

A GYERMEKKORI ELHÍZÁS GAZDASÁGI ÉS MARKETING ASPEKTUSAI AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKEMBEREK SZERINT

SZÜCS Róbert Sándor

Szolnoki Főiskola,
Kereskedelem és Marketing Tanszék
(College of Szolnok,
Commerce and Marketing Department)
H-5000 Szolnok, Tiszaligeti sétány 14.
e-mail: szucsrobert@szolf.hu

THE ECONOMIC AND MARKETING ASPECTS OF CHILDHOOD OBESITY ACCORDING TO HEALTH CARE EXPERTS

There is no doubt that the health problems arising from obesity contribute to the decrease of both individual and social welfare. I should also mention the drastic increase of healthcare expenses caused by overweight and obesity, because recently it has become the most pressing health issue and almost a non-financeable economic problem. A significant number of people agree that the epidemic spread of obesity is significantly attributable to food industry, to producers of foods with high levels of fat, salt and sugar, and to overdraw marketing communications. In my research I examine the opinion of health care workers. 1,183 experts took part in my research. Experts describe a high level of correlation between childhood obesity and corporate marketing activity. Results of my research call attention to the importance of consumer protection.

Key words: consumer protection, childhood obesity, food marketing, segmentation

1. BEVEZETÉS – INTRODUCTION

Napjainkban a szakmai értekezések már nem arról szólnak, hogy a gyermek- és fiatalkorban jelentkező elhízás veszélyesnek tekinthető-e, hanem sokkal inkább arról, hogy a jelenlegi elhízási trendek figyelembevételével milyen következményekkel kell számolnunk már a közeljövőben is. A kiváltó okokkal is tisztában vagyunk. A társadalmi jólét és hozzá kapcsolódó inaktív életmód a jelen kor embere számára nemcsak kényelmet, hanem egyben veszélyforrást is jelent, mely számos betegség (váz- és izomrendszeri bántalmak, elhízás, szív- és érrendszeri problémák, 2-es típusú diabétesz, elhízás, stb.) forrásává vált. A McLiebel-ügy óta az sem kérdéses, hogy a magas zsír-, só-, cukortartalmú élelmiszerek hatással bírnak a fenti betegségekre. A jogi procedúrában eljáró bíró kifejtette, hogy a McDonald's gyermekek felé irányuló marketingaktivitása, a gyermekek befolyásolhatóságának kihasználása, úgymint a termék egészséges mivolta, az állatokkal való bánásmódja kifogásolható. A bíró kifejtette, hogy az a fogyasztó, aki heti néhány alkalommal a McDonald's-ban étkezik hosszú éveken keresztül, az növeli a szívinfarktus bekövetkezésének veszélyét. Az ítélet ismertetése során az is kifejtésre került, hogy a gyermekek a marketingaktivitás hatására valóban képesek befolyásolni szüleiket, ösztönözve a gyorsétteremben történő étkezést (JUSTICE BELL'S VERDICT, 1997).

2. AZ EGSZÉSZSÉGTÉLEN ÉLETMÓD KÖVETKEZMÉNYEI – THE CONSEQUENCES OF AN UNHEALTHY LIFESTYLE

Mára a gyermek- és fiatalkorban jelentkező elhízás következményeit is ismerjük. Ma az elhízás nagyobb kockázatot és súlyosabb problémát jelent, mint az alkoholizmus vagy a dohányzás. Egy elhízott ember ápolásának költségei átlagosan, több mint 42%-kal haladja meg a normál testsúllyal rendelkező társáét (FINKELSTEIN, 2004). Az elhízás közvetlen orvosi költsége és az indirekt (elvesztett haszon) költség sorrendben 1995-ben 51,6 milliárd dollár és 99,2 milliárd dollár volt (WOLF és COLDITZ, 1998). Az elhízás közvetlen költsége 1996-ban az Egyesült Államok egészségügyi kiadásainak mintegy 7%-át tette ki, összességében 110 milliárd dollárt (FINKE és HUSTON, 2007). A direkt költségek 61 milliárd dollárra, az indirekt költségek 117 milliárd dollárra emelkedtek 2000-ben (WELLMAN és FRIEDBERG, 2002). Az indirekt költségek összege összesen 123 milliárd dollár volt 2003-ban (ENDOCRINE SOCIETY AND HORMONE FOUNDATION, 2005). Az elhízás direkt költségei 2006-ban az egészségügyi kiadások 9,1%-ára emelkedtek, ami 2009-ben már 147 milliárd dollárt tett ki az Egyesült Államokban. Kutatások szerint az elhízásból származó kiadások – a jelenlegi trend figyelembevételével – 2018-ra 344 milliárd dollárt jelentenek (HUFF,

2010). A gyermekek körében az elhízással összefüggő betegségek kórházi ápolásának költsége 1979-től 1999-ig háromszorosára emelkedett (35 milliárd dollárról 127 milliárd dollárra) (WANG és DIETZ, 2002). Az Egyesült Királyságban az elhízás direkt költségeinek összegét 2001-ben 2 milliárd fontra becsülték, míg a teljes hatást 10 milliárd fontra. A szám 2050-re 9,7 milliárd és 49,9 milliárd fontra emelkedik, mindez mai áron számítva értendő (BUTLAND et al., 2007). A becsült számok pontosságát jellemzi, hogy azok kormányzati felmérések eredményei. Néhány év múlva a túlsúlyos testalkat válik a „normális” állapotá.

