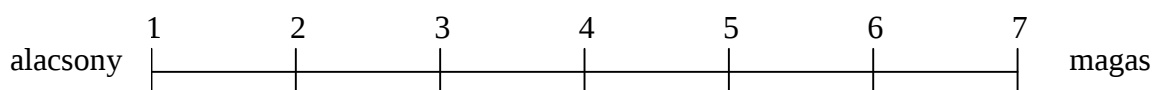
Hány káros szenvedélye van?



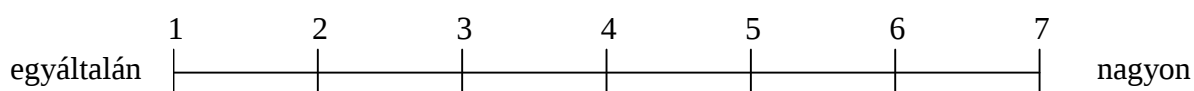
Testtömegindex értéke



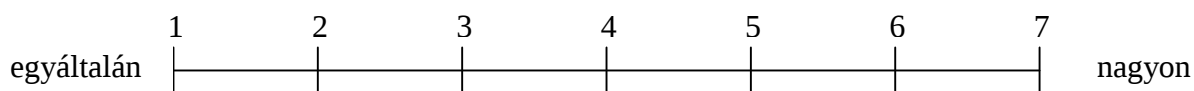
Hastérfogat értéke



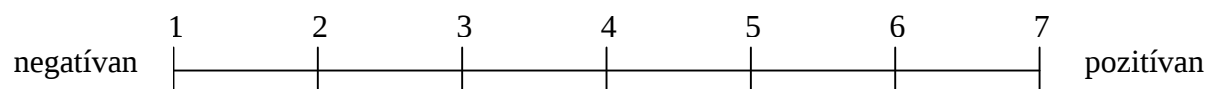
Mennyire érzi a stresszt a mindennapjaiban?



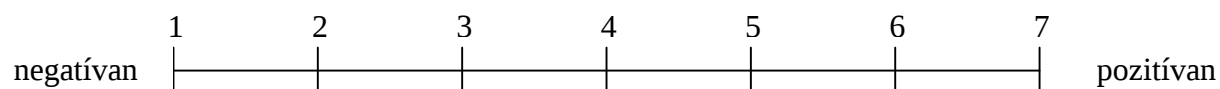
Mennyire jellemzi a rendszeresség a mindennapi életét?



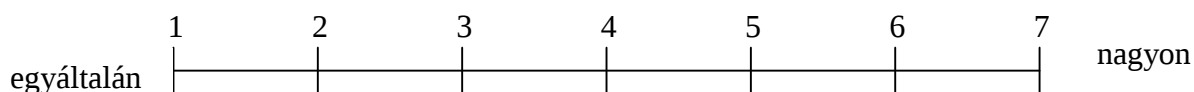
Párkapcsolata hogyan hat a lelki állapotára?



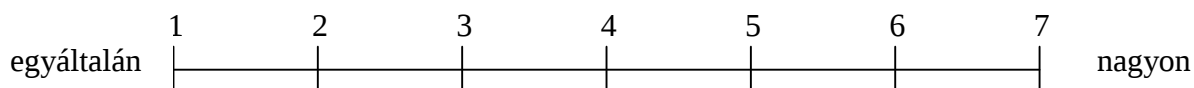
Szexuális élete hogyan hat az egészségi állapotára?



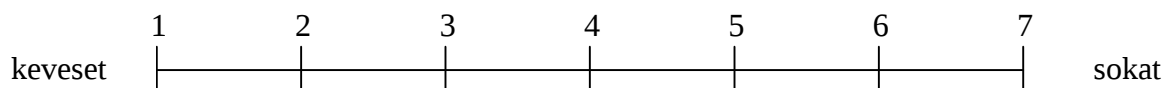
Mennyire figyel a higiénára és a megfelelő tisztálkodásra a mindennapok során?



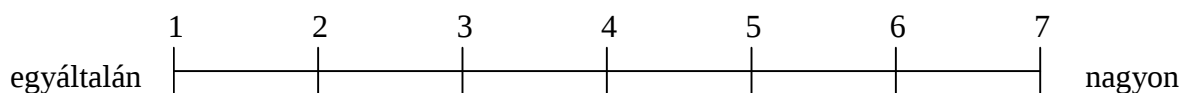
Mennyire figyel arra, hogyan és mivel táplálkozik?



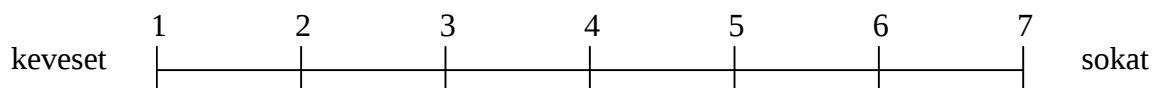
Mennyit alszik egy nap?



Mennyire veszi figyelembe az egészséget befolyásoló tényezőket a lakóhely kiválasztásakor?

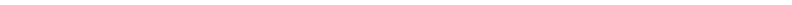


Mennyit mozog átlagosan egy héten a szabadidejében egészsége megóvása érdekében?



keveset
1
2
3
4
5
6
7
 sokat

egy sem 1 2 3 4 5 6 7 sok

egyáltalán  teljesen

Jobbra tolt profil

Az egészségtudatossági profil úgy alakul ki, hogy az egyes skálákon megjelölt értékeket összekötjük, létrehozva ezáltal az egészségtudatosság grafikus mutatóját. Az utolsó skála, mely egy Stapel jellegű skála, azt méri, hogy milyennek ítéli saját egészségi állapotát a megkérdezett, eltolhatja a korábbi tényezők alapján kialakult profilt. Így az egészségtudatossági profil – akárcsak a vérkép – jobbra vagy balra tolttá válhat. Az egyén egészségi állapotának modellbe építését azért tartottam lényegesnek, mert szerintem ez alapvetően meghatározza az egészségtudatosságát. Még hozzá nem annak abszolút értéke, melyet az orvos vagy valaki más határoz meg, hanem az illető által érzékelt szintje. Vagyis ennél is, akárcsak a többi marketing változónál az a fontos, hogy milyennek érzékeljük, nem pedig az, hogy milyen valójában.

103

„javítókulcsot” használva, meghatározható lenne abszolút értékben is adott személy, csoport, stb. egészségtudatossága. Ráadásul rögzíteni lehetne azokat a változókat, vagy területeket, ahol az illetőnek jobban oda kellene figyelnie az egészségére. Ezek a minősítések bizonyos változók esetében, mint pl. a testtömegindex jelenleg is rendelkezésre állnak, másoknál reményeim szerint a jövőben meghatározásra kerülhetnek.

Mindezek fényében úgy gondolom, hogy eljutottam ahhoz a módszerhez, amit kerestem, vagyis megalkottam azt a modellt mely alkalmas az egészségtudatosság jellemzésére. Ezzel megválasztam és elfogadom a dolgozat első hipotézisét is. Így megfogalmazhatom az erre vonatkozó tézisem.

T8: Az egészségtudatosság leírására megalkottam a Rugalmas Egészségtudatossági Profil (RETP) Modellt, melyet alkalmasnak tartok egyének, csoportok, szegmensek, vagy egy ország lakosságának egészségtudatosság szempontjából való jellemzésére.

Az egészségtudatosság meghatározása érdekében végzett elemzések közben, különösen azonban a cselekvési nehézségek vizsgálatakor felvetődött bennem a gondolat, hogy az egészségtudatos fogyasztói magatartás megjelenése viszonylag kevés változóval leírható. Ugyanis, ahogy a fogyasztók azon tevékenységeinek különböző csoportosításait végeztem és elemeztem, melyeket az egészségük megóvása, helyreállítása érdekében végeznek, arra a megállapításra jutottam, hogy ezek a tevékenységek végső soron három területet képviselnek. Ezek a test, a fizikum karbantartása, megőrzése, az anyagcsere karbantartása, helyes tápanyagbevitel és végül az egészségi állapot ellenőrzése, ellenőriztetése. Ez sarkallt arra, hogy megpróbáljam az egészségtudatos fogyasztói magatartást és az ezt magyarázó motivációs tényezőket modellezni.

Ennek érdekében egy újabb marketingkutatót végeztem és ennek eredményei alapján megpróbáltam az említett modellt megalkotni. Ezt ismertetem a következő fejezetben.

9. Az egészségtudatossági modell

Az egészségtudatosság eddigi elemzése során felvetődött bennem az a kérdés, hogy mi is határozza meg azt, hogy valaki egészségtudatosan él, avagy sem. Mert rendben van, hogy milyen megjelenési formái, milyen látható fogyasztói magatartási, viselkedési módjai vannak az egészségtudatos életmódnak és ezek hogyan érhetők tetten, de mi befolyásolja, hogy ezekből a magatartási formákból ki mit testesít meg. Eddig ezeket, a látható változókat vizsgáltam, melyek a cselekvési nehézség vizsgálatánál három jól meghatározható változócsoportha rendeződtek. Ennek folyamányaként elhatároztam, hogy elvégzek egy újabb kutatást az egészségtudatossággal kapcsolatos fogyasztói motivációk feltárására.

9.1. A kutatás célja és hipotézisei

A kutatás célja az egészségtudatosság megjelenési formáinak és az azt meghatározó tényezőket összegyűjtő modell megalkotása. A kutatás kiinduló modellje a 25. ábrán látható. Az ábra jelöléseit a változók bemutatásánál ismertetem. A kutatás szemben a korábban ismertetettel nem vizsgálódott széles körben és nem próbált sok egészségtudatossággal kapcsolatos változót és kapcsolatukat feltárni. Célirányosan arra törekedtem, hogy a kiinduló modellben felvázolt tényezők egészségtudatossághoz való viszonyát teszteljem és az esetleges korrekciókat ez alapján végrehajtsam.

Hipotéziseim is ezzel kapcsolatosak.

H1: Az egészségtudatos fogyasztói magatartás megnyilvánulási formái az egészséges táplálkozás, testmozgás-sportolás és a szűrővizsgálatok látogatása.

H2: Az egészségtudatosság szintjét öt tényező magyarázza, befolyásolja.

Ezeket további (al)hipotézisekben fogalmazom meg.

H2.1: Az egészségtudatosságot befolyásoló tényező a szabadidő.

H2.2: Az egészségtudatosságot befolyásoló tényező az anyagi helyzet.

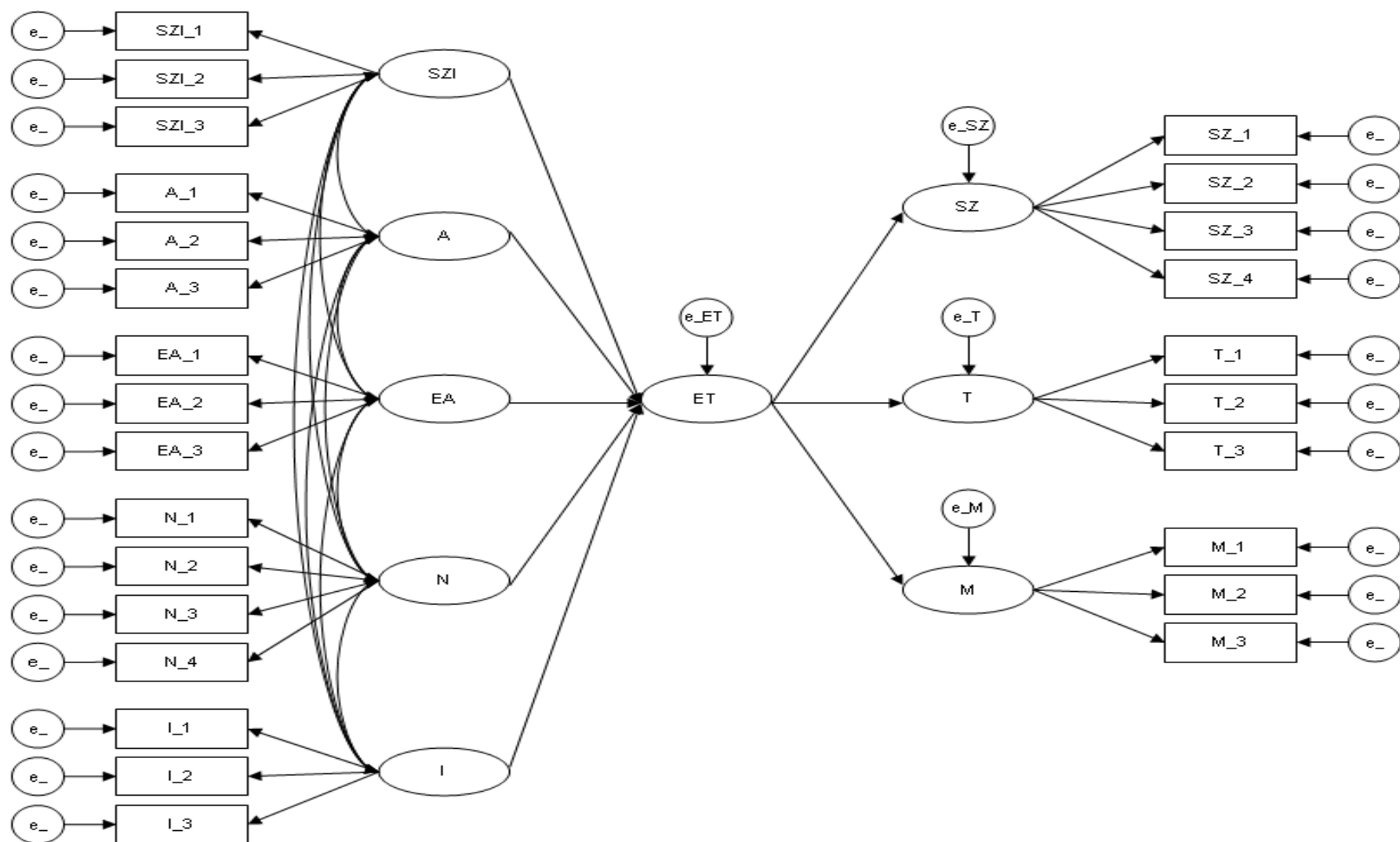
H2.3: Az egészségtudatosságot befolyásoló tényező az egészségi állapot.

H2.4: Az egészségtudatosságot befolyásoló tényező a neveltetés.

H2.1: Az egészségtudatosságot befolyásoló tényező az informáltság.

Nézzük, hogyan történt ezek vizsgálata.

25. ábra: Az egészségtudatosság kiinduló elméleti – kutatási modellje



Forrás: Saját szerkesztés

9.2. A kutatás módszertana

Kutatásom módszerül, akárcsak a korábbi esetében a kvantitatív technikák közé sorolható kérdőíves megkérdezést választottam. A felhasznált kérdőív ismét önkitöltő jellegű volt és a Miskolci Egyetem diákjaiból kiválasztott 100 elemű mintán terveztem lekérdezni. A tervet sikerült egy picit túlteljesíteni, ugyanis 104 kitöltött kérdőívet kaptam vissza a hallgatóktól. A minta alacsony elemszáma miatt, természetesen nem reprezentatív, ezért csak egy pilot vizsgálatnak tekintem a megkérdezést, mely a tényezők közötti kapcsolat feltárását cálozza. A visszakapott kérdőívek mindegyike használható volt, csupán két demográfia kérdés volt, melynél néhányan nem adtak választ, illetve egy esetben a gazdasági aktivitásnál történt elírás, hiszen nem valószínű, hogy egy egyetemista – amint azt válasza mutatta – nyugdíjas legyen.

