

A KÖZÉPISKOLÁSOK ÉLETSTÍLUS KLASZTEREI – KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A RIZIKÓMAGATARTÁSRA

THE LIFESTYLE CLUSTERS AMONG SECONDARY SCHOOL STUDENTS – FOCUSING ON THE RISK BEHAVIOUR

KISS VIRÁG ÁGNES ügyvivő-szakértő
Debreceni Egyetem Gazdaságtudományi Kar

Abstract

The young generation – as the economic and social engine of our future – deserves a special attention in social and marketing viewpoint. They are the members of the so-called *Z generation* who differ from the previous ones not only in the field of the digital skill proficiency, but their attitudes are more differentiated as well.

In current study we examined secondary school students, and we were curious about their food consuming habits from the perspective of health consciousness and market demands. The research was based on a questionnaire survey of 1002 members. Our current results came into existence with the help of the statements selected from the category of risk behaviour within health behaviour. We created groups with the method of factor-and cluster analysis. Among the particular lifestyle groups there can be seen a significant difference in the field of consciousness together with the follow-up of the food market trends.

1. Bevezetés

Napjaink állandó politikai és közéleti témája a táplálkozásunk, étkezésünk, élelmiszervásárlási szokásaink. Az egészségmagatartás és egyes tényezőinek önálló vizsgálata igen fontos lehet. A figyelem főleg a fiatal generáció esetében kiemelt, mivel ők még egy szokásaikban formálható állapotban vannak, illetve a testük még jobban regenerálódik az egyes káros hatások alóli *sokkból*. Ettől függetlenül a rizikómagatartás – ahogy a korábbi generációk esetében is – a középiskolás években eléri csúcspontját, és hathat ki felnőttkori egészségükre is.

2. Szakirodalmi áttekintés

2.1. Egészségtudatosság

Az egészségtudatos egyén nem más, mint aki vállalja önmagáért, illetve saját egészsége megőrzéséért a felelősséget, és gondoskodik az egyensúlyuk megteremtéséről az egészség minden dimenziójában.¹ A KSH (2010) által közölt 2009-es Európai Lakossági Egészségfelmérés keretében elkülönítettek négy egészségmagatartás típust, melyek között megjelent az egészségtudatosak csoportja. Az egészségügyi rendszer lehetőségeinek kihasználását, az egészség megőrzésben történő aktív szerepvállalást, a kiegyensúlyozott táplálkozást, az alkoholos és dohánytermékek kerülését, az alternatív gyógymódok és táplálék-kiegészítők felé történő nyitottságot érzékelték rájuk jellemzőnek.²

2.2. Az egészségmagatartás kiemelt elemei

Az egészségmagatartás körébe tartozik minden viselkedéselem, attitűd, amelyet a személy azért képvisel, hogy megvédje, elősegítse vagy fenntartsa egészségét,^{3,4,5,6,7,8} akár tudatosan teszi mindezt, akár rutinból.⁹ Ez a MATARAZZO (1984) által preventív egészségmagatartásnak nevezett típus. Létezik emellett a kockázati vagy egészséggrizikó viselkedés, amely a fent említett tényezők figyelmen kívül hagyását jelenti, legjellemzőbben dohányzást, egészségtelen táplálkozást, alkoholfogyasztást értünk ez alatt.¹⁰

Rizikómagatartás elemeinek az egészséget veszélyeztető „magatartásbeli faktorokat” szokás hívni, melyek a következők lehetnek: rendszeres dohányzás, illegális drogfogyasztás, illetve szerekkel való visszaélés, alkoholfogyasztás, nem megfelelő táplálkozás, szűrővizsgálatok hiánya, biztonsági öv „nem használata”, kockázatos szexuális élet.^{11,12,13} Ezek az NCD-k kialakulásában komoly szerepet játszanak.¹⁴ Mind a dohányzás, mind az alkohol, illetve drogok kipróbálásának és fogyasztásának gyakorisága kapcsán a jelenkor ifjúságának egészsége komoly veszélyben van.^{15,16,17,18,19}