A helyzet az Európai Unióban és hazánkban is nagyon hasonló képet mutat. Az OECD 2010-es tanulmánya a Health at a Glance: Europe 2010 nemcsak az Európai Unióra, hanem hazánkra vonatkozóan is aktuális tényeket ír le az egészségtelen életmód főbb kérdéskörében.

A jelentés rámutat arra, hogy sok uniós tagállam igen jelentős fejlődést ért el a dohányfogyasztás csökkentése terén, melyet a társadalmi tudatosság fokozására irányuló kampányok, a reklámozási tilalmak és a nagyobb adók is támogatnak. Ezzel egy időben Magyarországon a helyzet kedvezőtlennek ítéltető, jóval meghaladja hazánk az uniós átlagot. A 15 évesek körében a legalább heti rendszerességgel dohányzók aránya 2-3 százalékponttal magasabb Magyarországon, mint az uniós átlag (19%). Az alkoholfogyasztás is visszaszorult sok európai országban. A reklámozás korlátozása, az értékesítés terén alkalmazott megszorítások és az adóztatás az alkoholfogyasztás mérséklésében hatékony eszköznek bizonyultak, nem úgy Magyarországon. A 15 évesek körében mért alkoholfogyasztás (eddiggi élete során legalább kétszer részeg volt) átlagosan 2 százalékponttal meghaladja hazánkban (nők 32%, férfiak 40%) az uniós átlagot (nők 30%, férfiak 38%). Az elhízottak és túlsúlyosak aránya a 15 éves korosztályban, 2006-ban 15,5% volt, szemben az uniós 13,3%-os átlaggal. Ráadásul az elhízás növekedési üteme is gyorsabb hazánkban. Van azonban valami, amiben alulmúlja Magyarország az uniós átlagot, még akkor is, ha az kedvezőtlen jelenség: A hazai 15 évesek kevesebbet mozognak (0,7 százalékponttal), mint az uniós átlag (15,7%). Az EUROBAROMETER (2009) felmérést készített a sporttevékenységgel kapcsolatos attitűdökről az Európai Unióban, köztük hazánkban is. A részletes adatokat az 1. ábra tartalmazza.

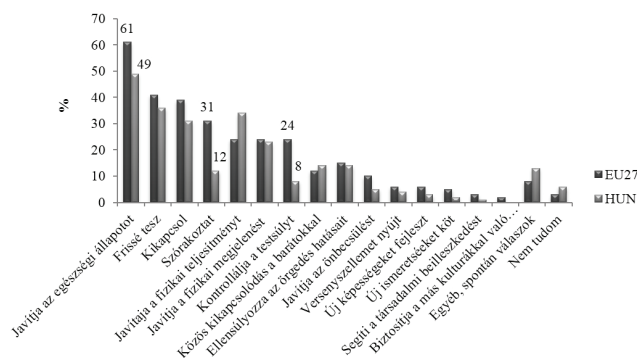
1. táblázat

A magyar népesség felosztása BMI alapján életkor és nem szerinti bontásban, %
(Distribution of population according Body Mass Index (BMI), gender and age in Hungary, %)

BMI kategória ³	Férfi ¹			Összesen ⁷	Nő ²			Összesen ⁷
	18-34 év ⁴	35-65 év ⁵	65- ⁶		18-34 év ⁴	35-65 év ⁵	65- ⁶	
Sováány ⁸	3,0	0,6	1,4	1,5	11,3	3,0	1,9	4,9
Normál ⁹	55,9	29,6	28,9	37,7	67,4	39,8	32,1	45,2
Túlsúlyos ¹⁰	29,8	45,0	39,8	39,4	14,9	34,2	42,1	31,1
Elhízott ¹¹	11,3	24,8	30,0	21,5	6,4	23,1	23,8	18,9

Forrás (Source): KSH (2010)

¹Men, ²Woman, ³BMI category, ⁴Age 18-34, ⁵Age 35-65, ⁶Age 65, ⁷Total, ⁸Underweight, ⁹Normal, ¹⁰Overweight, ¹¹Obese



1. ábra Fig. 1
A sporttevékenységek megítélése az EU-ban és hazánkban, 2009-ben
(Opinions about sport activities in the EU and in Hungary in 2009)