A feldolgozás során a modell kialakításához, illetve az elméleti elgondolásom teszteléséhez faktoranalízist és regresszió – számítást alkalmaztam. A faktoranalízis lehetséges módszerei közül pedig a főkomponens – elemzés volt a választott metódus, mivel a cél az volt, hogy meghatározzam azon faktorok legkisebb számát, melyek a legtöbb varianciát magyarázzák. (Malhotra, 1999)

A kérdőív a demográfiai adatokra vonatkozó kérdések mellett az alábbi változókat tartalmazta, a feltüntetett változócsoportokból. Az első három változócsoport az egészségtudatosság tetten érhető fogyasztói megnyilvánulásait foglalta össze. A következő öt csoport pedig az egészségtudatos fogyasztói magatartás magyarázóterét alkotja. Vagyis ezek a változók hivatottak a látható fogyasztó viselkedés motivációjának alátámasztására. A változók előtt az elemzés során hozzájuk rendelt kódszám látható. Ugyanezeket a jelöléseket alkalmaztam a kiinduló modellben.

SZŰRÉS	
SZ01	Rendszeresen felkeresem a háziorvosomat, akkor is, ha nincs egészségügyi problémám.
SZ02	Rendszeresen felkeresem a fogorvosomat, akkor is, ha nincs panaszom.
SZ03	Eljárok a szűrővizsgálatokra, amint értesítést kapok róla.
SZ04	Olyan szűrővizsgálatokat is látogatok, amelyek nem kötelezőek.
TÁPLÁLKOZÁS	
T01	Minden étkezés alkalmával törekszem arra, hogy egészséges ételeket fogyasszak.
T02	Ha magamnak vagy családomnak készítek/vásárolok ennivalót figyelek rá, hogy egészséges ételek legyenek.

T03	Figyelem, hogy az elfogyasztott élelmiszer hogyan hat az egészségemre.
MOZGÁS	
M01	Rendszeresen eljárak sportolni / végzek valamilyen testmozgást.
M02	Igyekszem olyan sportot/mozgást választani, ami segít az egészségem megőrzésében.
M03	Akkor érzem magam jól, ha eleget mozgok/sportolok.
SZABADIDŐ	
SZI01	Sok szabadidőm van.
SZI02	Szabadidőm jelentős részét az egészségemmel való törődésre fordítom.
SZI03	Jó érzés számomra, ha időt tudok szentelni az egészségemre, akkor is ha ez a szabadidőm rovására megy.
ANYAGI HELYZET	
A01	Jó az anyagi helyzetem.
A02	Pénzem jelentős részét az egészségem megóvására költöm.
A03	Jó érzés számomra, ha pénzt tudok szánni az egészségemre, akkor is ha ez más megvásárlásának rovására megy.
EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT	
EA01	Fontos számomra az egészségem megőrzése.
EA02	Volt már olyan egészségügyi problémám, mely kihat jelenlegi egészségi állapotomra.
EA03	Figyelek a testsúlyomra, mert ez fontos az egészségem szempontjából.
NEVELTETÉS	
N01	Családunkban központi érték az egészség.
N02	Szüleim mindig figyeltek arra, hogy milyen élelmiszereket, ételeket fogyasztunk.
N03	Családunkban fontos az egészség érdekében végzett testmozgás.
N04	Családunk az egészségét akkor is ellenőrizteti, ha nincs egészségügyi problémája.
INFORMÁLTSÁG	
I01	Igyekszem tájékozódni arról, hogy mivel tudok tenni az egészségem megőrzésért/helyreállításáért.
I02	Igyekszem tájékozódni arról, hogy hol van sportolásra és egészséges élelmiszerek vásárlására lehetőség.
I03	Sok olyan információforrást ismerek és használok, ahonnan az egészséges életmódról tájékozódhatok.

A válaszadóknak az alábbi Likert egyetértési skála segítségével kellett véleményüket kifejezni. Vagyis azt, hogy az egyes állításokkal mennyire ért vagy nem ért egyet. (Scipione, 1994)

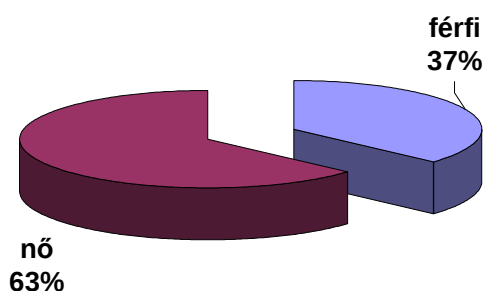
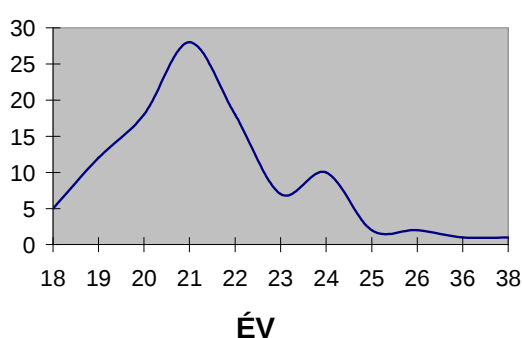
- (1) egyáltalán nem értek egyet
- (2) kis mértékben egyetértek
- (3) közepes mértékben egyetértek
- (4) nagymértékben egyetértek
- (5) teljesen egyetértek

Amint arra már utaltam a megkérdezést csak pilot vizsgálatnak tekintem, de a feldolgozás szokásos menetét követve megvizsgálom a minta összetételét.

9.3. A minta jellemzése

A minta nemek és kor szerint megoszlását az alábbi 26. ábra mutatja. A kor megoszlását 18 és 26 év között közelítőleg Gauss görbe írja le. Két válaszadó lóg ki, akik 36 és 38 évesek, feltehetően postgraduális képzésben vesznek részt, így kerülhettek a mintába. Nem szerint az arány majdnem azonos a korábbi kutatásával, ezt is valószínűleg a Miskolci Egyetemen jelentkező női túlsúly eredményezte.

26. ábra: A minta nem és kor szerinti megoszlása



Forrás: Saját szerkesztés

A következő két vizsgált demográfiai jellemző, mivel az egészséggel foglalkozunk a testsúly és a testmagasság volt. A mintában az átlagos testsúly 65,66 kg, az átlagos testmagasság pedig 173,05 cm. Amint az alábbi 20. és 21. táblázatban található kereszttáblákból is leolvasható az alacsonyabb testsúly és testmagasság értékek a hölgyekre, míg a magasabbak a férfiakra jellemzőbbek. A váltás a középső kategóriáknál történik.

20. táblázat: Testsúly kategóriák * Nem kereszttábla

Testsúly kategóriák	Nem		Összes
	férfi	nő	
50kg alatt	0	9	9
51-60kg	4	38	42
61-70kg	9	15	24
71-80kg	11	2	13
81-90kg	8	2	10
90kg fölött	6	0	6
Összesen	38	66	104

21. táblázat: Testmagasság kategóriák * Nem kereszttábla

Testmagasság kategóriák	Nem		Összes
	férfi	nő	
160cm alatt	0	4	4
161-170cm	1	44	45
171-180cm	18	17	35
181-190cm	15	1	16
190cm fölött	4	0	4
Összesen	38	66	104

Forrás: Saját szerkesztés

A családi állapot vonatkozásában sem ért meglepetés, hiszen szinte mindenki, 97,1 nőtlen vagy hajadon.

Lakóhely tekintetében a megyeszékhely a legjellemzőbb településtípus. A megkérdezettek több mint fele (51,9%) ilyen településen lakik. A többiek majdnem fele – fele arányban oszlanak meg az egyéb város (22,1%) és az egyéb település között (25%).

A háztartások vonatkozásában legjellemzőbbek a háromfős háztartások (35,4%), melyet a négy- és kétfősek követnek (30,3% és 20,2%). Egész kevesen élnek önállóan, illetve nagycsaládban. Vagyis ez az átlagos magyar családszerkezettel jól harmonizál. Ez volt az egyik kérdés, ahol nem mindenkitől kaptam választ.

A legmagasabb iskolai végzettség tekintetében sem ért meglepetés, hiszen a minta majd 90%-a középfokú végzettségű, ami egyetemistáknál természetes. A többiek, pedig felsőfokú végzettségűek, vagyis ők már legalább a második diplomájukat készülnek megszerezni.

A vizsgálat alanyainak családjában a legjellemzőbb a 150 és 200.000 valamint a 200 és 300.000 forint közötti nettó havi összjövedelem. A két csoport összesen 52,1%-t tesz ki. Említést érdemel még a 100 és 150.000 és 300 és 500.000 forint közötti kategóriába eső csoport a maga 18,4% és 13,3% értékével. Ez volt a másik olyan kérdés, ahol nem mindenki válaszolt.

Végül a gazdasági aktivitást vizsgáltam, ahol megint csak az egyetemisták körében végzett megkérdezés okán nem meglepő, hogy a válaszadók 95,2%-a inaktív- tanuló. Az egy munkanélküli feltehetőleg elírás vagy vicces kedvű hallgató válasza. A maradék négy fő, pedig tanulás mellett dolgozik, vagy munka mellett tanul.

A minta jellemzőinek áttekintése után visszatérek a modellhez, illetve ennek megalkotásához. Vagyis megvizsgálom, hogy valóban az általam meghatározott tényezők és változók determinálják-e az egészségtudatos magatartást. Elsőként a szűrés főkomponens elemzését végzem el.

9.4. A „SZŰRÉS” főkomponens-elemzése

Az egészségtudatosság egyik legfontosabb megnyilvánulása a különböző kötelező és ajánlott szűrővizsgálatok, a háziorvos és fogorvos meghatározott időközönként történő látogatása. Erre vonatkozóan négy különböző állítást fogalmaztam meg és az alábbi kódokat rendeltem hozzájuk:

22. táblázat: A szűréssel kapcsolatos állítások

Kód	Állítás
SZ01	Rendszeresen felkeresem a háziorvosomat, akkor is, ha nincs egészségügyi problémám.
SZ02	Rendszeresen felkeresem a fogorvosomat, akkor is, ha nincs panaszom.
SZ03	Eljárok a szűrővizsgálatokra, amint értesítést kapok róla.
SZ04	Olyan szűrővizsgálatokat is látogatok, amelyek nem kötelezőek.

Forrás: Saját szerkesztés

Az adatok elemzése során elsőként korreláció-vizsgálatot végeztem annak érdekében, hogy megállapítsam, összefüggnek-e a fenti állítások, van-e relevanciája főkomponens-elemzésnek ezen a változó-csoporton.

A korrelációs mátrix egyértelmű választ adott a fenti kérdésre, ugyanis hat változópárból három esetben 1%-on, egy esetben pedig 5%-on szignifikáns a kapcsolat. Ez látható a 23. táblázatban.

23. táblázat: A szűréssel kapcsolatos állítások korrelációs mátrixa

		SZ_1	SZ_2	SZ_3	SZ_4
SZ01	Pearson -féle korreláció	1	,305(**)	,291(**)	,246(*)
	Szig. (kétoldalú)		,002	,003	,012
	N	104	104	103	104
SZ02	Pearson -féle korreláció	,305(**)	1	,058	,095
	Szig. (kétoldalú)	,002		,563	,336
	N	104	104	103	104
SZ03	Pearson -féle korreláció	,291(**)	,058	1	,459(**)
	Szig. (kétoldalú)	,003	,563		,000
	N	103	103	103	103
SZ04	Pearson -féle korreláció	,246(*)	,095	,459(**)	1
	Szig. (kétoldalú)	,012	,336	,000	
	N	104	104	103	104

** 1%-on szignifikáns kapcsolat (kétoldalú).

* 5%-on szignifikáns kapcsolat (kétoldalú).

Forrás: Saját szerkesztés

A főkomponens-elemzés létjogosultságát a KMO (0,594) és Bartlett-féle szfericitás hipotézisének elvetése (Szig. 0,000) is megerősítette, azonban az SZ_2 állítás információtartalmát nem sikerült jól visszaadnia az első próbálkozásból született főkomponensnek, ezért statisztikai megfontolásból a „Rendszeresen felkeresem a fogorvosomat, akkor is, ha nincs panaszom.” változót, mivel a végső kommunalitása csak 0,188 a végső megoldásból kihagytam.

A maradék három változóra készített főkomponens-elemzés megfelelősége is javult, ahogy ezt az alábbi 24. táblázatból is leolvashatjuk.

24. táblázat: A szűréssel kapcsolatos állítások KMO és Bartlett-féle tesztje

Kaiser-Meyer-Olkin-féle megfelelőségi mutató		,608
Bartlett-féle szférikus próba	Közelítő χ^2	34,864
	Szabadságfok	3
	Szig.	,000

Forrás: Saját szerkesztés

Az előállított főkomponens az eredeti változók információtartalmának 56%-át megőrizte, vagyis az adatvesztés csupán 44%-ra tehető.

A komponensvektor alapján megállapítható, hogy komponens előállításában legnagyobb súllyal az „Eljárok a szűrővizsgálatokra, amint értesítést kapok róla.” (0,804) változó vett részt, ezt követi „Olyan szűrővizsgálatokat is látogatok, amelyek nem kötelezőek.” (0,788) és a „Rendszeresen felkeresem a háziorvosomat, akkor is, ha nincs egészségügyi problémám.” (0,645).

Az eredeti változók végső kommunalitásait az alábbi 25. táblázat tartalmazza, mely alapján megállapítható, hogy az előállított főkomponens a 3. állítás 64,7%-ának a 4. állítás 62,0%-ának és az 1. állítás 41,6%-ának információtartalmát tömörítette.

25. táblázat: Az eredeti változók végső kommunalitásai

	Végső
SZ01	,416
SZ03	,647
SZ04	,620

Forrás: Saját szerkesztés

Tehát ennek a főkomponensnek a kialakítása megfelelő volt, mivel az eredeti változók információtartalmát – kivéve a SZ02 változót, ahogy ezt már korábban említettem – kellő arányban sikerült megőrizni. Ezek után a következő főkomponenst elemzését végzem el.

9.5. A „TÁPLÁLKOZÁS” főkomponens-elemzése

Az egészségtudatosság másik igen fontos megnyilvánulása szerintem a szervezetünkbe bevitt tápanyagok megfelelő összeválogatása, vagyis az egészséges élelmiszerek előtérbe helyezése. Tehát megítélésem szerint az egészségtudatosság következő tetten érhető megnyilvánulása az egészséges táplálkozás. Erre vonatkozóan három különböző állítást fogalmaztam meg és az alábbi kódokat rendeltem hozzájuk:

26. táblázat: A táplálkozással kapcsolatos állítások

Kód	Állítás
T01	Minden étkezés alkalmával törekszem arra, hogy egészséges ételeket fogyasszak.
T02	Ha magamnak vagy családomnak készítek/vásárolok ennivalót, figyelek rá, hogy egészséges ételek legyenek.
T03	Figyelem, hogy az elfogyasztott élelmiszer hogyan hat az egészségemre.

Forrás: Saját szerkesztés

Az adatok elemzése során elsőként korreláció-vizsgálatot végeztem annak érdekében, hogy megállapítsam, összefüggnek-e a fenti állítások, van-e relevanciája főkomponens-elemzésnek ezen a változó-csoporton.

A korrelációs mátrix egyértelmű választ adott a fenti kérdésre, ugyanis mind a négy változópár esetében 1%-on szignifikáns a kapcsolat, tehát van értelme elvégezni a főkomponens elemzést. Ez látható a 27. táblázatban.

27. táblázat: A táplálkozással kapcsolatos állítások korrelációs mátrixa

		T01	T02	T03
T01	Pearson féle Korreláció	1	,768(**)	,563(**)
	Szig. (kétoldalú)	.	,000	,000
	N	104	104	104
T02	Pearson féle Korreláció	,768(**)	1	,653(**)
	Szig. (kétoldalú)	,000	.	,000
	N	104	104	104
T03	Pearson féle Korreláció	,563(**)	,653(**)	1
	Szig. (kétoldalú)	,000	,000	.
	N	104	104	104

** 1%-on szignifikáns kapcsolat (kétoldalú).

Forrás: Saját szerkesztés

A főkomponens-elemzés létjogosultságát a KMO (0,690) és Bartlett-féle szfericitás hipotézisének elvetése (Szig. 0,000) is megerősítette. Ezt mutatja az alábbi 28. táblázat. Az előző változócsoporthoz képest a táplálkozással kapcsolatos állítások összegyűjtése jobban sikerült. Ezt az mutatja, hogy valamennyi állítás információtartalmát megfelelő szinten visszaadta a főkomponens, így szemben a szűréssel, itt egyik változót sem kellett elhagynom.