Az étkezéssel az egészségünk szoros kapcsolatban áll, és felelős lehet a 2-es típusú diabétesz, a kardiovaszkuláris megbetegedésekhez vezet világszerte.²⁰ A gyors étkezés egészségre káros hatását már bizonyították, hiszen jellemzően ezekben az ételekben magasabb a hozzáadott cukor, só, illetve telített zsír mennyisége.²¹ Ezenkívül ezeket általában az otthonon kívül, a többi ételhez képest nagyobb mennyiségben fogyasztjuk.^{22,23} Omann és szerzőtársai (2007) szerint nőtt a kényelmi termékek fogyasztása, főleg az egy fős háztartások vagy az idővel ezen spóroló fogyasztók esetében. Kényelmi termékek közé *a fogyasztásra kész, magasan feldolgozott élelmiszerek tartoznak.*²⁴ Neulinger–Simon (2011) szerint az egészségnek van közösségi dimenziója is, úgy mint a gondoskodás pl. a családon belül a gyermekek egészséges táplálkozásáról, helyes fizikai fejlődéséről való gondoskodás.²⁵ Nem igazán az egészséges táplálkozásra való nevelési törekvést jelenti, hogy a magyar 8–12 évesek 19%-a és a 13–14 évesek 27%-a legalább havonta egyszer gyorséttermi láncokat látogat.^{26,27}

A megfelelő lelki állapot, a pszicho-szociális tényezők is hozzájárulnak a fizikai egészség és az egészséges gondolkodásmód kialakulásához, fenntartásához.^{28,29} A stressz vagy a kiegyensúlyozatlan lelki állapot elhízáshoz és egyéb betegségekhez vezethet.^{30,31}

3. Anyag és módszertan

A vizsgálatot 2015-ben és 2016-ban végeztük. Mivel korábban ebben a témában még ilyen típusú átfogó felmérés nem készült a középiskolás fiatalokról, így őket választottam. Céлом volt továbbá, hogy a nagymintás elemzésbe ne csak néhány iskola diákja kerüljön be, hanem a gimnáziumok, a szakközépiskolák és a szakiskolák diákjainak véleménye a regionális statisztikáknak megfelelően arányosan jelenjen meg. Ezenkívül fontos volt, hogy minél változatosabb lakóhelyi és társadalmi csoportok kerüljenek bemutatásra az egyes korosztályból megfelelő nemi arányokkal. A kutatásba végül négy különböző város 13 intézményének 1002 diákja került be véletlenszerűen választva az egyes intézmények osztályai közül.

A kérdőíveket véletlen sorszámmal láttuk el. A kitöltött kérdőíveket kézileg vittük fel az SPSS 23 programba, majd az adattisztítás után a hiányzó értékek figyelmen kívül hagyása történt, azaz nem helyettesítettük a középértékekkel, mivel ezek változtattak az egyes arányokon. A KSH 2015. évi adatai alapján a minta ebben a korosztályban nemre nézve reprezentatív.

A kérdőívben szerepelt egy életstílus állítássor, melyben kiemelt szerepet kaptak a gyors étkezés, a deviáns magatartás és a lelki állapot, elégedettség témakörök. Az állítássor faktoranalízissel és klaszterelemzéssel került vizsgálatra. A klasztereket végül kereszt-táblás elemzés során a demográfiai háttérváltozók.

4. Eredmények

Az életstílus állításokhoz kapcsolódóan elkészítettük azok faktorelemzését. A két technika együttes alkalmazása az egyes értékcsoporthoz és az azok mentén létrejövő csoportok pontosabb meghatározását és értelmezését segítette elő. A faktorokat főkomponens elemzés alapján alakítottuk. A rotálások³² és az elemzés után kilenc állítást találtunk – megfelelő értékeik okán – alkalmasnak a három faktorok kialakításra. Ezek jól definiálható egységes értékcsoporthoz lettek (*1. táblázat*). Az első a kényelmi fogyasztás, amit elsősorban jelen kutatásban a gyors étkezéssel társítunk. A következő a rizikós, azaz a „deviáns fogyasztás”, illetve annak elemei. A harmadik faktor a pozitívitás, avagy a pozitív gondolkodás a hozzákapcsolódó állítások mentén. Az elemzés során minden érték megfelelt a társadalomtudományokban elvárt értékkel.³³