Forrás (Source): EUROBAROMETER (2009) alapján saját szerkesztés

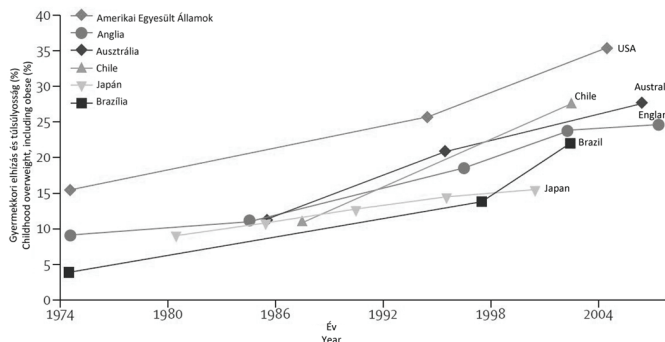
*Titles of axis x: to improve your health, to improve fitness, to relax, to have fun, to improve physical performance, to improve your physical appearance, to control your weight, to be with friends, to counteract the effects of ageing, to improve your self-esteem, for the spirit of competition, to develop new skills, to make new acquaintances, to better integrate into society, to meet people from other countries, other (spontaneous), I don't know

A fenti ábra jól mutatja, hogy hazánkban az emberek a sportot kevésbé tekintik olyan tevékenységnek, ami hozzájárulna az egészségi állapot javításához. A magyarok véleménye szerint a sport nem szórakoztató és kevésbé segít kontrollálni a testsúlyunkat. A kialakult attitűdök véleményem szerint nem az alacsony tudati szintet bizonyítják a sporttevékenységek hatásait illetően, hanem sokkal inkább az egyén énvédő mechanizmusának megnyilvánulása, mellyel az alacsony fizikai aktivitásnak okára keres magyarázatot, megnyugtatót. Extrém nemzetnek tekinthetjük magunkat: az alkohol- és dohányfogyasztás aránya magasabb hazánkban, mindezt hatványozzuk a sporttevékenység alacsony szintjével, az elhízás magas arányával, amit persze meg is tudunk magyarázni.

A fentebb leírtak következménye könnyen belátható. BEDROS (2012), a Magyar Obezitológiai és Mozgásterápiás Társaság elnöke a legfrissebb adatok alapján újra megerősítette, hogy a magyar lakosság kétharmada tartozik az elhízott vagy túlsúlyos kategóriák valamelyikébe. Az Európai Unióban a magyar nők a legelhízottabbak, míg a férfiak a negyedik helyen állnak. Magyarországon a nők körében az elhízás-túlsúly gyakorisága 63%, a férfiak esetében ez az arány 61% (KÁLLÓ, 2011). A részletes adatokat a Központi Statisztikai Hivatal ELEM programjában részletesen összefoglalta, melyet az 1. táblázat szemléltet.

Table 1

Az elhízás mértékének trendjét jól illusztrálja SWINBURN ET AL. (2011) munkássága, melyet a 2. ábra tartalmaz.



2. ábra Fig. 2
Az elhízás és túlsúly mértéke a gyermekkori lakosság körében, %
(Estimates of percentage of childhood population overweight, including obese)

Forrás (Source): SWINBURN et al. (2011)

Az előrejelzési trendek aggasztóak. Csak az elhízottak arányát 2025-re a 20 éves kor alattiak szegmensében 15%-ra, míg 2050-re 25%-ra becsülik Angliában (BUTLAND et al., 2007).

A trend negatív hatását hazánkban az is sokszorozza, hogy míg az Európai Unióban a GDP 8,3%-át költhették az egészségügyi kiadások fedezésére, addig hazánkban ez a szám 7,3%-ot tett ki 2008-ban (OECD, 2010). SWINBURN et al. (2011) tanulmánya szerint az elhízás költségvonzata az egészségügyi kiadások 2-6%-át teszi ki. KITCHEN et al. (2004) arra is felhívja a figyelmet, hogy az olcsó, magas kalóriatartalmú élelmiszerek, a hatékony elosztási rendszer és a marketing felelőssé tehető az elhízás terjedéséért.

Számos írás foglalkozik a gyermek- és fiatalkori elhízás egészségügyi veszélyeivel, gazdasági kérdéseivel, kockázataival. Egy olyan kérdéskörrel beszélünk, amely több tudományterület képviselőinek munkáját alkotja, például orvosok, táplálkozástudományi- és egészségügyi szakemberek, fogyasztóvédők, marketingesek, közgazdászok, jogászok, pszichológusok, szociológusok. A sort hosszasan bővíthetnénk.