28. táblázat: A táplálkozással kapcsolatos állítások KMO és Bartlett-féle tesztje

Kaiser-Meyer-Olkin-féle megfelelősségi mutató		,690
Bartlett-féle szférikus próba	Közelítő X^2	148,207
	Szabadságfok	3
	Szig.	,000

Forrás: Saját szerkesztés

Az előállított főkomponens az eredeti változók információtartalmának 77,5%-át megőrizte, vagyis az adatvesztés csupán 22,5%-ra tehető.

A komponensvektor alapján megállapítható, hogy a komponens előállításában legnagyobb súllyal a „Ha magamnak vagy családomnak készítek/vásárolok ennivalót, figyelek rá, hogy egészséges ételek legyenek.” (0,922) változó vett részt, ezt követi a „Minden étkezés alkalmával törekszem arra, hogy egészséges ételeket fogyasszak.” (0, 887) és a sort a „Figyelem, hogy az elfogyasztott ételkészlet hogyan hat az egészségemre.” (0,831) változó zárja.

Az eredeti változók végső kommunalitásai alapján megállapítható, hogy az előállított főkomponens a 2. állítás 85,1%-ának az 1. állítás 78,6%-ának és a 3. állítás 69,0%-ának információtartalmát tömörítette. Tehát ennek a főkomponensnek a kialakítása igen jól sikerült, mivel nagyon nagy arányban sikerült az eredeti változók információtartalmát megőrizni. A következő a mozgás főkomponens-elemzése.

9.6. A „MOZGÁS” főkomponens-elemzése

Az egészségtudatosság megítélésem szerint harmadik fontos megnyilvánulása a testmozgás, vagyis a fizikumunk, a testünk karbantartása. Tehát az egészségtudatosság következő tetten érhető megnyilvánulása az egészség érdekében végzett testedzés valamilyen formája. Erre

vonatkozóan is három különböző állítást fogalmaztam meg és az alábbi kódokat rendeltem hozzájuk:

29. táblázat: A mozgással kapcsolatos állítások

Kód	Állítás
M01	Rendszeresen eljárók sportolni/végzek valamilyen testmozgást.
M02	Igyekszem olyan sportot/mozgást választani, ami segít az egészségem megőrzésében.
M03	Akkor érzem magam jól, ha eleget mozgok/sportolok.

Forrás: Saját szerkesztés

Az adatok elemzése során elsőként korreláció-vizsgálatot végeztem annak érdekében, hogy megállapítsam, összefüggenek-e a fenti állítások, van-e relevanciája főkomponens-elemzésnek ezen a változó-csoporton.

A korrelációs mátrix egyértelmű választ adott a fenti kérdésre, ugyanis mind a négy változópár esetében 1%-on szignifikáns a kapcsolat, tehát van értelme elvégezni a főkomponens elemzést. Ez látható a 30. táblázatban.

30. táblázat: A mozgással kapcsolatos állítások korrelációs mátrixa

		M01	M02	M03
M01	Pearson féle Korreláció	1	,652(**)	,617(**)
	Szig. (kétoldalú)	.	,000	,000
	N	104	104	104
M02	Pearson féle Korreláció	,652(**)	1	,525(**)
	Szig. (kétoldalú)	,000	.	,000
	N	104	104	104
M03	Pearson féle Korreláció	,617(**)	,525(**)	1
	Szig. (kétoldalú)	,000	,000	.
	N	104	104	104

** 1%-on szignifikáns kapcsolat (kétoldalú).

Forrás: Saját szerkesztés

A főkomponens-elemzés létjogosultságát a KMO (0,700) és Bartlett-féle szfericitás hipotézisének elvetése (Szig. 0,000) is megerősítette. Ezt mutatja az alábbi 31. táblázat. Ezen változócsoporthoz is jól sikerült az állítások összegyűjtése. Ezt az mutatja, hogy valamennyi állítás információtartalmát megfelelő szinten visszaadta a főkomponens, így itt egyik változót sem kellett elhagynom.

31. táblázat: A mozgással kapcsolatos állítások KMO és Bartlett-féle tesztje

Kaiser-Meyer-Olkin-féle megfelelősségi mutató		,700
Bartlett-féle szférikus próba	Közelítő χ^2	108,870
	Szabadságfok	3
	Szig.	,000

Forrás: Saját szerkesztés

Az előállított főkomponens az eredeti változók információtartalmának 73,3%-át megőrizte, vagyis az adatvesztés csupán 26,7%-os.

A komponensvektor alapján megállapítható, hogy a komponens előállításában legnagyobb súllyal a „Rendszeresen eljárak sportolni / végzek valamilyen testmozgást.” (0,889) változó vett részt, ezt követi az „Igyekszem olyan sportot/mozgást választani, ami segít az egészségem megőrzésében.” (0,848) és a sort az „Akkor érzem magam jól, ha eleget mozgok/sportolok.” (0,830) változó zárja.

Az eredeti változók végső kommunalitásai alapján megállapítható, hogy az előállított főkomponens az 1. állítás 79,1%-ának a 2. állítás 71,9%-ának és a 3. állítás 68,8%-ának információtartalmát tömörítette.

Tehát ennek a főkomponensnek a kialakítása is igen jól sikerült, mivel nagyon nagy arányban sikerült az eredeti változók információtartalmát megőrizni. Az egészségtudatos fogyasztói magatartás tetten érhető változóinak áttekintése után megvizsgálom e cselekvéseket magyarázó változókat.

9.7. A „SZABADIDŐ” főkomponens-elemzése

Az egészségtudatosságot magyarázó változók közül elsőként a szabadidőt vizsgálom. Amint az a korábban ismertetett kutatásomból kiderült, a fogyasztók egy része elsősorban ezt áldoz az egészsége megóvására. Azt, hogy ez jelent-e egészségtudatos fogyasztói magatartást, azt a következőkben elemzem. Erre vonatkozóan három különböző állítást fogalmaztam meg és az alábbi kódokat rendeltem hozzájuk:

32. táblázat: A szabadidővel kapcsolatos állítások

Kód	Állítás
SZI01	Sok szabadidőm van.
SZI02	Szabadidőm jelentős részét az egészségemmel való törődésre fordítom.
SZI03	Jó érzés számomra, ha időt tudok szentelni az egészségemre, akkor is, ha ez a szabadidőm rovására megy.

Forrás: Saját szerkesztés

Az adatok elemzése során elsőként, ahogy korábban is, korreláció-vizsgálatot végeztem annak érdekében, hogy megállapítsam, összefüggnek-e a fenti állítások, van-e relevanciája főkomponens-elemzésnek ezen a változó-csoporton.

A korrelációs mátrix egyértelmű választ adott a fenti kérdésre, ugyanis a négy változópárból volt olyan, igaz csak az SZI02 és az SZI03 változók esetében, ahol szignifikáns volt a kapcsolat, mégpedig 1%-os szignifikancia szinten. Ezt mutatja a 33. táblázat.

33. táblázat: A szabadidővel kapcsolatos állítások korrelációs mátrixa

		SZI01	SZI02	SZI03
SZI01	Pearson féle Korreláció	1	,089	,096
	Szig. (kétoldalú)	.	,367	,334
	N	104	104	104
SZI02	Pearson féle Korreláció	,089	1	,568(**)
	Szig. (kétoldalú)	,367	.	,000
	N	104	104	104
SZI03	Pearson féle Korreláció	,096	,568(**)	1
	Szig. (kétoldalú)	,334	,000	.
	N	104	104	104

** 1%-on szignifikáns kapcsolat (kétoldalú).

Forrás: Saját szerkesztés

A főkomponens-elemzés létjogosultságát a KMO (0,512) és Bartlett-féle szfericitás hipotézisének elvetése (Szig. 0,000) is megerősítette, azonban az SZI01 állítás információtartalmát nem sikerült jól visszaadnia az első próbálkozásból született főkomponensnek. Ezért statisztikai megfontolásból a „Sok szabadidőm van.” állítást, melynek végső kommunalitása csupán 0,073, a végső megoldásból kihagytam.

A maradék két változóra készített főkomponens-elemzés megfelelősége romlott, ahogy ezt az alábbi 34. táblázatból is leolvashatjuk, de még így sem ment az elvárt 0,500 érték alá. A romlás oka az, hogy csupán két érték alapján történt a számítás.

34. táblázat: A szabadidővel kapcsolatos állítások KMO és Bartlett-féle tesztje

Kaiser-Meyer-Olkin-féle megfelelőségi mutató		,500
Bartlett-féle szférikus próba	Közelítő X^2	40,537
	Szabadságfok	3
	Szig.	,000

Forrás: Saját szerkesztés

Az előállított főkomponens az eredeti változók információtartalmának 78,4%-át megőrizte, vagyis az adatvesztés csupán 21,6%-ra tehető.

A komponensvektor alapján megállapítható, hogy a komponens előállításában azonos súllyal vett részt az „Szabadidőm jelentős részét az egészségemmel való törődésre fordítom.” (0,885) és a „Jó érzés számomra, ha időt tudok szentelni az egészségemre, akkor is ha ez a szabadidőm rovására megy.” változó.

Az eredeti változók végső kommunalitásai alapján megállapítható, hogy az előállított főkomponens mind az 1. állítás, mind a 2. állítás információtartalmának 78,4%-át tömörítette. Tehát ennek a főkomponensnek a kialakítása jól sikerült, mivel nagyon nagy arányban sikerült az eredeti változók információtartalmát megőrizni. Ezek után következnek az anyagi helyzet magyarázó változó.

9.8. Az „Anyagi helyzet” főkomponens-elemzése

Az egészségtudatosságot magyarázó változók közül a következő melyet vizsgálunk az anyagi helyzet. Amint az a korábban ismertetett kutatásomból kiderült, a fogyasztók egy része időt áldoz az egészsége megóvására, míg a másik része főleg pénzt szentel rá. Azt, hogy ez jelent-e egészségtudatos fogyasztói magatartást, azt a következőkben elemzem. Erre vonatkozóan három különböző állítást fogalmaztam meg és az alábbi kódokat rendeltem hozzájuk:

35. táblázat: Az anyagi helyzettel kapcsolatos állítások

Kód	Állítás
A01	Jó az anyagi helyzetem.
A02	Pénzem jelentős részét az egészségem megóvására költöm.
A03	Jó érzés számomra, ha pénzt tudok szálni az egészségemre, akkor is ha ez más megvásárlásának rovására megy.

Forrás: Saját szerkesztés

Az adatok elemzése során elsőként, ahogy korábban is, korreláció-vizsgálatot végeztem annak érdekében, hogy megállapítsam, összefüggnek-e a fenti állítások, van-e relevanciája főkomponens-elemzésnek ezen a változó-készleten.

A korrelációs mátrix egyértelmű választ adott a fenti kérdésre, ugyanis a négy változópárból volt olyan, az A01 és A02, valamint az A02 és A03 változók esetében, ahol szignifikáns volt a kapcsolat, mégpedig 1%-os szignifikancia szinten. Ez látható az alábbi 36. táblázatban.

36. táblázat: Az anyagi helyzettel kapcsolatos állítások korrelációs mátrixa

		A01	A02	A03
A01	Pearson féle Korreláció	1	,351(**)	,083
	Szig. (kétoldalú)	.	,000	,406
	N	103	103	103
A02	Pearson féle Korreláció	,351(**)	1	,566(**)
	Szig. (kétoldalú)	,000	.	,000
	N	103	104	103
A03	Pearson féle Korreláció	,083	,566(**)	1
	Szig. (kétoldalú)	,406	,000	.
	N	103	103	103

** 1%-on szignifikáns kapcsolat (kétoldalú).

Forrás: Saját szerkesztés

A főkomponens-elemzés létjogosultságát a KMO (0,479) értéke nem erősítette meg, szemben a Bartlett-féle szfericitás hipotézisének elvetésével (Szig. 0,000). Mivel azonban az A01 állítás információtartalmát az első próbálkozásból született főkomponensnek egyébként sem sikerült jól visszaadnia, ezért statisztikai megfontolásból a „Jó az anyagi helyzetem.” állítást, melynek végső kommunalitása csupán 0,289, a végső megoldásból kihagytam.

Ezek után a maradék két változóra készített főkomponens-elemzés megfelelősége is javult KMO (0,500), így már megerősítve annak létjogosultságát, akár csak a Bartlett-féle szfericitás hipotézisének elvetése (Szig. 0,000), melynek szignifikancia szintje nem romlott, ahogy ez az alábbi 37. táblázatból is leolvasható.

37. táblázat: Az anyagi helyzettel kapcsolatos állítások KMO és Bartlett-féle tesztje

Kaiser-Meyer-Olkin-féle megfelelősségi mutató		,500
Bartlett-féle szférikus próba	Közelítő χ^2	38,830
	Szabadságfok	1
	Szig.	,000

Forrás: Saját szerkesztés

Az előállított főkomponens az eredeti változók információtartalmának 78,3%-át megőrizte, vagyis az adatvesztés csupán 21,7%-ra tehető.

A komponensvektor alapján megállapítható, hogy komponens előállításában azonos súllyal (0,885) vett részt a „Pénzem jelentős részét az egészségem megóvására költöm.” és a „Jó érzés számomra, ha pénzt tudok szálni az egészségemre, akkor is ha ez más megvásárlásának rovására megy.” változó.

Az eredeti változók végső kommunalitásai alapján megállapítható, hogy az előállított főkomponens mind a 2. állítás, mind a 3. állítás információtartalmának 78,3%-át tömörítette. Tehát ennek a főkomponensnek a kialakítása is igen jól sikerült, mivel nagyon nagy arányban sikerült az eredeti változók információtartalmát megőrizni. Ezek után következnek az egészségi állapotot magyarázó változó.

9.9. Az „egészségi állapot” főkomponens-elemzése

Az egészségtudatosságot magyarázó változók közül a következő melyet vizsgálunk az egészségi állapot. Ennek a tényezőnek a vizsgálatára nem került sor az előző kutatásomban. Azonban azt gondolom, amint ezt már az RETP modellnél is leírtam, hogy az emberek egészségtudatosságára hatással van aktuális egészségi állapotuk. Ennek vizsgálatára vonatkozóan három különböző állítást fogalmaztam meg és az alábbi kódokat rendeltem hozzájuk:

38. táblázat: Az egészségi állapottal kapcsolatos állítások

Kód	Állítás
EA01	Fontos számomra az egészségem megőrzése.
EA02	Volt már olyan egészségügyi problémám, mely kihat jelenlegi egészségi állapotomra.
EA03	Figyelek a testsúlyomra, mert ez fontos az egészségem szempontjából.

Forrás: Saját szerkesztés

Az adatok elemzése során elsőként, ahogy korábban is, korreláció-vizsgálatot végeztem annak érdekében, hogy megállapítsam, összefüggnek-e a fenti állítások, van-e relevanciája főkomponens-elemzésnek ezen a változó-csoporton.

A korrelációs mátrix egyértelmű választ adott a fenti kérdésre, ugyanis a négy változópárból volt olyan, igaz csak az EA01 és EA03 változók esetében, ahol szignifikáns volt a kapcsolat, mégpedig 1%-os szignifikancia szinten. Ez látható az alábbi 39. táblázatban.

39. táblázat: Az egészségi állapottal kapcsolatos állítások korrelációs mátrixa

		EA01	EA02	EA03
EA01	Pearson féle Korreláció	1	,059	,283(**)
	Szig. (kétoldalú)	.	,559	,004
	N	104	100	104
EA02	Pearson féle Korreláció	,059	1	,032
	Szig. (kétoldalú)	,559	.	,750
	N	100	100	100
EA03	Pearson féle Korreláció	,283(**)	,032	1
	Szig. (kétoldalú)	,004	,750	.
	N	104	100	104

** 1%-on szignifikáns kapcsolat (kétoldalú).

Forrás: Saját szerkesztés

A főkomponens-elemzés létjogosultságát a KMO (0,507) értéke még éppen, és a Bartlett-féle szfericitás hipotézisének elvetése (Szig. 0,000) is megerősítette, azonban az EA02 állítás információtartalmát nem sikerült jól visszaadnia az első próbálkozásból született főkomponensnek, ezért statisztikai megfontolásból a „Volt már olyan egészségügyi problémám, mely kihat jelenlegi egészségi állapotomra.” állítást, melynek végső kommunalitása csupán 0,056 a végső megoldásból kihagytam.