1. táblázat: Általános életstílus faktorok

Table 1: Lifestyle factors

Állítások	Faktorok		
	Kényelmi	Rizikós	Pozitívitás
Gyakran vásárolok étel- és/vagy italautomatákból	,834		
Gyakran járok gyorsétterembe	,774		
Gyakran vásárolok iskolai büfében	,723		
Az ismeretségi körömben van olyan, aki kipróbálta már a drogokat		,768	
Rendszeresen dohányzom		,752	
Rendszeresen fogyasztok alkoholt		,692	
Pozitívan gondolok a jövőmre			,780
Elégedett vagyok önmagammal			,721
Büszke vagyok arra, hogy magyarnak születtem.			,705

N = 969 Módszer: Főkomponens elemzés, KMO 0,707, Bartlett teszt Khi-négyzet = 1360,955, df = 36, Sig = 0,000, Varimax, Magyarázó variancia: 59, 01%.

Forrás: saját szerkesztés, 2017

A klasszikus klaszteranalízis menetét követve először a klaszterek alapját adó faktorok megbízhatóságát vizsgáltuk (Cronbach Alfa > 0,5), és itt is minden faktort alkalmasnak találtunk a klaszterelemzésre. Ebben az esetben kíváncsiak voltunk, hogy az egyes faktorok mennyire vannak jelen egyszerre vagy differenciáltan az egyes ifjúsági szegmentumokban.

A klaszterezési eljárások közül a K-közép klaszterezés eredményeit választottuk a szegmentumok kialakítására. Négy klaszter esetében találtuk a legjobb eloszlást. (Ellenőrzésképpen itt is a Ward-féle hierarchikus eljárás dendrogramját használtuk.) Megvizsgáltuk a négy klaszter mintán belüli megoszlását és a faktorokkal való viszonyukat ANOVA vizsgálattal. A faktorok átlagértékei jól különböztek az egyes klaszterekben (36. ábra). Ezek után keresztábra elemzéssel a háttérváltozók mentén is megvizsgáltuk az egyes klaszterekkel való összefüggéseket, ahol a nemet leszámítva minden jellemzővel szignifikáns összefüggést találtunk (*Lásd lentebb bemutatását a 2. táblázatban*). Összességében a négy klaszteres megoldás jól elkülönülő és jellemezhető szegmentumokat adott mindkét szempontból. Ebben az esetben a faktorokkal való viszonyuk alapján lettek elnevezve az egyes csoportok (*1. ábra*).

Az első klaszter esetében minden faktor az átlaghoz képest negatív lett, azaz náluk nem jelenik meg hangsúlyosan se a kényelmi vásárlás, sem a rizikómagatartás, viszont ezek csak kismértékben térnek el csoportos átlagtól. Azonban ebben a csoportban a pozitív gondolkodáshoz kapcsolódó faktor erősen negatív irányba mozdul el a három másik

szegmenshez képest, amelyekben ez a faktor minden esetben pozitív. Ezért ezt a csoportot leginkább az Elégedetlenek, esetleg depresszívek névvel lehet illetni.

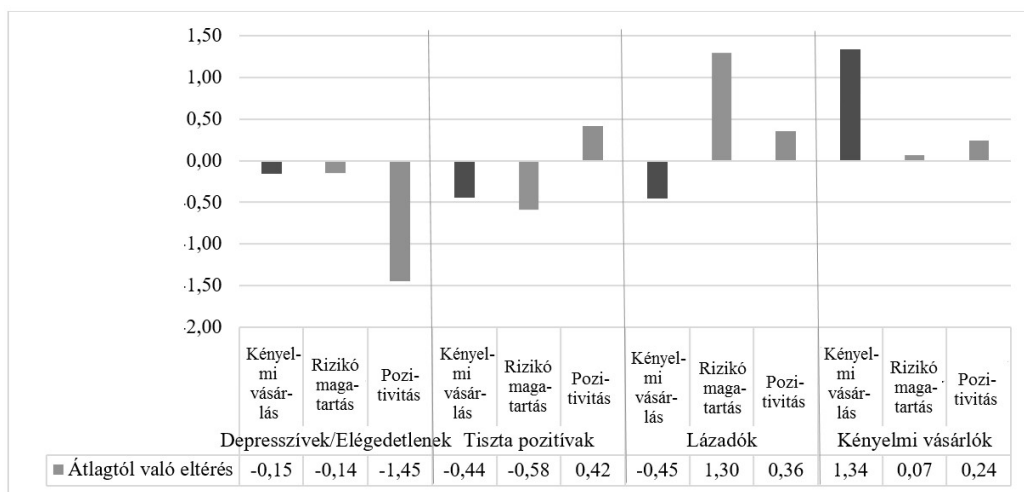
A második klaszter esetében a kényelmi és a rizikó faktorok az átlaghoz képest a legnegatívabbak, viszont a pozitív faktor náluk a legmagasabb, így őket „Tiszta” pozitívoknak neveztük.