A témakör vizsgálata során a legtöbb kutató a fogyasztói megkérdezéseket részesíti előnyben könnyű kivitelezhetősége okán. Jelen kutatásban egészségügyi szakemberek (1183 fő) szakmai véleményét ismertetem, utalva arra, hogy a gyermek- és fiatalkori elhízás interdiszciplináris terület. A kutatást 2010-ben és 2011-ben egy 1297 fős és egy 504 fős fogyasztói megkérdezés előzte meg.

3. ANYAG ÉS MÓDSZER – MATERIALS AND METHODS

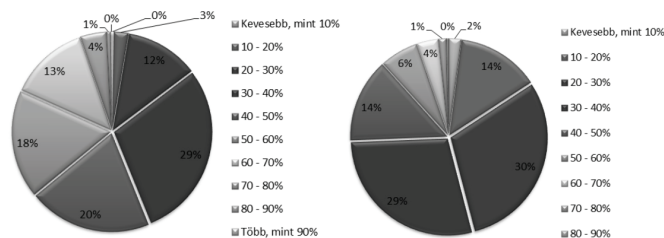
A kutatás jelenlegi fázisában, 2012-ben, egy szakértői megkérdezés segítségével egészségügyi szakemberek (házi orvosok, kórházi szakorvosok, gyógyszerészek, ápolók, asszisztensek, dieterikusok, védőnők, gyógytornászok, kutatók) szakmai véleményét kértem ki a gyermek- és fiatalkori elhízás kérdéskörében. A kérdések a gyermekkori elhízás problémájának súlyát, mértékét, az előállítók marketingtevékenységét, a népegészségügyi termékdíj kérdéskörét vizsgálták. A résztvevő szakemberek száma 1183 fő volt. A kutatásban végzett egészségügyi szakemberek vettek részt. A szakértői minta kompetenciáját bizonyítja, hogy a megkérdezettek között 32 fő tudományos minősítéssel (PhD, illetve DSc) is rendelkezik.

A kutatás 2011 decemberében kezdődött, lezárása 2012 áprilisában történt. A kutatás on-line megkérdezés, direkt e-mail és írásbeli megkérdezés (papír alapú kérdőív) formájában valósult meg, melyben szakmai szervezetek (Magyar Orvosi Kamara, Kardiológusok Szövetsége, Magyar Elhízástudományi Társaság, Magyar Kórházszövetség, Orvostudakozo.hu) is segítettek munkámat. A megkérdezés az egész országra kiterjedt.

Az adatok feldolgozása során statisztikai módszereket alkalmaztam (átlag, módusz, medián, szórás, Cramer-féle asszociációs vizsgálat, Kendall-féle egyetértési együttható, kereszttábla vizsgálatok, faktor-K-means klaszterelemzés, diszkriminancia-analízis, stb.) az SPSS 14.0, a Microsoft Excel 2010 program és a Google-Docson-line kérdőív szolgáltatás segítségével.

4. KUTATÁSI EREDMÉNYEK – RESULTS

A gyermek- és fiatalkori elhízás problémájának fontosságát mutatja, hogy a megkérdezett szakemberek 60,8%-a szerint gyors, 28,7% szerint lassú testsúlynövekedés tapasztalható a gyermekek körében. A megkérdezett szakemberek 31,8%-a a gyermekkori elhízás problémáját a „nagyon komoly, azonnali beavatkozást igényel” jelzővel, míg 53,7%-a a „komoly, hamarosan lépések meghozatalára lesz szükség” jelzővel illetve. Jól mutatja a szakemberek véleményét, hogy csupán 14,5% nyilatkozott úgy, hogy a probléma „átlagos” súlyú, míg az 1183 fő szakemberből mindösszesen 1 fő gondolta úgy, hogy nem igényel komolyabb odafigyelést. A szakemberek 97,8%-a szükségesnek ítél egy átfogó, országos tájékoztató kampányt a gyermekkori elhízás veszélyeiről. Az elhízás problémájának fontosságát az egészségügyi szakemberek helyesen látják, ugyanakkor a pontos, százalékos mértéket alulbecsülték a teljes lakosságra vonatkozóan. A 3. ábra bal oldali része tartalmazza a részletes adatokat.



3. ábra Fig. 3
Az elhízás és túlsúly mértéke a teljes lakosság (bal oldal) és a gyermekkori lakosság (jobb oldal) körében a szakemberek szerint
(Proportion of overweight and obesity in segment of full population (left side) and young people (right side) according to experts)