A maradék két változóra készített főkomponens-elemzés megfelelősége és a Bartlett-féle szfericitás hipotézisének (Szig. 0,029) szignifikancia szintje is romlott, ahogy ezt az alábbi 40. táblázatból is leolvashatjuk, de még így sem ment az elvárt 0,500 és 0,05 érték alá, illetve fölé. A romlás oka az, hogy csupán két érték alapján történt a számítás.

40. táblázat: Az egészségi állapottal kapcsolatos állítások KMO és Bartlett-féle tesztje

Kaiser-Meyer-Olkin-féle megfelelősségi mutató		,507
Bartlett-féle szférikus próba	Közelítő χ^2	9,005
	Szabadságfok	3
	Szig.	,029

Forrás: Saját szerkesztés

Az előállított főkomponens az eredeti változók információtartalmának 64,1%-át megőrizte, vagyis az adatvesztés csupán 35,9%-ra tehető.

A komponensvektor alapján megállapítható, hogy komponens előállításában azonos súllyal (0,801) vett részt a „Fontos számomra az egészségem megőrzése.” és a „Figyelek a testsúlyomra, mert ez fontos az egészségem szempontjából.” változó.

Az eredeti változók végső kommunalitásai alapján megállapítható, hogy az előállított főkomponens mind az 1. állítás, mind a 3. állítás információtartalmának 64,1%-át tömörítette. Tehát ennek a főkomponensnek a kialakítása is jól sikerült, mivel elég nagy arányban sikerült az eredeti változók információtartalmát megőrizni. Ezek után következnek a neveltetés magyarázó változó.

9.10. A „neveltetés” főkomponens-elemzése

Az egészségtudatosságot magyarázó változók közül a következő melyet vizsgálunk a neveltetés. Ennek a tényezőnek a vizsgálatára sem került sor az előző kutatásomban. Azonban azt gondolom, hogy az emberek egészségtudatosságára, elsősorban a szülői házból hozott szokásokon keresztül, hatással van neveltetésük. Ennek vizsgálatára vonatkozóan négy különböző állítást fogalmaztam meg és az alábbi kódokat rendeltem hozzájuk:

41. táblázat: A neveltetéssel kapcsolatos állítások

Kód	Állítás
N01	Családunkban központi érték az egészség.
N02	Szüleim mindig figyeltek arra, hogy milyen élelmiszereket, ételeket fogyasztunk.
N03	Családunkban fontos az egészség érdekében végzett testmozgás.
N04	Családunk az egészségét akkor is ellenőrizteti, hogy nincs egészségügyi problémája.

Forrás: Saját szerkesztés

Az adatok elemzése során elsőként korreláció-vizsgálatot végeztem annak érdekében, hogy megállapítsam, összefüggnek-e a fenti állítások, van-e relevanciája főkomponens-elemzésnek ezen a változó-halmazon.

A korrelációs mátrix egyértelmű választ adott a fenti kérdésre, ugyanis a hat változópárból öt esetben 1%-on, egy esetben pedig 5%-on szignifikáns a kapcsolat, vagyis valamennyi változó korrelál a többivel. Ez látható az alábbi 42. táblázatban.

42. táblázat: A neveltetéssel kapcsolatos állítások korrelációs mátrixa

		N01	N02	N03	N04
N01	Pearson féle Korreláció	1	,434(**)	,361(**)	,236(*)
	Szig. (kétoldalú)	.	,000	,000	,016
	N	104	104	104	103
N02	Pearson féle Korreláció	,434(**)	1	,456(**)	,262(**)
	Szig. (kétoldalú)	,000	.	,000	,008
	N	104	104	104	103
N03	Pearson féle Korreláció	,361(**)	,456(**)	1	,399(**)
	Szig. (kétoldalú)	,000	,000	.	,000
	N	104	104	104	103
N04	Pearson féle Korreláció	,236(*)	,262(**)	,399(**)	1
	Szig. (kétoldalú)	,016	,008	,000	.
	N	103	103	103	103

** 1%-on szignifikáns kapcsolat (kétoldalú).

* 5%-on szignifikáns kapcsolat (kétoldalú).

Forrás: Saját szerkesztés

A főkomponens-elemzés létjogosultságát a KMO (0,705) értéke és a Bartlett-féle szfericitás hipotézisének elvetése (Szig. 0,000) is megerősítette. A megszületett főkomponensnek valamennyi változó információtartalmát sikerült jól visszaadnia így végre nem kellett változót elhagynom. Ezt mutatja a 43. táblázat.

43. táblázat: A neveltetéssel kapcsolatos állítások KMO és Bartlett-féle tesztje

Kaiser-Meyer-Olkin-féle megfelelősségi mutató		,705
Bartlett-féle szférikus próba	Közelítő χ^2	65,174
	Szabadságfok	6
	Szig.	,000

Forrás: Saját szerkesztés

Az előállított főkomponens az eredeti változók információtartalmának 51,7%-át megőrizte, vagyis az adatvesztés 42,3%-ra tehető.

A komponensvektor alapján megállapítható, hogy a komponens előállításában legnagyobb súllyal a „Családunkban fontos az egészség érdekében végzett testmozgás.” (0,779) változó vett részt, ezt követi a „Szüleim mindig figyeltek arra, hogy milyen élelmiszereket, ételeket fogyasztunk.” (0,759), majd a „Családunkban központi érték az egészség.” (0,697) és a sort a „Családunk az egészségét akkor is ellenőrizteti, hogy nincs egészségügyi problémája.” (0,631) változó zárja.

Az eredeti változók végső kommunalitásai alapján megállapítható, hogy az előállított főkomponens a 3. állítás 60,8%-ának, a 2. állítás 57,6%-ának az 1. állítás a 48,6%-ának és a 4. állítás 39,9%-ának információtartalmát tömörítette.

Tehát ennek a főkomponensnek a kialakítása is elég jól sikerült, mivel jelentőstől az elfogadhatóig terjedő arányban sikerült az eredeti változók információtartalmát megőrizni. Ezek után következnek az utolsó magyarázó változó.

9.11. Az „INFORMÁLTSÁG” főkomponens-elemzése

Az egészségtudatosságot magyarázó változók közül az utolsó melyet vizsgállok az informáltság. Ennek a tényezőnek a vizsgálatára sem került sor az előző kutatásomban, bár az információforrásokat és azok megítélést vizsgáltam. Azonban azt gondolom, hogy az emberek informáltsága – vagyis az, hogy egyáltalán tudnak-e és ha tudnak mennyit, az egészségtudatos életmódról, fogyasztói magatartásról - hatással van egészségtudatosságukra. Ennek vizsgálatára vonatkozóan három különböző állítást fogalmaztam meg és az alábbi kódokat rendeltem hozzájuk:

44. táblázat: Az informáltsággal kapcsolatos állítások

Kód	Állítás
I01	Igyekszem tájékozódni arról, hogy mivel tudok tenni az egészségem megőrzésért/helyreállításáért.
I02	Igyekszem tájékozódni arról, hogy hol van sportolásra és egészséges élelmiszerek vásárlására lehetőség.
I03	Sok olyan információforrást ismerek és használok, ahonnan az egészséges életmódról tájékozódhatok.

Forrás: Saját szerkesztés

Az adatok elemzése során elsőként korreláció-vizsgálatot végeztem annak érdekében, hogy megállapítsam, összefüggnek-e a fenti állítások, van-e relevanciája főkomponens-elemzésnek ezen a változó-csoporton.

A korrelációs mátrix egyértelmű választ adott a fenti kérdésre, ugyanis két változópár esetében 1%-on szignifikáns a kapcsolat, tehát van értelme elvégezni a főkomponens elemzést. Amint a 45. táblázatban is látható.

45. táblázat: Az informáltsággal kapcsolatos állítások korrelációs mátrixa

		I01	I02	I03
I01	Pearson féle Korreláció	1	,580(**)	,495(**)
	Szig. (kétoldalú)	.	,000	,000
	N	104	104	104
I02	Pearson féle Korreláció	,580(**)	1	,538(**)
	Szig. (kétoldalú)	,000	.	,000
	N	104	104	104
I03	Pearson féle Korreláció	,495(**)	,538(**)	1
	Szig. (kétoldalú)	,000	,000	.
	N	104	104	104

** 1%-on szignifikáns kapcsolat (kétoldalú).

Forrás: Saját szerkesztés

A főkomponens-elemzés létjogosultságát a KMO (0,696) értéke, és a Bartlett-féle szfericitás hipotézisének elvetése (Szig. 0,000) is megerősítette. Ezt mutatja az alábbi 46. táblázat. A megszületett főkomponensnek valamennyi változó információtartalmát sikerült jól visszaadnia így megint csak nem kellett változót elhagynom.

46. táblázat: Az informáltsággal kapcsolatos állítások KMO és Bartlett-féle tesztje

Kaiser-Meyer-Olkin-féle megfelelőségi mutató		,696
Bartlett-féle szférikus próba	Közelítő X^2	83,462
	Szabadságfok	3
	Szig.	,000

Forrás: Saját szerkesztés

Az előállított főkomponens az eredeti változók információtartalmának 69,2%-át megőrizte, vagyis az adatvesztés csupán 30,8%-ra tehető.

A komponensvektor alapján megállapítható, hogy a komponens előállításában legnagyobb súllyal az „Igyekszem tájékozódni arról, hogy hol van sportolásra és egészséges élelmiszerek vásárlására lehetőség.” (0,853) változó vett részt, ezt követi az „Igyekszem tájékozódni arról, hogy mivel tudok tenni az egészségem megőrzésért/helyreállításáért.” (0,832), majd a sort a „Sok olyan információforrást ismerek és használok, ahonnan az egészséges életmódról tájékozódhatok.” (0,809) változó zárja.

Az eredeti változók végső kommunalitásai alapján megállapítható, hogy az előállított főkomponens a 2. állítás 72,8%-ának, az 1. állítás 69,3%-ának, és a 3. állítás 65,5%-ának információtartalmát tömörítette.

Tehát ennek a főkomponensnek a kialakítása is igen jól sikerült, mivel nagy arányban sikerült az eredeti változók információtartalmát megőrizni. Végül még egy faktorelemzés elvégzése vált szükségessé, mégpedig annak vizsgálatára, hogy az egészségtudatos fogyasztói magatartás megnyilvánulásai valóban alkalmasak-e az egészségtudatosság leírására. Ezt fogom most elemezni.

9.12. Az „egészségtudatosság” főkomponens-elemzése

Az utolsó faktorelemzésem az egészségtudatossággal kapcsolatban arra hivatott, hogy megvizsgáljam, hogy a korábban előállított három főkomponens – melyek szerintem az egészségtudatos fogyasztói magatartás tetten érhető megjelenési formái – valóban alkalmas-e az egészségtudatosság főkomponens létrehozására.

Ennek vizsgálatára vonatkozóan természetesen a három változó nem más, mint a három elsőként kialakított főkomponens, melyekhez az alábbi 47. táblázatban látható kódokat rendeltem:

47. táblázat: Az egészségtudatos fogyasztói magatartás tetten érhető megjelenési formái

Kód	Állítás
SZ	Szűrés
T	Táplálkozás
M	Mozgás

Forrás: Saját szerkesztés

Az adatok elemzése során elsőként korreláció-vizsgálatot végeztem annak érdekében, hogy megállapítsam, összefüggnek-e a fenti állítások, van-e relevanciája főkomponens-elemzésnek ezen a változó-csoporton.

A korrelációs mátrix egyértelmű választ adott a fenti kérdésre, ugyanis a két változópár esetében 1%-on szignifikáns a kapcsolat, a harmadik esetében pedig 5%-on szignifikáns a kapcsolat, tehát van értelme elvégezni a főkomponens elemzést. Vagyis szerencsére valamennyi változó között van szignifikáns kapcsolat, amint a 48. táblázatból is leolvasható.

48. táblázat: Az egészségtudatossággal kapcsolatos állítások korrelációs mátrixa

		Szűrés	Táplálkozás	Mozgás
Szűrés	Pearson féle Korreláció	1	,273(**)	,213(*)
	Szig. (kétoldalú)	.	,005	,031
	N	103	103	103
Táplálkozás	Pearson féle Korreláció	,273(**)	1	,252(**)
	Szig. (kétoldalú)	,005	.	,010
	N	103	104	104
Mozgás	Pearson féle Korreláció	,213(*)	,252(**)	1
	Szig. (kétoldalú)	,031	,010	.
	N	103	104	104

** 1%-on szignifikáns kapcsolat (kétoldalú).

* 5%-on szignifikáns kapcsolat (kétoldalú).

Forrás: Saját szerkesztés

A főkomponens-elemzés létjogosultságát a KMO (0,603) értéke, és a Bartlett-féle szfericitás hipotézisének elvetése (Szig. 0,000) is megerősítette. Ezt mutatja az alábbi 49. táblázat. A megszületett főkomponensnek valamennyi változó információtartalmát sikerült jól visszaadnia így nem kellett változót elhagynom.

49. táblázat: Az egészségtudatossággal kapcsolatos állítások KMO és Bartlett-féle tesztje

Kaiser-Meyer-Olkin-féle megfelelőségi mutató		,603
Bartlett-féle szférikus próba	Közelítő X^2	16,354
	Szabadságfok	3
	Szig.	,001

Forrás: Saját szerkesztés

Az előállított főkomponens az eredeti változók információtartalmának 49,6%-át megőrizte, vagyis az adatvesztés 50,4%-ra tehető. A komponensvektor alapján megállapítható, hogy a

főkomponens előállításában legnagyobb súllyal a Táplálkozás (0,732) komponens vett részt, ezt követi a Szűrés (0,705), majd a sort a Mozgás (0,674) komponens zárja.

Az eredeti változók végső kommunalitásai alapján megállapítható, hogy az előállított főkomponens a Táplálkozás komponens 53,5%-ának, a Szűrés komponens 49,7%-ának, és a Mozgás komponens 45,5%-ának információtartalmát tömörítette.

A fenti főkomponens elemzés a várt eredményt hozta, vagyis azt, hogy az egészségtudatos fogyasztói magatartás megnyilvánulásai – a korábban létrehozott szűrés, táplálkozás, mozgás főkomponensek – valóban alkalmasak az egészségtudatosság leírására.

Ezek után már csak azt kell a regressziószámítás segítségével megvizsgálnom, hogy a többi főkomponens, melyek a magyarázóteret alkotják, valóban magyarázzák-e az egészségtudatos fogyasztói magatartást és ha igen milyen mértékben. Vagyis, hogy milyen függvényyszerű összefüggés van a magyarázóter változói és az egészségtudatosság között. (Hoffmann M., Kozák Á., Veres Z., 2000)

9.13. Többváltozós regresszió-elemzés az egészségtudatosság és befolyásoló tényezői vonatkozásában

Annak érdekében, hogy számszerűsítsem az egészségtudatosság és a befolyásoló tényezők közötti kapcsolatot, többváltozós regresszió-elemzést végeztem. Esetemben a függő változó az egészségtudatosság, a független változók pedig a szabadidő, az anyagi helyzet, az egészségi állapot, a neveltetés és az informáltság voltak. Ez a modell egy teljes LISREL (Linear Structural Relations System) – modell kialakítását jelenti. Azonban szoftverelérhetőség okán én nem ezt, hanem metodikájában teljesen hasonló AMOS szoftvert használtam a modellem megalkotásához.