A harmadik szegmens a Lázadók nevet kapta, mivel náluk a rizikómagatartás messze a legerősebb hatású a csoport tagjaira, de a pozitív gondolkodás is jellemzi őket majdnem olyan mértékben, mint a Tiszta pozitívokat. A kényelmi vásárlásra ők nyitottak legkevésbé.

A negyedik csoportnál egyértelműen a gyors étkezés erősen jellemzi a társaságot. Csak náluk jelenik meg ez a faktor pozitívan. Emellett az átlaghoz képest kismértékben ugyan, de pozitív náluk a másik két faktor, a rizikós és a pozitívitás is.

1. ábra: Az életstílus klaszterek és a faktorok vizsgálata

Figure 1.: Examination of lifestyle clusters and factors



N = 969 Módszer: Egy-tényezős Varianciaanalízis. Sig: $p < 0,001$

A klaszterek jellemzéséhez szükség volt megvizsgálni őket a demográfiai háttérváltozók mentén. Szignifikáns összefüggést találtunk a kor, az iskolatípus és a családi szubjektív jövedelem esetében (2. táblázat).

Az introvertáltaknak vagy elégedetleneknek elnevezett csoportban a gimnazisták vannak a legtöbben. Anyagi helyzetüket tekintve nem jellemző rájuk, hogy a legjobb körülmények között éljenek, inkább a rendszeres anyagi problémákat érzik magukénak.

A pozitív hozzáállású csoport tagjai jellemzően a legfiatalabbak, de kevésbé jellemző rájuk, hogy szakiskolás diákok lennének. Anyagi helyzetüket tekintve is inkább tartoznak a jobb módú családok sarjai közé.

A lázadók inkább az idősebbek közül kerültek ki, a 14–15 évesek ebben a csoportban vannak a legkevesebben. Iskolatípus és családi jövedelem szempontjából nincsenek túlsúlyban egyik típusban sem, bár a rossz anyagi körülmények között élés náluk több diákra érvényes, mint a pozitív társaik esetében.

A kényelmi vásárlók csoport tagjai körülbelül azonos arányban találhatóak meg a különböző korcsoportokban. Kiugrónak tekinthető viszont, hogy a szakiskolások legnagyobb arányban ebben a csoportban jelennek meg, illetve, hogy a gimnazistákra legkevésbé jellemző ez a csoporttagság. Jövedelem szempontjából a legjobb körülmények közül érkezők vannak itt nagy számban, viszont az eggyel szerényebb anyagi körülmények közül érkezőkre jellemző legkevésbé a kényelmi fogyasztás támogatása.

2. táblázat: Az általános életstílus klaszterek bemutatása a demográfiai változók tükrében