A szakemberek 81,7%-a az elhízás és túlsúlyosság mértékét 60% alatti mértékben határozta meg a teljes lakosságra vonatkozóan, mely alulbecsülést jelent. A gyermek- és fiatalkorúak túlsúlyos- és elhízott kategóriába sorolását meglehetősen pontosan végezték el a szakemberek (3. ábra jobb oldali része). Az egészségügyi szakemberek 45,0%-ának véleménye szerint a gyermek- és fiatalkorúak testalkata általánosságban a „túlsúlyos” vagy „kövér” jelzővel illethető. A hazai szakemberek az elhízás és túlsúly összesített mértékét a gyermek- és fiatalkorú nőknél magasabbnak ítélik (43,0%), mint a férfiak esetében (31,1%). Aggodalomra ad okot az is, hogy az egészségügyi szakemberek szerint a gyermek- és fiatalkorúak az

elhízásra elsősorban esztétikai problémaként tekintenek (59,0%), és csak másodsorban ítélik egészségügyi problémának (7,8%). Az esztétikai és egészségügyi probléma együttes megjelölésének aránya 26,4%. A gyermek- és fiatalkorúak 6,8%-a szerint az elhízás sem egészségügyi, sem esztétika problémát nem jelent.

A szakértők véleményének mérése a magas zsír-, só-, cukortartalmú élelmiszerek gyártóinak marketingtevékenységére is kiterjedt. A magas zsír-, só-, cukortartalmú élelmiszerek gyártóinak reklámtevékenységével kapcsolatos szabályokat a megkérdezettek 96,9%-a szigorítaná (32,2% teljes tiltást, míg 64,7% korlátozást javasolt). A magas zsír-, só-, cukortartalmú élelmiszerek gyártói előszeretettel alkalmazzák a salespromotion eszközök közül a termékek mellé ingyenesen járó ajándékok adásának lehetőségét. A gyermek ez esetben az ajándékért veszi meg a terméket. A magas zsír-, só-, cukortartalmú élelmiszerek mellé adható ajándékokat a szakértők 52,1%-a teljesen betiltaná, míg 37,8% korlátozná. Ez a gyakorlat nem egyedüli kezdeményezés, az Egyesült Államok Kalifornia államában bevett szokás.

FINKELSTEIN (2004) szerint az elhízott emberek ápolásának költségei 42%-kal haladják meg a normál testsúlyúakét. A hazai szakemberek szerint Magyarországon ez az érték 32%-ot tesz ki ($32,03 \pm 21,83$). Meg kell jegyezni, hogy a szakemberek mintegy negyede (23,8%) a viszonyítási pontként kezelt 42%-hoz képest is magasabb értéket jelölt meg. Emellett számos statisztika létezik nemzetközi szinten annak kimutatására, hogy havonta, összességében mennyivel költ többet egy elhízott gyermeket nevelő szülő gyógyszerre, ápolásra egy átlagos testsúlyú gyermeket nevelő szülőhöz képest. A hazai szakemberek ezt a többletköltséget 5 276 Ft-ban jelölték meg, mely véleményt felfelé jelentősen befolyásolhatja a szórás értéke ($5276,47 \pm 6048,74$). A szakértők véleménye szerint egy gyermekkorú személy átlagosan 2 257 kalóriát visz be szervezetébe ($2257,01 \pm 989,03$), mely az ajánlott mértéket jelentősen meghaladja. Fenti értékeket a szakértők nyílt kérdés formájában válaszolták meg, mely biztosította a befolyásolástól mentes, önálló vélemény kialakítását.

Az egészségügyi szakemberek egy 5 fokozatú Likert-skálán rangsorolták egyetértési hajlandóságukat a különböző állításokkal (1 – egyáltalán nem értek egyet, 5 – maximálisan egyetértek) szemben. A szakértők a gyermek- és fiatalkorúak fogyasztói magatartásáról, táplálkozási szokásairól alkottak véleményt, mely vélemények faktoranalízises vizsgálata elvégezhető. A részletes adatokat (faktorok, magyarázott variancia és az állítások átlagos megítélésének átlaga) a 2. táblázat tartalmazza.

Az elvégzett faktoranalízis pontosságát az alábbi mutatók jól jelzik: KMO 0,777, Sig. 0,000. Az állítások (változók) között mért multikollinearitás alacsony ($VIF < 2$). Megállapítható, hogy az egészségügyi szakemberek markáns véleményt fogalmaztak meg a gyártói marketingaktivitás és gyermekkorú elhízás összefüggéseinek tekintetében (1. faktor), melyet az állításokkal szembeni magas átlagos értékek is mutatnak. A szakemberek véleménye egyértelműen a szigorítás irányába mutat az állami szabályozás fokozását illetően (2. faktor). Emellett a szakértők a gyermekkorú elhízás sok esetben alulértékelt veszélyeit is kifejtik (3. faktor). A népegészségügyi termékadj, mint lehetséges megoldás tekintetében az egészségügyi szakemberek szkeptikusak (4. faktor). A szakértők véleményét az életkorból származó tapasztalatok is befolyásolják (5. faktor). A fenti tényezők, a kialakított 5 faktor együttesen 55,2%-ban magyarázza az egészségügyi szakemberek véleményét a gyermekkorú elhízás marketingaktivitás és törvényi szabályozás