A regressziós modell összefoglaló táblázatából látható, hogy a kapcsolat erőssége (magyarázó ereje) – amelyet az R^2 többszörös korrelációs együttható négyzetével mérünk – közepesnek bizonyult (50,1%) az egészségtudatosság és a befolyásoló tényezők között. Ez látható az alábbi 50. táblázatban.

50. táblázat: A regressziós modell összefoglaló táblázata

Modell	R	R ²	Korrigált R ²	Becsült érték standard hibája
3	,708(c)	,501	,485	,71834030

c Független változók: (Konstans), Informáltság, Neveltetés, Szabadidő

d Függő változó: Egészségtudatosság Forrás: Saját szerkesztés

Az F-próba annak a nullhipotézisnek a vizsgálatára alkalmas, amely szerint a sokasági többszörös determinációs együttható értéke nulla, vagyis a modellnek nincs magyarázó ereje. Ebben az esetben azonban ez nem áll fenn, hiszen az F-próba szignifikancia szintje kisebb, mint 0,05. Ez látható az 51. táblázatban.

51. táblázat: ANOVA (d)

Modell		Eltérés-négyzet-összeg	Szabadság- fok	Átlagos négyzetösszeg	F	Szig.
3	Regresszió	50,195	3	16,732	32,425	,000(c)
	Maradék	50,053	97	,516		
	Összesen	100,249	100			

c Független változók: (Konstans), Informáltság, Neveltetés, Szabadidő

d Függő változó: Egészségtudatosság Forrás: Saját szerkesztés

Az együtthatók táblázatából először a koefficiensek t-próbájának szignifikanciáját néztem meg, mivel ez dönti el, mely változók az egészségtudatosság végső befolyásoló tényezői. Mivel itt csak a szabadidő, a neveltetés és az informáltság szignifikáns, ezért csak ezek a tényezők szerepelhetnek a végső modellben. Ez látható az 52. táblázatban.

52. táblázat: Együtthatók (a)

Modell		Nem standardizált együtthatók		Standardizált együtthatók	t	Szig.
		B	Hiba	Béta	B	Hiba
3	(Konstans)	-,009	,072		-,129	,898
	Szabadidő	,308	,083	,306	3,715	,000
	Neveltetés	,425	,081	,416	5,223	,000
	Informáltság	,185	,080	,186	2,299	,024

a Függő változó: Egészségtudatosság

Forrás: Saját szerkesztés

Felmerült még az a kérdés, hogy a szabadidő, a neveltetés és az informáltság közül melyiknek a legnagyobb a relatív súlya, azaz melyik befolyásolja jobban az egészségtudatosságot. Erre a kérdésre a standardizált együtthatók segítségével adok választ, amely a neveltetés esetében a legnagyobb (0,416), ezt követi a szabadidőé (0,306) és az informáltsága (0,186). Ez látható a fenti 52. táblázatban.

Az elemzésből az anyagi helyzet és az egészségi állapot, mint független változók kizárásra kerültek, mivel a koefficienseik t-próbájának szignifikancia szintje nagyobb, mint 0,05. Amint ez az alábbi 53. táblázatban is látható.

53. táblázat: Az elemzésből kizárt változók (c)

Modell		Béta	t	Szig.	Parciális korreláció	Kollinearitási statisztika
						Tolerancia
3	Anyagi helyzet	,018(b)	,183	,855	,019	,531
	Egészségi állapot	,111(b)	1,328	,187	,134	,732

b A modell független változói: (Konstans), Informáltság, Neveltetés, Szabadidő

c Független változó: Egészségtudatosság

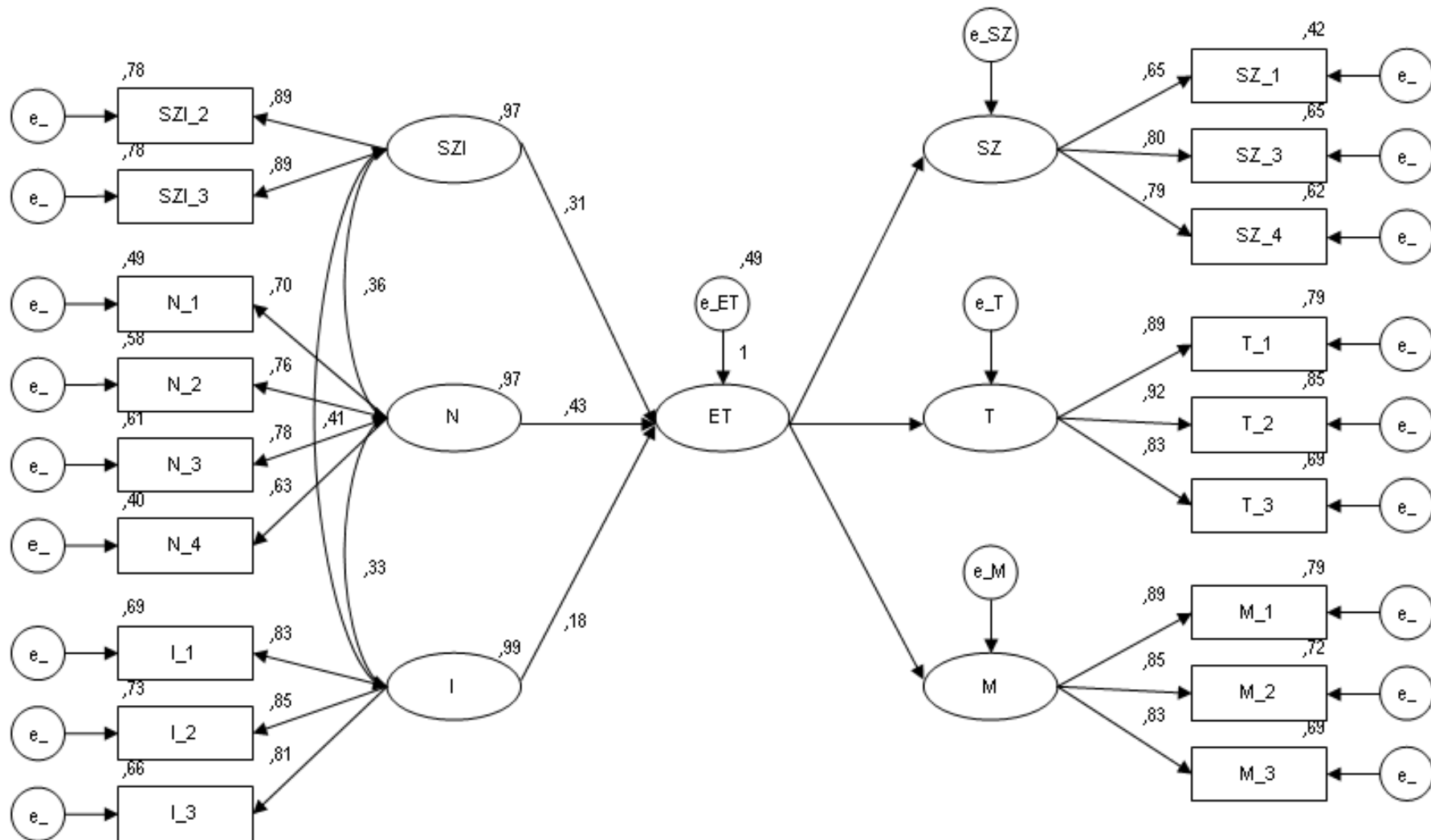
Forrás: Saját szerkesztés

A regresszió-elemzés feltételeinek során a homoszkedaszticitás teljesülését, valamint a hibatagok normális eloszlását ellenőriztem. A standardizált reziduumok és a standardizált becslt értékek pontdiagramja alapján leolvasható, hogy a reziduumok varianciája konstans, vagyis homoszkedaszticitás áll fenn, amely a regresszió-elemzés egyik alapfeltétele. (Malhotra, 2001)

A hibatagok normális eloszlásának teljesülése már a reziduumok eloszlását ábrázoló hisztogram segítségével is igazolható lett volna, de mivel a Kolgomorov-Szmirnov teszt nullhipotézisét sem kellett elvetni ($p=942$), ezért megállapítható, hogy a hibatagok normális eloszlásúak.

Tehát a fenti számítások eredményeként, bár a kiinduló modellt nem sikerült teljes egészében igazolnom, mégis kisebb módosításokkal megalkothatom az egészségtudatosság modelljét. Ez látható az alábbi 27. ábrán.

27. ábra: Az egészségtudatos fogyasztói magatartás LISREL modellje



Forrás: Saját szerkesztés

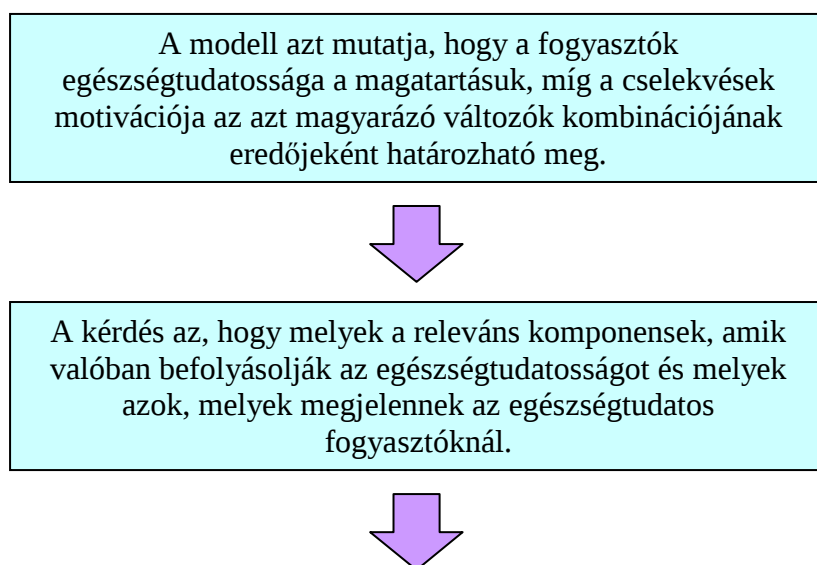
9.14. Az egészségtudatos fogyasztói magatartás modell értelmezése

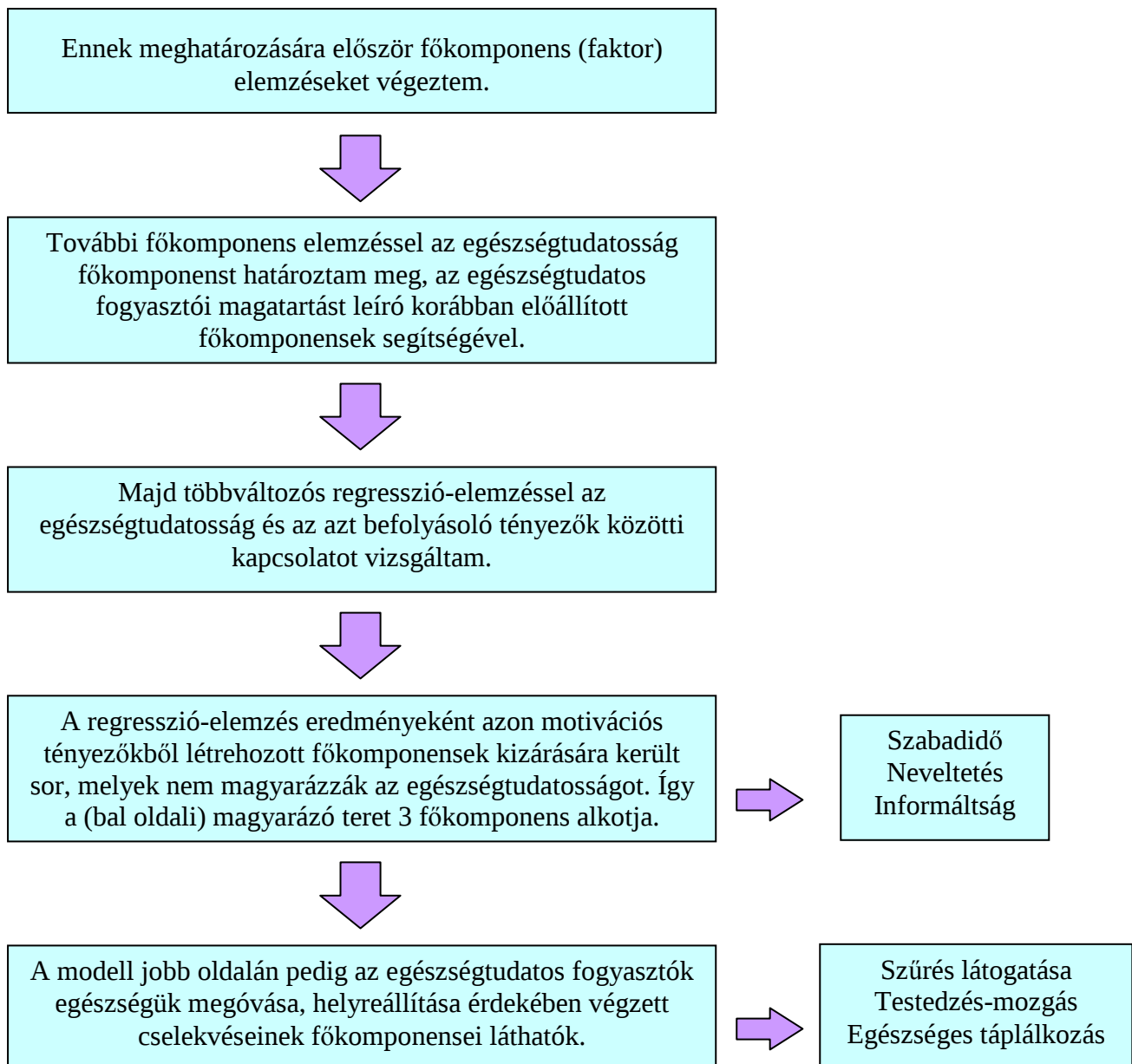
A modell ábrájáról és a korábbi számításokból egyértelműen leolvasható, hogy az a hipotézisem, hogy az egészségtudatos fogyasztói magatartás megjelenési formái az egészséges táplálkozás, testedzés, mozgás és a szűrővizsgálatok látogatása, igaz. Ezt mutatja a modell jobb oldala. A három főkomponenstől jobbra, pedig a kialakításukban résztvevő változókat ábrázoltam. A modell bal oldalán a magyarázóter főkomponenseit tüntettem föl. Itt volt szükség a kiinduló modell korrigálására. Ugyanis a kiinduló öt változócsoporthoz, csak háromnál sikerült igazolni, hogy magyarázzák az egészségtudatos fogyasztói magatartást. Ily módon a második hipotézisem, illetve alhipotézisei közül kettőt el kell vetnem. Nevezetesen azokat, hogy az egészségtudatosságot befolyásoló tényező az egészségi állapot, valamint az anyagi helyzet. Viszont három alhipotézist, melyek szerint az egészségtudatosságot befolyásoló tényező a szabadidő, neveltetés és az informáltság, el kell fogadnom. A modellt mutató 27. ábrán a magyarázóter főkomponensei mellett, balra ugyancsak az őket létrehozó változók láthatók.

Visszatérve a modellt bemutató 27. ábrához, az ott szereplő számok jelentéstartalma a következő. A változók és az általuk létrehozott főkomponensek közti nyilakon a komponensvektor értékei láthatók. A változókat ábrázoló téglalapok mellett a kommunalitás értékek kerültek feltüntetésre. A magyarázóter főkomponensei és az egészségtudatosság főkomponens között, pedig a regressziószámítás eredményeként kapott értékek láthatók.

A modellalkotás folyamatának megértéséhez nyújt segítséget a 28. ábra.