Table 2.: Comparison of socio-demographic background variables in clusters

Változók		Klaszterek				Szig.
Klaszterek neve		Introvertáltak	Pozitívak	Lázadók	Kényelmesek	
Klaszterek mérete (%)		19,78	39,56	18,88	21,78	
Nem	Férfi	17,03	39,48	21,24	22,24	0,075
	Nő	22,90	39,16	16,84	21,05	
Kora	14-15	22,49	46,89	12,44	18,18	0,016
	16	14,78	41,87	18,23	25,12	
	17	23,53	34,93	21,32	20,22	
	18-19	17,98	37,22	21,45	23,34	
Iskolatípus	gimnázium	21,48	40,61	18,59	19,31	0,015
	szakközépiskola	17,84	41,23	19,01	21,93	
	szakiskola	16,50	28,16	20,39	34,95	
Évfolyam	9.	21,90	41,90	13,97	22,22	0,188
	10.	15,27	39,90	20,69	24,14	
	11.	20,34	38,62	22,07	18,97	
	12.	21,21	35,15	18,79	24,85	
	13.	15,38	2,79	30,77	11,54	
Család szubjektív jövedelme	Nagyon jól megélünk belőle, és félre is tudnak tenni belőle	14,33	37,69	20,56	27,41	0,007
	Megélünk belőle, de keveset tudunk félretenni	22,48	39,79	19,12	18,60	
	Éppen elegendő, hogy megéljünk belőle	21,29	43,87	15,48	19,35	
	Néha arra sem elég, hogy megéljenek belőle/Rendszeres megélhetési gondok*	31,71	24,39	26,83	17,07	
Anyai iskolai végzettsége	Általános iskola	21,85	33,61	18,49	26,05	0,567
	Szakközép- és Szakiskola	17,39	42,51	17,87	22,22	
	Érettségi	21,21	41,75	16,84	20,20	
	Felsőfokú	19,73	36,73	23,13	20,41	
	Nem tudja	17,86	42,86	14,29	25,00	
Apolai iskolai végzettsége	Általános iskola	20,21	38,30	22,34	19,15	0,372
	Szakközép- és Szakiskola	21,65	38,46	17,09	22,79	
	Érettségi	19,20	46,83	14,15	20,00	
	Felsőfokú	17,72	36,71	24,05	21,52	
	Nem tudja	19,30	38,84	19,30	24,56	
Településtípusa	megyei jogú város	19,45	38,44	22,65	19,45	0,104
	2000 főnél nagyobb település	20,37	40,73	16,70	22,20	
	2000 főnél kisebb település	19,33	36,97	14,29	29,41	

N = 969 Módszer: keresztábra elemzés

Forrás: saját szerkesztés, 2017.

5. Összegzés

A kutatás során kiderült, hogy a kutatók már évekkel ezelőtt felfigyeltek arra, hogy egészségi állapotunkra több tényező is hatással van. Az egészségmagatartás elemei között épp úgy megjelenik a táplálkozás, illetve a különböző addiktív szerek vagy a dohányzás lekerülése, mint a kiegyensúlyozott lelki állapot sok egyéb tényező mellett.

Jelen kutatásban arra voltunk kíváncsiak, hogy a középiskolások mennyire differenciálódnak ezen két rizikómagatartás elem és a kiegyensúlyozatlan lelki állapot veszélyforrásai mentén. Az

eredmények alapján elmondhatjuk, hogy sok olyan fiatal van – jelen kutatásban majd’ 40% –, akik elkerülik mind a helytelennek vélt táplálkozást, mind a dohányzás, alkohol, illetve drog világát, de a maradék több mint 60% esetében fokozottan kell odafigyelni, hogy lelki állapotukból vagy épp rossz szokásaikból fakadó egészségre káros hatásokat elkerüljék.

Mivel viszonylag nagy arányban választotta fizetőképes kereslettel rendelkező csoport a kényelmi fogyasztást, így élelmezési aspektusból érdemes lehet a gyors ételek egészségesebbé tételére, vagy azok elkerülésére komolyabb figyelmet fordítani mind szülői, mind iskolai, mind piaci szinten. A piaci szereplőknek is érdeke ugyanis, hogy a későbbiekben gazdaságilag aktív, fix kereslettel rendelkező fogyasztókká váljanak a mai fiatalok, amit meggátolhat, ha egészségi problémáik okán ennek nem tudnak vállalni. A legfontosabb következtetés pedig, hogy a fiatal középisikolások korosztálya nem homogén csoport, amelyre ugyanazon tendenciák érvényesek, vagy ugyanazokkal az üzenetekkel lehet megszólítani őket. Ismerni kell a különböző csoportok értékeit, érdekeit, preferenciáit, hogy megfelelően tudjunk rájuk hatni akár társadalmi, akár gazdasági érdekből tesszük is.