kérdéskörében. A faktoranalízisbe az egészségügyi szakemberek szakmai státusza (házi orvosok, kórházi szakorvosok, gyógyszerészek, ápolók, asszisztensek, dietetikusok, védőnők, gyógytornászok, kutatók) nem került be, mivel annak komoly befolyásoló ereje nem volt a szakértői vélemény alakításában. A szakmai státusztól függetlenül számított Kendall-féle W érték az 1183 megkérdezett tekintetében 0,610 (61,0%), mely kedvezőnek mondható, de a véleményformálás – természetesen – nem tökéletesen homogén. A megkérdezett szakértők 61%-ban teljes mértékben egyetértenek az állítások átlagos értékével. Mivel a szakmai státuszhoz való tartozás nem jelentett egységes, homogén véleményt az állítások kapcsán, ezért fontos annak vizsgálata is, hogy a szakértők a gyermek- és fiatalkorúak fogyasztói magatartásáról alkotott véleményük alapján milyen szegmensekbe (klaszter) sorolhatók a fent nevezett kérdéskörben. Mivel a Kendall-féle egyetértési együttható értéke magas (61%), ezért a nevezett szempontok alapján csupán néhány szegmens felállítása jelent racionális megoldást.

A klaszterelemzés rávilágított, illetve igazolta, hogy a végzettség és a szakértő neme nem bír komoly befolyásoló erővel a szegmentáció során (F-ráta 2,338, illetve 21,647). Megállapítható, hogy a szakértő életkora és az ebből származó tapasztalata fontos befolyásoló tényező a klaszterképzés során (F-ráta 291,073). Az elemzés pontosságát és helyességét kiválóan bizonyítja, hogy minden változó esetében megbízható értékeket kaptam (Sig. 0,000). A klaszterelemzés során 4 kialakított szakértői csoport (szegmentum) jelentett pontos megoldást, akik véleménye jól elkülöníthető. A kialakított csoportok legfőbb jellemzői az alábbiak:

1. *szegmentum*: Véleménye szerint a marketingerek komoly befolyásoló erővel bírnak a gyermekek fogyasztói magatartására, táplálkozási szokásaira. Ez a hatás egyértelműen negatív. A reklámok egyenesen szórakoztatják a gyermekeket. A gyermekkorú elhízást veszélyesnek ítéli, annak fontossága alulértékelt a gyermekek körében. A legkomolyabb összefüggést látja az elhízás és a maga zsír-, só-, cukortartalmú élelmiszerek fogyasztása között. A megoldást a reklámok és ingyenes ajándékok tiltásában látja. Véleménye szerint a népegészségügyi termékadj hatástalan lesz, a fogyasztó adminisztratív eszközökkel (adó) nem nevelhető. Véleménye szerint a marketing felelős az elhízásért. Jellemző életkora 40-50 év. Aránya a sokaságon belül 25,6%.

2. *szegmentum*: A reklámok közepes szórakoztató erővel bírnak, azok hatása komolyan nevezhető a gyermekek magatartásának befolyásolása terén. A negatív hatás megítélésében már visszafogottabban fogalmaz. Elfogadja, hogy a reklámozott ételek kevésbé egészségesek. Az előző szegmentumhoz képest a marketingerek hatását kisebbnek véli, de még mindig igen jelentősnek tekinthető. Véleménye szerint nem a vállalati marketingtevékenység az egyedüli felelős az elhízásért. Megjelenik az egyéni felelősség kérdése, de a leginkább felelős a vállalati aktivitás. Komoly összefüggést lát a magas zsír-, só-, cukortartalmú ételek fogyasztása és az elhízás között, de nem csak ebben látja az elhízás fő okát. Nem tagadja a szabályozás fontosságát, de nem ebben látja a fő megoldást. A chipsadó hatásait gyengének ítéli, de nem veti el. Jellemző életkora 30-40 év. Aránya a sokaságon belül 28,6%.

3. *szegmentum*: Az egyéni felelősséget hangsúlyozza, vagyis nem kizárólag a reklámok felelősek az elhízásért. Bizik a felelőségteljes fogyasztói döntésben. A klaszterek közül a relatívan mért

legkisebb összefüggést látja az elhízás és a vállalati marketingaktivitás, reklámok között. Az érték még így is magas, 3,70-os értéket jelent az 5 fokozatú skálán. Ezért fontos a relatív jelző használata. Az összes szegmens közül relatívan a legkevésbé támogatja a korlátozást a reklámok és ajándékok területén; de az abszolút számokat vizsgálva láthatjuk, hogy maga sem biztos a racionális, egészséges táplálkozást választó fogyasztói döntésben. A marketing hatásait fontosnak ítéli, de hangsúlyozza az egyéni felelősséget is. Jellemző életkora 50-60 év. Aránya a sokaságon belül 31,7%.