28. ábra: Az egészségtudatos fogyasztói magatartási modell magyarázata





Forrás: Saját szerkesztés

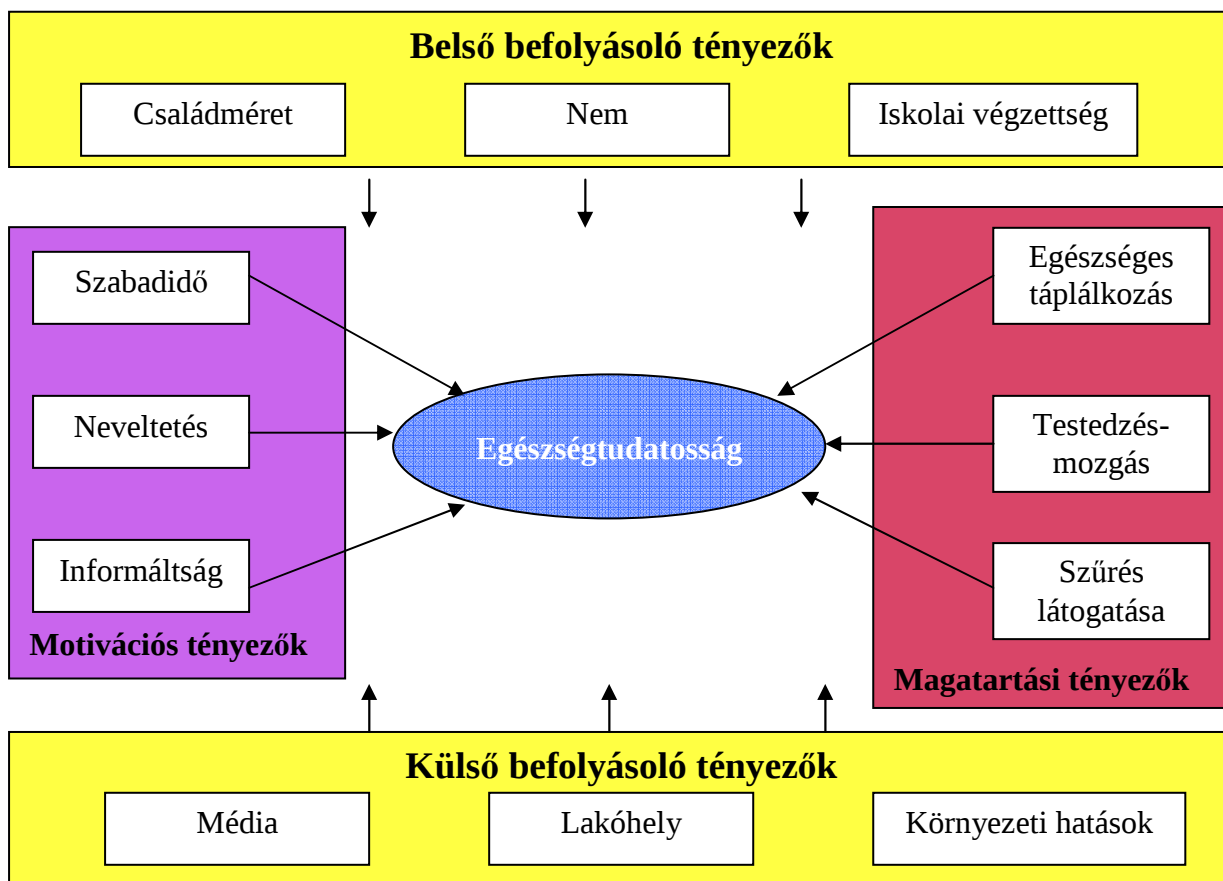
A motivációs tényezők meghatározásával egyúttal kijelöltem a beavatkozás lehetséges területeit is. Vagyis azokat a pontokat, ahol megfelelő ráhatással növelhető az egészségtudatosság. Itt megnyílik a lehetőség a marketingeszközök alkalmazása előtt. Az egyik ilyen a hétköznapiak is sokat hangoztatott tényező a nevelés, pontosabban jelen esetben az egészségnevelés. A regresszió-elemzésből az is látszik, hogy ennek a legnagyobb a hatása az egészségtudatosságra. Viszont ennek a megvalósítása a legköltésesebb és a legkevésbé prognosztizálható a tevékenységek hatása, hatékonysága és eredményessége. Ugyanúgy, mint bármely más oktatási tevékenységnél is. Hiszen először a megfelelő oktatói gárdát kell felkészíteni, „kiképezni”, majd nekik kell megfelelő hatékonysággal az elsajátított ismereteket továbbadni. Majd a befogadóknak azt a körülményeik és egyéb tényezők által befolyásoltan, minél tökéletesebben hasznosítani saját életük minden

szituációjában. Viszont ily módon az egészségtudatos fogyasztói magatartás valamennyi cselekvésére tudunk hatni. Sőt igazából egy másik motivációs tényezőre is, mégpedig a szabadidőre. Hiszen tudjuk, hogy bizonyos keretek között, az embernek arra van ideje, amire szakít. Vagyis ily módon a neveltetés – ha megtanuljuk mik a fontosak az egészségünk szempontjából – a szabadidőre is hatással van.

A harmadik motivációs tényező, az informáltság szintén lehetőségeket kínál a marketing alkalmazására. Sőt ez igen hatékony lehet, amint azt az előző kutatás eredményei is igazolták. Hiszen az egyetemisták igen jelentős része sportol valamit, ami részben annak a sok kommunikációs csatornán továbbított információnak köszönhető, melyek a testmozgás egészségre gyakorolt jótékony hatását hangsúlyozták. Azonban ez is, akárcsak a neveltetés jelentős ráfordítást igényel.

Az a véleményem azonban, figyelembe véve az előzőekben ismertetett kutatási eredményeimet, elsősorban a fókuszcsoport és a szakértői interjúk információit, hogy a fenti Lisrel modell nem tartalmaz minden olyan tényezőt, mely hat az egyén egészségtudatosságára. Így ezt a modellt ki kell egészítenem a korábbi kutatásokban feltárt befolyásoló tényezőkkel. Ezek felhasználásával már ki tudom alakítani az egészségtudatos fogyasztói magatartás elméleti modelljét. Ez látható a 29. ábrán.

29. ábra: Az egészségtudatos fogyasztói magatartás elméleti modellje



Forrás: Saját szerkesztés

A modell egyrészt tartalmazza a Lisrel modellben szereplő, a faktoranalízisek és a regressziószámítás eredményeként meghatározott tényezőket. Ezeket már a korábbiakban elemeztem. Ezen kutatás keretében összegyűjtött demográfiai változók közül, mindössze egy, a családméret, vagyis, hogy hányan élnek egy háztartásban mutatott korrelációt az egészségtudatossággal. Az iskolai végzettségre vonatkozóan nem kaphattam releváns információkat, mivel egyetemisták körében történt a megkérdezés. Viszont a szakértők véleménye és szakirodalmi adatok szerint ez is egy jelentős befolyásolója az egészségtudatosságnak, ezért szerepeltetem a modellben. Hasonló megfontolásból került a belső tényezők közé a nem, mint klasszikus egészségtudatosságot befolyásoló változó.

A modell egyetlen még nem tárgyalt része a külső befolyásoló tényezők csoportja. Ezeket a tényezőket a fókuszcsoportos és a szakértői interjúk segítségével tártam fel. A lakóhely és a média változók nem igényelnek különösebb magyarázatot. Az utóbbi esetében nyílik komoly lehetőség a marketing eszközök alkalmazásával hatni az emberek egészséggel, egészségtudatossággal kapcsolatos elképzeléseire és véleményére. Illetve azt az egészség megőrzése, helyreállítása szempontjából pozitív irányban változtatni. A harmadik külső befolyásoló tényezőcsoportban, a környezeti hatások között számos tényező jöhet szóba, mint a sugárzások, zaj, levegőszennyezettség, szűkebb társadalmi, gazdasági környezet, család, barátok, stb. Kutatási eredményeim alapján ezeket a tényezőket tekintem az egészségtudatosságra hatással lévőknek, illetve azt magyarázó és az egészségtudatos fogyasztói magatartás elemeiként megjelenőknek. Ezzel megválaszoltam a dolgozat második és harmadik hipotézisét is, melyek közül a másodikat elfogadom a harmadikat, pedig elvetem. Mindezek alapján az egészségtudatos fogyasztói magatartás elméleti modellje vonatkozásában a következő téziseket fogalmazom meg.

T9: Az egészségtudatosság szintjét befolyásoló belső tényezők a:

- családméret,
- nem,
- iskolai végzettség,

Külső tényezők a:

- média,
- lakóhely,
- környezeti hatások,

Motivációs tényezők a:

- neveltetés,
- szabadidő,
- informáltság.

Ezen tényezők egymáshoz és az egészségtudatossághoz való viszonyát írja le az egészségtudatos fogyasztói magatartás elméleti modellje.

T10: Az egészségtudatosság magatartási tényezői az:

- egészséges táplálkozás,
- testedzés-mozgás,
- szűrés látogatása.

Ezeknek az egészségtudatossághoz és a többi befolyásoló tényezőhöz való viszonyát írja le az egészségtudatos fogyasztói magatartás elméleti modellje.

A kiegészített korrigált modell megalkotásával végrehajtottam mindazon feladatokat és ezzel elértem azokat a célokat, melyeket a dolgozat elején magam elé tűztem. Összefoglalásként a dolgozat hipotéziseiről rögzítenék még néhány gondolatot. Bár ezekről korábban egy-egy mondatban már nyilatkoztam, nem szeretném, hogy elsikkadjanak.

9.15. Összegzés

A kutatási eredmények elemzése után egy feladatom maradt. Mégpedig az, hogy a dolgozat hipotéziseire választ adjak. Kutatási eredményeim alapján az első hipotézisem „Az egészségtudatosság szintjének számszerű meghatározására szerkeszthető erre alkalmas matematikai formula, azaz mérhetővé tehető az egészségtudatosság.” Ezt a hipotézist elfogadom, hiszen a Rugalmas Egészségtudatossági Profil modell megszerkesztésével létrehoztam azt a módszert, mellyel meghatározható az egészségtudatosság szintje.

A második hipotézisemet „Az egészségtudatos fogyasztói magatartás megjelenési formái a testmozgás/sportolás, egészséges táplálkozás és szűrővizsgálatok igénybevétele.” szintén elfogadom, mivel az egészségtudatos fogyasztói magatartás elméleti modelljének megszerkesztésekor végzett főkomponens elemzések igazolták ezt a feltevésémet.

A harmadik hipotézisemet „Az egészségtudatosság szintjét a szabadidő, az anyagi helyzet és az egészségi állapot – melybe a testi és lelki egészség is beletartozik – neveltetés és informáltság magyarázza.” el kell vetnem, mivel a hipotézisben megfogalmazott öt tényező közül a regresszió elemzés csak három magyarázó változó egészségtudatossággal való összefüggését igazolta.

A modell megalkotása után akár lezártnak is tekinthettem volna a témát azzal, hogy a céljaimnak megfelelően a feladatot megoldottam, kész a munka. Azonban jól tudom, hogy egy ilyen jellegű munkát sosem tekinthet teljesen késznek az ember. Az egyes célok elérése és adott problémák megoldása mindig újabb feladatokat és célokat jelöl ki. Így zárásként a munka folytatásának lehetséges irányait foglalom össze.

9.16. A munka folytatásának lehetséges irányai

Elsőként talán a leglényegesebbet említeném, amit szerettem volna a munkában megvalósítani, azonban az anyagi korlátok gátat szabtak neki. Ez pedig a nagyobb és a teljes magyar lakosságra nézve reprezentatív mintán elvégezni a kutatást. A fenti primer adatfelvétel ugyanis az egyetemisták körében készült, így a kapott eredmények csak rájuk érvényesek, tehát nem terjeszthetők ki Magyarország lakosságára.

A megfelelő méretű minta alkalmazása a modellre vonatkozóan lehetőséget biztosíthat a fogyasztók szegmentálására egészségtudatosság vonatkozásában. Sőt szerencsés esetben az egyes karakteres

fogyasztói szegmensek vonatkozásában a modell szegmensre szabásában és esetleges szükségszerű módosításában is rejtőzhetnek lehetőségek.

A következő dolog mely szöveget ütött a fejembe a modellalkotás során, az, hogy mennyire karakteres volt a neveltetés hatása a fiatalok egészségtudatosságára. Ezért azt gondolom, hogy a nevelés egészségtudatosságra gyakorolt hatását külön is érdemes lehet vizsgálni. Ennek segítségével meg lehetne határozni a szükséges egészségnevelési irányokat, vagyis azokat a pontokat, ahol eredményesen lehet megtanítani az embereket arra, hogyan éljenek oly módon, hogy az minél kisebb terhelést jelentsen az egészségükre nézve. A szükséges nevelési pontokat, azt gondolom célszerű lehet kor és oktatási forma, stílus, stb. alapján meghatározni. Ez alapján azt is rögzíteni lehetne, hogy melyek azok a döntési helyek ahol a marketing hatékonyan és eredményesen támogathatja az egészségnevelést. Ha ez is megtörtént, akkor adottak a feltételek az erre vonatkozó marketing stratégia kidolgozására és realizálására.

Nyilvánvalóan számos egyéb irány és a munka folytatásának számos lehetősége merülhet még föl. Viszont azt gondolom, hogy nincs értelme a folytatás lehetőségeinek ismeretében légvárat építeni. A fenti gondolatok is kellően szemléltetik a témában rejlő további lehetőségeket. A tényleges célok és feladatok kijelölését akkor látom indokoltnak, ha látszik a folytatás lehetősége anyagi és egyéb szempontokból.

10. Felhasznált irodalom

1. 2. International Classification of Functioning, Disability and Health. World Health Organization, <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>; A funkció képesség, fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO). Egészségügyi Világszervezet, ESzCsM, OEP, Medicina 2004. Budapest
2. A. Marshall: Principles of Economics, London, 1930
3. Anderson D. G., Elbert D. J., Fickensher K. M.: Health Care Marketing: Opinions of Providers, University of North Dakota, 1987. június
4. Armstrong. M.: A handbook of Human Resource Management Practice (10th edition) Kogan Page, London, 2006
5. Aronson E.: A társas lény, KJK, Budapest, 1994
6. Assael H.: Consumer Behavior a strategic approach, Houghton Mifflin Company, Boston, New York, 2004
7. Assael H.: Consumer Behavior and Marketing Action, PWS-Kent Publ., Cincinnati, 1996
8. Bácsy E., Vizi E. Sz.: Az emberi élet minősége Magyarországon in Népeség, orvos, társadalom, MTA, 1998.
9. Bácsy E.: Környezet-egészségügy és az emberi élet minősége in Népeség, orvos, társadalom, MTA, 1998.
10. Bánóczy J.: A fogászati egészségügy helyzete Magyarországon. A fogászati prevenció stratégiája in Egészségügy és piacgazdaság, MTA, 1998.
11. Baráth L. Dr.: A paradigmaváltás szükségessége az egészségügyben és a privatizációban, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 41. évf. 5. szám, 2003.
12. Bauer A, Berács J: Marketing, Aula Kiadó, Budapest, 1998
13. Baum, N. dr.: Marketing Your Clinical Practice, Aspen Publ. Inc., Gaithersburg, MD, 1992
14. Benkouider C.: The world's emerging markets, 2005. augusztus in <http://www.ffnmag.com/ASP/home.asp>
15. Berkowitz E. N., Flexner W.: The Market for Health Services: Is there a Non-traditional consumers?, Journal of Health Care Marketing, Vol. 1. No. 1. 1980-81, p. 25-34.
16. Berkowitz E. N., Hillestad S. G.: Market Strategy from Planning to Action, Jones and Bartlett Publ, Sudbury, MA, 2004
17. Berkowitz E. N.: Essentials of Health Care Marketing, Aspen Publ. Inc., Gaithersburg, MD, 1996
18. Biacs P. (szerk.): Egészségmegtartás, betegségmegelőzés, MTA, 2002.