Jegyzetek

1. Bagdy E. (2010): *Hogyan lehetnének boldogabbak?* Kulcslyuk Kiadó, Budapest. 253 p.
2. Bráváczi I. (2015): Az egészség- és környezettudatosság, mint új befolyásoló tényező az élelmiszerfogyasztói magatartásban. In: Karlovitz János Tibor (szerk.): *Fejlődő jogrendszer és gazdasági környezet a változó társadalomban*. International Research Institute s. r. o., Komárno. 310–316. old.
3. Bráváczi I. (2015).
4. Baum, R.–Gatchel, A.–Krantz, D. (1997): *Introduction to Health Psychology*. London, McGraw Hill Inc. 493 old.
5. Harmat P. (1978): Az egészség-magatartás néhány szociálpszichológiai és szociológiai kérdése. *Orvosi Hetilap*, 119 évfolyam, 9 szám. 519–522. old.
6. Harris, D. M.–Guten, S. (1979): Health protecting behaviour: An exploratory study. *Journal of Health and Social Behaviour*, Volume 20. 17–29. old.
7. Dörnyei K. R.–Gyulavári T.– Hofmeister-Tóth Á.–Jenes B.–Jentetics K.–Neumann-Bódi E.–Neulinger Á.–Simon J.–sótér B. (2014): Marketing az egészségtudatosságért –a marketing pozitív szerepe az egészség-tudatosságtól a termékválasztásig. In: Tomcsányi Pál akadémikus 90 éves: Az életminőség anyagi és szellemi igényeinek kielégítése fogyasztási marketing szemlélettel (szerk. Lehota J, Berács J, Rekettye G.) Felolvasó ülés és tanulmánykötet. Budapest: MTA Agrár-közgazdasági Bizottság Agrármarketing Albizottság. 65–91. old.
8. Szakály Z. (2008): Hagyományos magyar termékek piaci lehetőségeinek elemzése. *Élelmiszer, Táplálkozás és Marketing*, 5. évfolyam 2–3. szám. 57–65. old.
9. Harmat P. (1978).
10. Matarazzo, J. D. (1984): Behavioural health: 1990 challenge for the health sciences professions. In: Matarazzo et al. (szerk.) *Behavioural health: a handbook of health enhancement and disease prevention*, John Wiley & Sons Inc. New York, 3–40. old.
11. Urbán R. (2014): Az egészségkárosító viselkedések klinikai és egészségpszichológiai megközelítése. In: Kállai J. et al. (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest. 279–303. old.
12. WHO (2015): Noncommunicable disease. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>, 2016. 12. 12.
13. Kriston P.–Pikó B. (2016): Serdülőkorú fiatalok rizikómagatartásának elemzése önminősített egészségi állapotukkal összefüggésben. *Népegészségügy* 94. évfolyam 1. szám. 22–32. old.
14. Pikó B. (2010): Szegedi ifjúságkutatás 2008: Káros szenvedélyek és a depressziós tünetegyüttes előfordulása serdülők körében. In: Pikó B. (szerk.): *Védőfaktorok nyomában*. L’Harmattan Kiadó, Budapest. 39–53. old.