4. szegmentum: Véleményében nagyon hasonlít az első csoporthoz, de igen komoly eltérés, hogy szerinte a chipsadó igenis hatásos lesz. Ez igazán markáns véleménykülönbséget generál közöttük, melyet a 4. ábra is jól illusztrál. Az elhízás veszélyes, és alulértékelt, amit a reklámok hatványoznak. Ő is a marketinget látja a fő okozónak, ami képes negatív irányba változtatni a szokásokat, de szerinte a fogyasztó adminisztratív eszközökkel (népegészségügyi termékadj) igenis terelhető. Jellemző életkora 50-60 év. Aránya a sokaságon belül 14,0%.

2. táblázat

Table 2

A bevont változók (állítások) rotált faktor mátrixa az állítások átlagos értékeinek feltüntetésével (Rotated factor matrix by involved variables (statements) with average value of statements)

Állítás ⁴	Kialakult faktorok ¹					Magyarázott variancia ² (%)	Állítás átlagos értéke ³
	Faktor ¹	Faktor ²	Faktor ³	Faktor ⁴	Faktor ⁵		
A reklámok képesek a gyermekkorú táplálkozási szokásait helytelen irányba terelni ⁵	0,760					21,84	4,27
A gyártók marketingtevékenysége hozzájárul a gyermekkori elhízás terjedéséhez ⁶	0,675						3,89
A reklámok képesek befolyásolni a gyermekek táplálkozási szokásait ⁷	0,591						4,35
A reklámozott élelmiszerek nagy része az egészségtelen kategóriába sorolható ⁸	0,449						3,60
A cukrozott szénsavas üdítőitalok fogyasztása a gyermekkorúak számára a hétköznapiok részévé vált ⁹	0,353						4,43
Összefüggés van a magas zsír-, só-, cukortartalmú élelmiszerek fogyasztása és a gyermekkori elhízás között ¹⁰	0,341						4,10
A magas zsír-, só-, cukortartalmú élelmiszereket népszerűsítő reklámok korlátozása/tiltása szükséges ¹¹		0,684				9,87	1,72**
A magas zsír-, só-, cukortartalmú élelmiszerek mellé ingyenesen járó ajándékok korlátozása/tiltása szükséges ¹²		0,519					1,63**
A gyermekkori elhízás veszélyes ¹³			0,650			8,47	4,83
A gyermekek alulértékelik az elhízás következményeit ¹⁴			0,356				4,50
A népegészségügyi termékadj ("Chipsadó") képes visszaszorítani a gyermekkori elhízást ¹⁵				0,550		7,77	2,13
A gyermekek tudják, hogy az elhízás számos más betegség forrása lehet ¹⁶				0,305			2,34
A gyermekek számára a reklámok szórakoztatók ¹⁷					0,347	7,20	3,54
A szakértő életkora ¹⁸					0,223		-

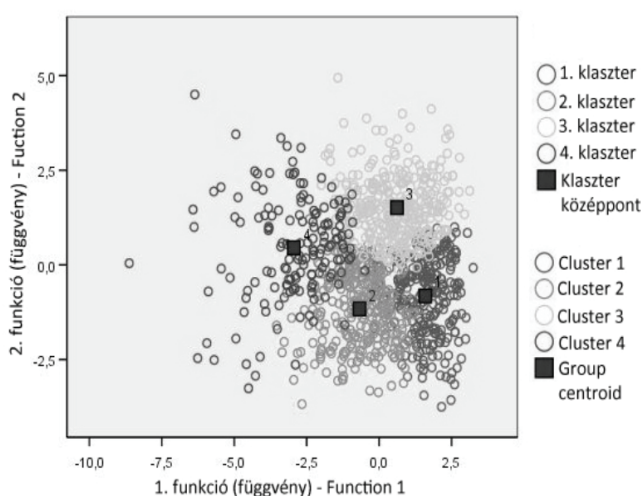
4 fokozatú skála, ahol 1 – tiltani szükséges, 2 – korlátozni szükséges, 3 – sem tiltani, sem korlátozni nem szükséges, 4 – nem tudom; (4 level Likert scale, 1 – ban is necessary, 2 – restriction is necessary, 3 – no ban or restriction is needed, 4 – I don't know)

¹Factors, ²Explained variance, ³Average value of statement, ⁴Statements, ⁵The advertisements can influence eating habits of children in wrong way, ⁶The manufacturers marketing activities contribute to spread of childhood obesity, ⁷The ads can influence children's eating habits, ⁸The most advertised foods can be marked as "unhealthy", ⁹Sugar carbonated soft drinks has become part of everyday life of children, ¹⁰There is a correlation between consumption of foods with high level of fat, sugar and/or salt and childhood obesity, ¹¹Ban/restriction of ads of foods with high level of fat, sugar and/or salt is necessary, ¹²In case of foods with high level of fat, sugar and/or salt the ban/restriction of free gifts is necessary, ¹³Childhood obesity is dangerous, ¹⁴Children underestimate the consequences of obesity, ¹⁵Fat tax is able to reduce childhood obesity, ¹⁶The children know that obesity contributes to increasing risk of other diseases, ¹⁷The children think that ads are funny, ¹⁸Age of expert