19. Biacs P., Cserhádi L., Szőke M.: Az egészséges táplálkozás gazdaságilag is megalapozott elősegítése in Egészségmegtartás, betegségmegelőzés, MTA, 2002.
20. Blackwell R. D., Miniard P. W., Engel J. F.: Consumer Behavior
21. Bodrogi J. Dr., Borsos K.: Az egészség-gazdaságtan gyakorlati alkalmazásai II. rész, Orvostovábbképző Szemle, XIII. évf. 2006. 1. szám
22. Boncz I. Dr., Horváth B. Dr.: Az egészségügyi menedzsment és gazdaságtan alapvonalai, PTE, Pécs, 2001
23. Borbás I., Szirmai L., Verdes N., Vilusz L-né, Zelenkáné Lux L.: Egészségügyi rendszerek Kelet-Európában, Egészségügyi Rendszertudományi Iroda, 2005. május
24. Borbás I., Kincses Gy. (szerk.): Egészségügyi rendszerek Nyugat-Európában, Egészségügyi Rendszertudományi Iroda, 2006. október
25. Boros J.: Egészségtudatosság a felnőtt magyar lakosság körében a 2000-ben végzett Országos Lakossági Egészségfelmérés alapján – Marketing & Menedzsment 2002. 5-6. sz. 15. old.
26. Boscarino J., Steiber S. R.: Hospital Shopping and Consumer Choice, Journal of Health Care Marketing, Vol. 2. No. 2. 1982, p. 15-23.
27. Bozsik É.: Marketing az egészségügyben, Szükség vagy lehetőség?, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 42. évf. 4. szám, 2004.
28. Brown M. Dr. (szerk.): Health Care Marketing Management, Aspen Publ. Inc., Gaithersburg, MD, 1992
29. Buchmueller T. C., Feldstein P. J.: The effect of price on switching among health plans, Journal of Health Economics, 1997. 16. szám p. 231-247.
30. Buda B.: „Egészségmarketing” – Marketing & Menedzsment 2002. 5-6. sz. 3. old.
31. Business Classics: Fifteen Key Concepts for Managerial Success, Harvard Business Review, 1991
32. Campbell B.: Establishing a Marketing Organization for Hospitals, Journal of Health Care Marketing, Vol. 1. No. 2. 1981, p. 26-32.
33. Childs, N.M. & Poryzees, G.H. (1998) Foods that help prevent disease: consumer attitudes and public policy implications. British Food Journal, 9, 419-426.
34. Christopher M., Payne A., Ballantyne D.: Relationship Marketing, Butterworth-Heinemann Ltd., 1991
35. Consumer Behavior Insight, Course Study Guide, DePaul University, Chicago, IL, 2005
36. Cooper P. D. (szerk.): Health Care Marketing, a Foundation for Managed Quality, Aspen Publ. Inc., Gaithersburg, MD, 1994

37. Cooper P. D. (szerk.): Health Care Marketing, Issues and Trends, Aspen Publ. Inc., Gaithersburg, MD, 1980
38. Cunningham R. M. Jr.: Marketing is not a Cure-All, Hospitals, 1982. szept. p. 73-75.
39. Design for a set of European Community Health Indicators. Final report by the ECHI Project 2001. (kézirat)
40. Doszpoth A.: Marketing a magyar egészségügyben, Marketing & Menedzsment 1995. 1. szám
41. Egészségügyi infrastruktúra-fejlesztés, A nemzeti fejlesztési terv egészségügyi fejezete 2004-2007, Egészségügyi Menedzsment, 2004. január-február
42. Euro Health Consumer Index 2006, Health Consumer Powerhouse, 2006
43. Fishbein, M., Ajzen, I.: Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Reading, MA: Addison-Wesley., 1975
44. Fishbein, M.: An Investigation of the Relationship between Beliefs about an Object and the Attitude Toward the Object, Human Relations, 1963, p.233-240.
45. Fisk R. P., Grove S. J., John J.: Interactive Services Marketing, Houghton Mifflin, Boston, New York, 2004
46. Forgács A., Vallyon A.: Egészségügyi rendszerek hatékonysága az Európai Unióban és az Unió kívül, EU working papers, 2003./2.
47. Forgács I: Az egészség ára, Magyar Medicina 2000. / 9.
48. Fortenberry J. L. Jr.: Marketing Tools for Healthcare Executives, 2002
49. Földes B.: Társadalomgazdaságtan, Budapest, 1893
50. Friedman B., Sood N., Engstrom K., McKenzie D.: New Evidence on Hospital Profitability by Paper Group and the Effects of Payer Generosity, International urnal of Health Care Finance and Economics, 4., 2004. p. 231-246.
51. Gabbott M., G. Hogg: Consumers and Services, Wiley, UK; 1998
52. Garner M., Engelhard g. Jr.: Rasch Measurement Theory, the Method of Paired Comparisons, and Graf Theory, Annual Meeting of the American Educational Research Association, Chicago, IL, 1997, march
53. Gates R., McDaniel C., Bransberger K.: Modeling Consumer Health Plan Choice Behavior To Improve Costumer Value and Health Plan Market Share, Journal of Business Research 48, 2000 p. 247-257
54. Gazdaság és társadalom, A KSH jelenti, Budapest, 2006. december
55. GfK Hungária: Többségünk egészségesnek tartja magát, 2006. június, in <http://www.gfk.hu/sajtokoz/news56.htm>

56. Gidai E.: A piac szerepe az egészségügyben. Nemzetközi összehasonlítás in Egészségügy és piacgazdaság, MTA, 1998.
57. Gilbert L.: Marketing functional foods: how to reach your target audience, AgBioForum – Volume 3, Number 1 – 2000 – Pages 20-38
58. Gilligan C., Lowe R.: Marketing and Health Care Organizations, 1995
59. Glatz F.(szerk.): Egészségügy és piacgazdaság, MTA, 1998.
60. Glatz F.(szerk.): Népeesség, orvos, társadalom, MTA, 1998.
61. Gógl Á.: Döntéelmélet, orvosi döntés az egészség-ügyben in Egészségügy és piacgazdaság, MTA, 1998.
62. Gourville J. T., Quelch J. A., Rangan V. K.: Problems and Cases in Health Care Marketing, McGraw-Hill Irwin, New York, 2005
63. Gutmann J.: A Means-End Chain Model Based on Consumer Categorisation Processes, Journal of Marketing, 46., Spring, 1982
64. Halpern N. J. L., Grymes S. P.: Medical Privacy Compliance and Healthcare Marketing, Washington D.C., 2004.
65. Hamner J. E.(szerk.): Marketing and Managing Health Care, Memphis, 1983
66. Harsányi Zs., Szalkai I. Dr.: Marketing az egészségügyben, Kórházvezetés, 66. szám, 2005.
67. Health Care Marketing Issues, Health Care Marketing: Progress and Prospects a Panel Discussion, Journal of Health Care Marketing, Vol. 1. No. 2. 1981, p. 42-50.
68. Heasman M.: An overview of key trends and strategies in functional foods and beverages, June 18/19th 2002, Germany, The Centre for Food and Health Studies
69. Herbert M. C.: Development and Marketing Strategies for Functional Foods, AgBioForum, 6(1&2): 75-78., 2003 AgBioForum.
70. Hoffmann M., Kozák Á., Veres Z.: Piackutatás, Műszaki Könyvkiadó, Budapest, 2000
71. Hofmeister-Tóth Á., Simon J., Sajtos I.: A fogyasztói elégedettség, Alinea Kiadó, Budapest, 2003
72. Hofmeister-Tóth Á., Törőcsik M.: Fogyasztói magatartás, NTK, Budapest, 1996
73. Hofmeister-Tóth Á.: Fogyasztói magatartás, Aula Kiadó, 2003
74. Howard J., Sheth J.: The Theory of Buyer Behavior, Wiley, New York, 1969
75. Hoyer W. D., MacInnis D. J.: Consumer Behavior, Houghton Mifflin, Boston, New York, 2004
76. Jelovac I., Macho-Stadler I.: Comparing organizational structures in health services, Journal of Economic Behavior & Organization, Vol. 49 (2002) p. 501–522
77. Józsa L.: Marketingstratégia, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 2005

78. Józsa L., Piskóti I., Rekettye G., Veres Z.: Döntésorientált marketing, Akadémiai Kiadó, Budapest, 2005
79. Józsa L.: Marketing – Reklám – Piackutatás I.-II. Göttinger Kiadó, 2001
80. Józsa L.: Marketing, Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém, 2000.
81. Kárpáti L.: A marketing beavatkozások hatékonyságának vizsgálata pénzügyi megközelítésben, Debrecen, 1999 in <http://www.date.hu/kiadvany/tessedik/5/karpati.pdf> letöltve: 2007. május 30.
82. Kelen A.: A bizonyítékon alapuló marketing lehetőségéről az egészségügyben, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 37. évf. 6. szám, 1999.
83. Kelen A.: Az egészségügyi marketing kezdetei, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 32. évf. 4. szám, 1994.
84. Kincses Gy. Dr.: Egészség (?) – gazdaság (?), Praxis Server Kft., 1999
85. Kopp M: A magatartástudomány alapkérdései, In: Buda B, Kopp M (szerkesztők) Nagy Emese (segédszerkesztő) Magatartástudományok, Medicina Kiadó, 2001. pp 15-22.
86. Kopp M: Magatartástudományi ember-környezeti rendszerelméleti modell In: Buda B, Kopp M (szerkesztők) Nagy Emese (segédszerkesztő) Magatartástudományok, Medicina Kiadó, 2001. pp 23-46.
87. Kopp M., Pikó B: A kultúra és az életminőség kapcsolata, In: Civilizáció és egészség, MTA Stratégiai kutatások (Szerk Bácsy E, Mikola I) 2004. pp.139-158.
88. Korneluk G. N.: Marketing Myths, Mystiques and Misconceptions, Canadian Doctors, 1982 August
89. Kotler P., Clarke R.: Marketing for Health Care Organizations, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1987
90. Kotler P.: Marketing in the New Economy, Előadás Kempinski Hotel Corvinus, 2001. március 22.
91. Kotler P.: Marketing Menedzsment, KJK Kerszöv, Budapest, 2002
92. Kurucz B.: A marketing szerepe a magyar kórházakban, Vezetés és menedzsment, 2002
93. Leskinen K.: Functional Food Challenge: Positioning and Communicating Innovative Food Brands in Finland, INNOMARKET, Turku School of Economics and Business Administration Department of Marketing, Technical Reports No. 13, November 2002
94. MacStravic R. E. S.: Managing Health Care Marketing Communications, Aspen Publ. Inc., Gaithersburg, MD, 1993
95. MacStravic R. S.: Creating Consumer Loyalty in Healthcare, Health Administration Press, Chicago, Ill., 1999

96. MacStravic R. S.: Creating Consumer Loyalty in Healthcare. Chicago: Health Administration Press, 1999
97. MacStravic S.: Managing Health Care Demand, 1998
98. Magge J. F.: Decision Tree for Decision Making, Harvard Business Review, 1964 July-August
99. Magyarország 2003, KSH, Budapest, 2004
100. Makara P.: Jó lenne végre győztesnek lenni, Népszabadság (Hétvége) 2004. március 6.
101. Malhotra N. K.: Marketingkutatás, Prentice Hall Inc., 1999
102. Maslow A.: Motivation and Personality, Harper & Row, New York, 1970
103. Mátyás A.: A modern közgazdaságtan története, Aula Kiadó, Budapest, 1993
104. Mihályi P.: Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába, Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém, 2003
105. Mikola I.: A "köz" és "magán" viszonya az egészségügyi ellátórendszerben in Egészségügy és piacgazdaság, MTA, 1998.
106. Mises L.v.: Nationalökonomie, Genf, 1940
107. Mogyorósy Zs.: Optimális minőséget reális áron, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 42. évf. 1. szám, 2004.
108. Németh Gy.: A helyi önkormányzatok egészségügyi kiadásai, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 42. évf. 5. szám, 2004.
109. Nemzeti Egészség Jelentés 2004 – Szakértői változat
110. Népszerű szlogenek a hazai gyógyszerköltségek alakulásáról, GKI Egészségügy-kutató Intézet, 2006
111. Országos Lakossági Egészségfelmérés 2000, 2003.
<http://efrirk.antsz.hu/oek/egeszsegstat/oleC2000.htm>
<http://efrirk.antsz.hu/oek/egeszsegstat/oleC2003.htm>
112. Papp P, Eőry F.: Kórházaink infrastruktúrális állapota, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 42. évf. 5. szám, 2004.
113. Papp P.. A menedzsment felelőssége, avagy kórházigazgatás változó világban, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 41. évf. 4. szám, 2003.
114. Patkós Z., Palla S. Dr.: Egészségügyi marketing, Orvostovábbképző Szemle, X. évf. 2003. 8. szám
115. Pikó B.: Lelki egészség a modern társadalomban, Akadémiai Kiadó, Budapest, 2005.
116. Pikó B.: Kultúra, társadalom és lélektan, Akadémiai Kiadó, Budapest, 2003.
117. Pikó B.: Egészségtudatosság serdülőkorban, Akadémiai Kiadó, Budapest, 2002.

118. Pikó B.: Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban, L'Harmattan kiadó, Budapest, 2005.
119. Piskóti I. Dr. –Nagy Sz. Dr.– Kovács A. T.: Biotechnológiai innovációk marketingje,
120. Rahtz D. R., Sirgy M. J.: Marketing of Health Care Within a Community: A quality – of – Life/Needs Assessment Model and Method, Journal of Business Research, 2000. 48. szám p. 165-176.
121. Raju P. S., Lonial S. C.: The impact of service quality and marketing on financial performance in the hospital industry: an empirical examination, Journal of retailing and Consumer Services, 2002. 9. szám p. 335-348.
122. Reiber I.: Hiperlipidémia: a következmény és a megelőzés költséghatás elemzése in Egészségmegtartás, betegségmegelőzés, MTA, 2002
123. Reich A. Z. Marketing Management for the Hospital Industry, John Wiley & Sons Inc., New York, Toronto, 1997
124. Robine J. M., Jagidi c., Egidi V.: A first step towards a user's guide to health expectancies for the European Union. Euro-Reves, Montpollier , 2000. (kézirat)
125. Schiffman L. (Author), Kanuk L. (Author): Consumer Behavior, Eighth Edition
126. Schmitz C. A.: Charismating – Einkauf als Erlebnis, Mi – Fachverlag, Heidelberg, 2005
127. Scipione P. A.: Practical Marketing Research, Kendall/Hunt Publishing Comp., 1992
128. Sheaff R.: Responsive Healthcare: Marketing for a Public Service (Health Services Management), 2002
129. Sheldon A., Windham S.: Competitive Strategy for Health Care Organizations, Dow Jones-Irwin, Homewood, Illinois, 1984
130. Simon J.: Fogyasztói elégedettség és fogyasztóvédelem, Fogyasztóvédelmi szemle, 2005.11.09., p. 5-11.
131. Simon J., Lantos Z.: Jól működő egészségügy : Értékteremtő szolgáltatások szabályozott versenye, vagy Irányított betegellátás? Bibliogr.: p. 51. In: HARVARD BUSINESS manager (Magyar kiadás). - ISSN 1419-2519. - 2005. 8. évf. 9. szám, p. 44-51.
132. Simon J.: Páciensközpontú marketing az egészségügyben, Habilitációs dolgozat, Corvinus Egyetem, Budapest, 2006.
133. Sloan E.: TOP 10 Trends in Functional Food, Food Technology, April 2006, Volume 60, No. 4
134. Solomon M. R. (Author): Consumer Behavior, Sixth Edition