15. Kriston P.–Pikó B. (2016): Serdülőkorú fiatalok rizikómagatartásának elemzése önminősített egészségi állapotukkal összefüggésben. *Népegészségügy* 94. évfolyam 1. szám. 22–32. old.
16. Kriston P.–Pikó B. (2016).
17. Pikó B. (2010).
18. Rodham, K.–Hawton, K.–Evans, E.–Weatherall, R. (2005): Ethnic and gender differences in drinking, smoking and drug taking among adolescents in England: a self-report school-based survey of 15 and 16 year olds. *Journal of Adolescence*, 28. 63–73. old.
19. Elekes Zs. (2007): Egy változó kor változó ifjúsága. L'Harmattan Kiadó, Budapest. 240. old.
20. Pikó B. (2010).
21. Paeratakul, S.–Ferdinand, D. P.–Champagne, C. M.–Ryan, D. H.–Bray, G. A. (2003): Fast-food consumption among US adults and children: Dietary and nutrient intake profile. *Journal of American Diet Association*, 103. szám. 1332–1338. old.
22. Neulinger, Á.–Simon, J. (2011): Food consumption patterns and healthy eating across the household life-cycle in Hungary. *International Journal of Consumer Studies, Special Issue: Home Economics: An International Perspective*, 35. évf., 5. szám. 538–544. old.
23. Isganaitis, E.–Lustig, R. H. (2005): Fast food, central nervous system insulin resistance, and obesity. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*, 25. szám. 2451–2462. old.
24. Vetőné Mózner Zsófia (2012): Az élelmiszer-fogyasztás környezeti hatásai és szerkezeti változásai. In: Fenntartható fejlődés, élhető régió, élhető települési táj 2. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest. 29–43. old.
25. Neulinger, Á.–Simon, J. (2011):.
26. Neulinger Á. (2015): Born to buy? The influence of consumer kids on family consumption. 2. Kids and Retailing Colloquium: Future trends. Budapest, 18–19. June.
27. Hofmeister Tóth Ágnes (2016): Fogyasztói értékek, trendek és magatartás. *Vezetéstudomány* 47. évf. 4. szám. 26–29. old.
28. Kopp M.–Skrabski Á.–Szedmák S. (1999): A testi és lelki egészség összefüggései országos reprezentatív felmérések alapján. *Demográfia* 42. évfolyam 1–2. szám. 88–119. old.
29. Wilkinson, R.–Pickett, K. (2009): *The spirit level: Why more equal societies almost always do better*. Allen Lane, London. 129–134. old.
30. Kopp M.–Skrabski Á.–Szedmák S. (1999):.
31. Czeglédi E. (2016): A stresszkezelés alkalmazási lehetőségei az elhízás kezelésében. *Orvosi Hetilap* 157. évf. 7. sz. 260–267. old.
32. A faktorsúlyok esetében először 0,30-os faktorsúllyal vizsgáltuk az állításokat, melyek esetében nem állt fenn a BARNA és SZÉKELYI (2008) által előírt feltétel, azaz hogy egy tényező nem szerepelhet két faktorban kivéve, ha duplája az első faktorban mért faktorsúly a másik faktorban szereplőnek, ellenkező esetben az állításokat egyesével kivettük a további rotálások során. Ezek után 0,50-os faktorsúllynál magasabb értéket elérőket hagytuk a vizsgálatban.
33. Neulinger, Á.–Simon, J. (2011):

Felhasznált irodalom

- Bagdy E. (2010): *Hogyan lehetnénk boldogabbak?* Kulcslyuk Kiadó, Budapest. 253 p.
- Barna I.–Székelyi M. (2008): *Túlélőkészlet az SPSS-hez*. Typotex Elektronikus Kiadó, Budapest. 543. old.
- Baum, R.–Gatchel, A.–Krantz, D. (1997): *Introduction to Health Psychology*. London, McGraw Hill Inc. 493 old.
- Brávác I. (2015): Az egészség- és környezettudatosság, mint új befolyásoló tényező az élelmiszerfogyasztói magatartásban. In: Karlovitz János Tibor (szerk.): *Fejlődő jogrendszer és gazdasági környezet a változó társadalomban*. International Research Institute s. r. o., Komárno. 310–316. old.
- Czeglédi E. (2016): A stresszkezelés alkalmazási lehetőségei az elhízás kezelésében. *Orvosi Hetilap* 157. évf. 7. sz. 260–267. old.