135. Souba W. W., Haluck C. A., Menezes M. A. J.: Marketing strategy: An essential component of business development for academic health centers, The American Journal of Surgery, 2001. 181. szám p. 105-114.
136. Szabadfalvi A. Dr.: A szolgáltatásmarketing sajátosságai az egészségügyi ellátás intézményrendszerében, Kórházvezetés, 67. szám, 2005.
137. Szabó M.: A funkcionális élelmiszerek piaci helyzete, Agrármarketing Centrum Kht. és a KOPINT-DATORG, 2003
138. Szabóné dr. Streit M.: Gyógyszermarketing, Medicina, Budapest, 1999
139. Szántó Á.: A személyes eladás az FMCG területen és a gyógyszeriparban, 4. Marketing Szimpózium '99- Miskolc, 1999. december
140. Szántó Á.: A DTC(Direct-to Consumer) advertising a vényköteles gyógyszerek piacán, Magyar Marketing Műhelyek Konferenciája Kiadvány, Keszthely 2000. május
141. Szántó Á.: A fogyasztói magatartás jellegzetességei a gyógyszeriparban, 5. Marketing Szimpózium Kiadvány - Miskolc, 2000. december
142. Szántó Á.: Fogyasztói elégedettség és panasz mérése marketing szempontból, Miskolci Egyetem Gazdaságtudományi Kar III. Nemzetközi Tudományos Konferenciája Kiadvány – Miskolc-Lillafüred, 2001. május
143. Szántó Á.: A vényköteles gyógyszerek DTC (Direct-to-Consumer) reklámozásának jellegzetességei, Magyar Marketing Műhelyek Konferenciája Kiadvány, Keszthely 2001. május
144. Szántó Á.: The Direct-to-Consumer (DTC) Marketing in the Pharmaceutical Industry, PhD Hallgatók III. Nemzetközi Konferenciája Kiadvány (poszterszekció) – Miskolc 2001. augusztus
145. Szántó Á.: A DTC (Direct-to-Consumer) marketing jelentősége a gyógyszeriparban, Doktoranduszok Fóruma Kiadvány – Miskolc, 2001. november 6.
146. Szántó Á.: A területi képviselői hálózat felépítése és működtetése – különös tekintettel a gyógyszeriparra, 6. Marketing Szimpózium Kiadvány – Miskolc, 2001. december
147. Szántó Á.: A gyógyszer-kommunikáció szabályozása Magyarországon, Magyar Marketing Műhelyek Konferenciája Kiadvány – Keszthely, 2002. június 5-7.
148. Szántó Á.: Fogyasztói magatartás a gyógyszeriparban, Doktoranduszok Fóruma Kiadvány – Miskolc, 2002. november 6.
149. Szántó Á.: Egészségbiztosítási rendszerek az EU csatlakozás tükrében, 7. Marketing Szimpózium Kiadvány – Miskolc, 2002. december

150. Szántó Á.: A marketing helye a kórházi szervezetben, Magyar Marketing Műhelyek Konferenciája Kiadvány – Keszthely 2003. június
151. Szántó Á.: Examination of professional information sources at health care market. Focusing on sales representatives of pharmaceutical companies. (an empirical research) [lektorált] Konferenciakiadvány 3rd International Conference for Young Researchers – Gödöllő, 2004. szeptember 28-29.
152. Szántó Á.: Conceptual explanation of Health care marketing in Hungarian society and civilization [lektorált], Konferenciakiadvány 3rd International Conference for Young Researchers – Gödöllő, 2004. szeptember 28-29.
153. Szántó Á.: Az orvoslátogatók, mint szakmai információforrások szerepe az orvosok információgyűjtésében, Doktoranduszok Fóruma Kiadvány – Miskolc, 2004. november 9.
154. Szántó Á.: Az egészségügyi marketing keretei, A marketing és megoldásai szimpóziumkiadvány – Miskolc, 2004. december 9.
155. Szántó Á.: Consumer Satisfaction– A Bit Differently – On Health Market, microCAD 2005 International Scientific Conference Kiadvány – Miskolc, 2005. március 10-11.
156. Szántó Á.: Elégedettségvizsgálat – kicsit másként – az egészségpiacon, Egészségügyi gazdasági Szemle – 43. évf., 3. szám, 2005. június
157. Szántó Á.: Decision Making Process in the Hospital Industry, microCAD 2006 International Scientific Conference – Miskolc, 2006. március 16-17.
158. Szántó Á.: Döntéshozatal a magyar kórházakban, Innovációmenedzsment, Tudásteremtés – Tudástranszfer Konferencia – Miskolc, 2006. november 15-16. ISBN-10: 963-661-729-5; ISBN-13: 978-963-661-729-5
159. Szántó Á.: Shopping Centers versus E-business, microCAD 2007 International Scientific Conference – Miskolc, 2007. március 22-23.
160. Szántó Á.: Decision making process in the Hungarian hospitals and the possible marketing support, OTDK 2007 Konferencia PhD szekció – Miskolc, 2007. április 26.
161. Szántó Á.: Az egészség piaca, Miskolci Egyetem Gazdaságtudományi Kar VI. Nemzetközi Tudományos Konferenciája Kiadvány – Miskolc-Lillafüred, 2007. október 10-11.
162. Szántó Á.: Egészségügyi marketing, In: Marketing II. oktatási segédlet, Miskolci Egyetem Marketing Tanszék, 2000
163. Szántó Á.: Beszerzési döntések a magyar kórházakban, In: Marketing – Kaleidoszkóp, Miskolc 2006. ISBN-10: 963-87389-0-1; ISBN-13: 978-963-87389-0-5

164. Szántó Á.: Egészségügyi(?) marketing – Az egészségügyi marketing fogalmának meghatározása és helye a marketing szakirodalomban, In: Marketing – Kaleidoszkóp, Miskolc 2006. ISBN-10: 963-87389-0-1; ISBN-13: 978-963-87389-0-5
165. Szántó Sz.: A fogyasztói magatartás, Perfekt Rt., Budapest, 2003.
166. Szántó Zs.: Az egészséggel kapcsolatos életstílus: betegviselkedés és egészségviselkedés, PhD. értekezés, Semmelweis Egyetem, 2005.
167. The World Health Report 1998, 2003. World Health Organization, Geneva, 1998, 2003.
168. Tomcsányi P.: Általános kutatómódszertan, Szt. István Egyetem, Gödöllő, 2000
169. Tóth E.dr.: A marketing fontossága a gyermekgyógyászati gyakorlatban, Gyermekgyógyászat, 2002. 53. évf. 5. szám
170. Törőcsik M.: Fogyasztói magatartási trendek hatása az egészségügyi szolgáltatókra, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 41. évf. 1-2. szám, 2003.
171. Törőcsik M., Buda L.: A kvalitatív piackutatás jellemzői – a pszichodráma, Ceo Magazin, 2004. 1. – 2. szám
172. Törőcsik M.: Vásárlói Magatartás, Akadémiai Kiadó, Budapest, 2007
173. Török I.: Az állam, a társadalom és az egyén feladata, kötelessége a megelőzésben in Egészségmegtartás, betegségmegelőzés, MTA, 2002
174. Turchányi P.: Számítógépes döntéstámogatás térinformatikai keretben, Országos térinformatikai konferencia, 1992
175. Urbán R.: Egészségpszichológia, egészségkommunikáció és egészségmarketing – Marketing & Menedzsment 2002. 5-6. sz. 10. old.
176. Veblen T.: A dologtalan osztály elmélete, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1975
177. Veres Z.: Szolgáltatásmarketing, Műszaki Könyvkiadó, Budapest, 1998
178. Vitberg A. P.: Marketing Health Care into the Twenty-First Century, The Haworth Press, New York, London 1995
179. Vitrai J., Hermann D., Vizi J., Csaba I.: Valójában mennyi közpénzt költünk Magyarországon gyógyszerekre?, TÁRKI, Budapest, 2007.
180. Wagner T. H., Hu T.-w., Hibbard J. H.: The demand for consumer health information, Journal Of Health Economics 20, 2001 p. 1059-1075.
181. Wennström P.: Key Developments in the Functional Foods Market Across Europe - Improved marketing strategies for functional foods, HealthFocus Europe, 2006
182. WHODASII. World Health Organization in <http://www.who.int/icidh/whodas>

183. Winston W. J.: Basic Health Care Marketing Principles, in How to write a marketing plan for health care organizations, The Haworth Press, New York, 1985. p.1-12.
184. Winston W. J.: Professional Practice in Health Care Marketing, The Haworth Press, New York, 1985
185. World Health Organization Basic Documents. WHO, Geneva, 1998. p.1.
186. www.intelihealth.com/IH/ihIH
187. www.pro-patiente.hu
188. www.syneco.hu/compass/health.html
189. www.wido.de
190. Zaltman G.: How Customers Think: Essential Insights into the Mind of the Market, 2003
191. Zeithalm V. A., Parasuraman A., Berry L. L.: Problems and Strategies in Services Marketing, Journal of Marketing, 1985. Vol. 49, No. 2. p. 33-46.
192. Zinkhan G. M., Balazs A. L.: A stakeholder-integrated approach to health care management, Journal of Business Research, 2002. 57. szám p. 1-6.

Mellékletek

1. sz. melléklet

Kérdőív az egészségről – 2006 Miskolci Egyetem, Marketing Intézet

A kérdőív kitöltése önkéntes!

1. Mikor mondja magáról, hogy egészséges?

.....

2. Mit ért Ön az egészséges életmód alatt?

.....

3. Melyek azok a tevékenységek, melyekre egészsége megővése, helyreállítása érdekében időt, energiát, pénzt szentel?

Tevékenység	Idő (óra/hét)	Pénz (Ft/hó)

4. Véleménye szerint a párkapcsolat mennyire befolyásolja az egészségi állapotot?

- | | |
|----------------------|-----------|
| 1. egyáltalán nem | 4. eléggé |
| 2. kis mértékben | 5. nagyon |
| 3. közepes mértékben | |

5. Véleménye szerint a szexuális élet mennyire befolyásolja az egészségi állapotot?

- | | |
|----------------------|-----------|
| 1. egyáltalán nem | 4. eléggé |
| 2. kis mértékben | 5. nagyon |
| 3. közepes mértékben | |

6. Ha nincs egészségügyi problémája, ellenőrizteti-e rendszeresen az egészségi állapotát?

- | | |
|---------|--------|
| 1. igen | 2. nem |
|---------|--------|

7. Mennyire éli az életét egészségtudatosan?

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1. egyáltalán nem | 4. eléggé tudatosan |
| 2. kis mértékben | 5. nagyon tudatosan |
| 3. közepes mértékben | |

8. Mit tesz annak érdekében, hogy életét egészségtudatosan élje?

.....

9. Kitől szokott tanácsot kérni az egészségével kapcsolatban?

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| 1. háziorvos | 6. barátok/ismerősök |
| 2. szakorvos | 7. sporttal foglalkozók |
| 3. természetgyógyász | 8. táplálkozási szakértő |
| 4. gyógyszerész | 9. saját magam járok utána |
| 5. család | 10. egyéb, éspedig: |

10. Melyik médiumot tartja a legmegbízhatóbb információforrásnak, ha az egészségéről van szó?

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1. televízió | 7. háziorvos |
| 2. internet | 8. szakorvos |
| 3. rádió | 9. gyógyszerész |
| 4. nyomtatott sajtó | 10. család |
| 5. iskola | 11. barátok/ismerősök |
| 6. szakkönyv | 12. egyéb, éspedig |

11. Véleménye szerint mire lenne szüksége ahhoz, hogy egészségesnek érezze magát?

.....

Demográfia

1. Neme: **1. Férfi** **2. Nő**
2. Kora:
3. Lakóhely: **1. Főváros** **2. Megyeszékhely** **3. Város** **4. Község** **5. Falu**
4. Legmagasabb iskolai végzettsége:
- 1. Kevesebb, mint 8 általános** **5. Gimnáziumi érettségi**
2. 8 általános **6. Főiskolai diploma**
3. Szakmunkásképző **7. Egyetemi diploma**
4. Szakközépiskola
5. Hányan élnek egy háztartásban?
6. Ebből hányan eltartottak?
7. A család nettó havi összjövedelme:
- 1. 40.000 alatt**
2. 40.000- 70.000
3. 70.000- 100.000
4. 100.000- 150.000
5. 150.000- 200.000
6. 200.000- 300.000
7. 300.000- 500.000
8. 500.000 fölött

2. sz. melléklet

Kérdőív az egészségtudatos fogyasztói magatartás vizsgálatához – 2007

Miskolci Egyetem, Marketing Intézet

A kérdőív kitöltése önkéntes! Azoknál a kérdéseknél, melyekre nem tud válaszolni, kérem írjon a négyzetbe nullát (0)!

Mennyire ért egyet az alábbi állításokkal? Válaszlehetőségei (A válasza sorszámát írja az állítás melletti négyzetbe!):

- (1) egyáltalán nem értek egyet
- (2) kis mértékben egyetértek
- (3) közepes mértékben egyetértek
- (4) nagymértékben egyetértek
- (5) teljesen egyetértek

1. Rendszeresen felkeresem a háziorvosomat, akkor is, ha nincs egészségügyi problémám. ☐
2. Rendszeresen felkeresem a fogorvosomat, akkor is, ha nincs panaszom. ☐
3. Eljárok a szűrővizsgálatokra, amint értesítést kapok róla. ☐
4. Olyan szűrővizsgálatokat is látogatok, amelyek nem kötelezőek. ☐
5. Minden étkezés alkalmával törekszem arra, hogy egészséges ételeket fogyasszak. ☐
6. Ha magamnak vagy családomnak készítek/vásárolok ennivalót figyelek rá, hogy egészséges ételek legyenek. ☐
7. Figyelem, hogy az elfogyasztott étel-miszer hogyan hat az egészségemre. ☐
8. Rendszeresen járok sportolni / végzek valamilyen testmozgást. ☐
9. Igyekszem olyan sportot/mozgást választani, ami segít az egészségem megőrzésében. ☐
10. Akkor érzem magam jól, ha eleget mozgok/sportolok. ☐
11. Sok szabadidőm van. ☐
12. Szabadidőm jelentős részét az egészségemmel való törődésre fordítom. ☐
13. Jó érzés számomra, ha időt tudok szentelni az egészségemre, akkor is ha ez a szabadidőm rovására megy. ☐
14. Jó az anyagi helyzetem. ☐
15. Pénzem jelentős részét az egészségem megővására költöm. ☐
16. Jó érzés számomra, ha pénzt tudok szánni az egészségemre, akkor is ha ez más megvásárlásának rovására megy. ☐
17. Fontos számomra az egészségem megőrzése. ☐
18. Volt már olyan egészségügyi problémám, mely kihat jelenlegi egészségi állapotomra. ☐
19. Figyelek a testsúlyomra, mert ez fontos az egészségem szempontjából. ☐
20. Családunkban központi érték az egészség. ☐
21. Szüleim mindig figyeltek arra, hogy milyen étel-miszereket, ételeket fogyasztunk. ☐
22. Családunkban fontos az egészség érdekében végzett testmozgás. ☐
23. Családunk az egészségét akkor is ellenőrizteti, hogy nincs egészségügyi problémája. ☐
24. Igyekszem tájékozódni arról, hogy mivel tudok tenni az egészségem megőrzésért/helyreállításáért. ☐
25. Igyekszem tájékozódni arról, hogy hol van sportolásra és egészséges étel-miszerek vásárlására lehetőség. ☐
26. Sok olyan információforrást ismerek és használok, ahonnan az egészséges (egészségtudatos?) életmódról tájékozódhatok. ☐

DEMOGRÁFIA

27. Neme 1. férfi 2. nő ☐

28. Életkor év

29. Testsúly kg

30. Testmagasság cm

31. Családi állapot ☐

1. nőtlen/hajadon
2. házas/élettársi kapcsolatban él
3. elvált
4. özvegy

32. Településtípus ☐

1. Főváros
2. Megyeszékhely
3. Egyéb város
4. Egyéb település

33. Önnel együtt egy háztartásban élők száma: ☐

34. A családja nettó havi összjövedelme ☐

- | | |
|------------------------|------------------------|
| 1. 0 – 40.000 | 5. 150.000.- - 200.000 |
| 2. 40.000.- - 70.000 | 6. 200.000.- - 300.000 |
| 3. 70.000.- - 100.000 | 7. 300.000.- - 500.000 |
| 4. 100.000.- - 150.000 | 8. 500.000 fölött |

35. Iskolai végzettség ☐

1. kevesebb, mint 8 általános
2. 8 általános
3. középfokú
4. felsőfokú

36. Gazdasági aktivitás ☐

1. szellemi vezető
2. szellemi beosztott
3. fizikai foglalkozású
4. inaktív (tanuló, GYES, nyugdíjas)
5. munkanélküli