- Dörnyei K. R.–Gyulavári T.–Hofmeister-Tóth Á.–Jenes B.–Jentetics K.–Neumann-Bódi E.–Neulinger Á.–Simon J.–Zsótér B. (2014): Marketing az egészségtudatosságért – a marketing pozitív szerepe az egészség-tudatosságtól a termékválasztásig. In: Tomcsányi Pál akadémikus 90 éves: Az életminőség anyagi és szellemi igényeinek kielégítése fogyasztási marketing szemlélettel (szerk. Lehota J., Berács J., Rekettye G.). Felolvasó ülés és tanulmánykötet. Budapest: MTA Agrár-közgazdasági Bizottság Agrármarketing Albizottság. 65–91. old.
- Elekes Zs. (2007): Egy változó kor változó ifjúsága. L'Harmattan Kiadó, Budapest. 240. old.
- Halmai R.–Németh Á. (2010): Dohányzási szokások. In: Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja (szerk. Németh Á.–Költő A.). Országos Gyermekkegészségügyi Intézet, Budapest. 35–39. old.
- Harmat P. (1978): Az egészség-magatartás néhány szociálpszichológiai és szociológiai kérdése. *Orvosi Hetilap*, 119 évfolyam, 9 szám. 519–522. old.
- Harris, D. M.–Guten, S. (1979): Health protecting behaviour: An exploratory study. *Journal of Health and Social Behaviour*, Volume 20. 17–29. old.
- Hofmeister Tóth Ágnes (2016): Fogyasztói értékek, trendek és magatartás. *Vezetéstudomány* 47. évf. 4. szám. 26–29. old.
- Isganaitis, E.–Lustig, R. H. (2005): Fast food, central nervous system insulin resistance, and obesity. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*, 25. szám. 2451–2462. old.
- Kopp M.–Skrabski Á.–Szedmák S. (1999): A testi és lelki egészség összefüggései országos reprezentatív felmérések alapján. *Demográfia* 42. évfolyam 1–2. szám. 88–119. old.
- Kriston P.–Pikó B. (2016): Serdülőkorú fiatalok rizikómagatartásának elemzése önminősített egészségi állapotukkal összefüggésben. *Népegészségügy* 94. évfolyam 1. szám. 22–32. old.
- Matarazzo, J. D. (1984): Behavioural health: 1990 challenge for the health sciences professions. In: Matarazzo et al. (szerk.) *Behavioural health: a handbook of health enhancement and disease prevention*, John Wiley & Sons Inc. New York, 3–40. old.
- Neulinger Á. (2015): Born to buy? The influence of consumer kids on family consumption. 2. Kids and Retailing Colloquium: Future trends. Budapest, 18–19. June.
- Neulinger Á.–Simon, J. (2011): Food consumption patterns and healthy eating across the household life-cycle in Hungary. *International Journal of Consumer Studies*, Special Issue: Home Economics: An International Perspective, 35. évf, 5. szám. 538–544. old.
- Paeratakul, S.–Ferdinand, D. P.–Champagne, C. M.–Ryan, D. H.–Bray, G. A. (2003): Fast-food consumption among US adults and children: Dietary and nutrient intake profile. *Journal of American Diet Association*, 103. szám. 1332–1338. old.
- Pikó B. (2010): Szegedi ifjúságkutatás 2008: Káros szenvedélyek és a depressziós tünetegyüttes előfordulása serdülők körében. In: Pikó B. (szerk.): *Védőfaktorok nyomában*. L'Harmattan Kiadó, Budapest. 39–53. old.
- Rodham, K.–Hawton, K.–Evans, E.–Weatherall, R. (2005): Ethnic and gender differences in drinking, smoking and drug taking among adolescents in England: a self-report school-based survey of 15 and 16 year olds. *Journal of Adolescence*, 28. 63–73. old.
- Szakály Z. (2008): Hagyományos magyar termékek piaci lehetőségeinek elemzése. *Élelmiszer, Táplálkozás és Marketing*, 5. évfolyam 2–3. szám. 57–65. old.
- Urbán R. (2014): Az egészségkárosító viselkedések klinikai és egészségpszichológiai megközelítése. In: Kállai J. et al. (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest. 279–303. old.
- Vetőné Mózner, Zsófia (2012): Az élelmiszer-fogyasztás környezeti hatásai és szerkezeti változásai. In: *Fenntartható fejlődés, élhető régió, élhető települési táj 2*. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest. 29–43. old.
- WHO (2015): Noncommunicable disease. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>, 2016. 12. 12.
- Wilkinson, R.–Pickett, K. (2009): *The spirit level: Why more equal societies almost always do better*. Allen Lane, London. 129–134. old.