A diszkriminancia elemzés során a kialakított faktorok összevonása is megtörtént. A diszkriminancia analízis során az SPSS 3 funkciót (függvényt) állít fel, melyek az alábbiak:

1. funkció (függvény): A funkciót az 1. és a 3. faktor alkotja. A variancia 57,8%-át magyarázzák együttesen.
2. funkció (függvény): A funkciót a 4. és az 5. faktor alkotja. A variancia 35,9%-át magyarázzák együttesen.
3. funkció (függvény): A funkciót a 2., 4. és 5. faktorok kimaradt, a besorolás szempontjából kevésbé fontos, magas egyértékesi arányt mutató, alacsony F-rátás állításai (magas Wilks' Lambda értékei) alkotják. Ebből adódóan a magyarázott variancia 6,2%, így a 3. funkció magyarázó ereje elhanyagolható.

A klaszterek ábrázolását, egymáshoz viszonyított térbeli elhelyezkedését a fenti funkciók alapján a 4. ábra szemlélteti.



4. ábra

A klaszter centroidok ábrázolása a diszkriminanciafüggvények tükrében
(Group centroids and canonical discriminant functions)

Fig. 4

A fenti ábrából látható, hogy a szakértői vélemények a vizsgált faktorok esetében jól elkülöníthető csoportokat alkotnak. A felosztás pontosságát jól mutatja, hogy az eredeti csoportok 95,8%-át helyesen sikerült besorolni.

5. KÖVETKEZTETÉSEK – CONCLUSIONS

Jelen kutatási eredményekből és a korábbi kutatási eredményekből számos következtetést vonhatunk le. Megfigyelhető, hogy a gyermek- és fiatalkorúakat nem látják tisztán a marketing fogyasztói magatartást befolyásoló erejét, annak hatása természetessé vált számukra. Ez azonban nem jelenti azt, hogy az nem lenne kiváltképpen hatásos a célcsoport befolyásolásában, sokkal inkább azt, hogy védekező magatartást nem tanúsítanak vele szemben. Ez különös tekintettel igaz a magas zsír-, só-, cukortartalmú élelmiszerek esetében, ahol a kifinomult marketing eszköztár (reklámok, kreatív sales promotion aktivitások, brand licensing, referenciaszemélyek alkalmazása, közösségi eszközök, stb.) rendkívüli sikereket

ér el. A gyermek- és fiatalkorúakat a látott marketingaktivitások vonzzák, azok szórakoztatják őket, követendő példaként tekintenek rájuk. A sikerek nem csupán az eladási volumenben, hanem a magas zsír-, só-, cukortartalmú élelmiszerek túlzott fogyasztása következtében fellépő betegségekben is testet ölt. Ennek a veszélynek a leírása tükröződik az egészségügyi szakemberek válaszaiban. Fenti okfejtést igazán szemléletesen teszi a finn TV5 televíziós csatorna egy főzési praktikákat bemutató showmúsora, melyben az alábbi párbeszéd hangzott el a két műsorvezető között: „...az a vaj túl sok lesz, magyar ételt főzöl? Ezt miért mondd? Hidd el a magyarok a legdagadtabbak a világon. Volt egy magyar barátnóm, ő is kövér volt. Látnod kellett volna a családját, ők is hatalmasak voltak, mint egy ház, az anyja és az apja, még a kutya is dagadt volt. Rettegtem tőlük, szörnyű volt. Nem túlzol egy kicsit? Mondom, hihetetlenül kövérek voltak. Ott voltam velük egyedül. Soha ne menj Magyarországra, ott megeszik a vékony embereket. (...) Hidd el, így volt.” A párbeszéd természetesen túlzó, sztereotípiákra épít és humorral átszótt. Azonban a leírt sztereotípiák sem nevezhető pozitívnak és tulajdonképpen, kissé túlzóan, de egybeesik a hazai szakemberek véleményével. A sztereotípiák általában jellemző, hogy van valamiféle valóság alapja, mint ahogyan – el kell ismernünk – ennek is. Ezt bizonyítják a magyarországi elhízási arányszámok és az elhízás növekedési üteme is. Javaslatként megfogalmazható, hogy a termékkör marketingjének szabályozása kapcsán változtatások, szigorítások szükségesek, melynél figyelembe kell venni az egészségügyi szakemberek véleményét is.

6. ÖSSZEFOGLALÁS – SUMMARY

Az elhízás marketing és gazdasági kérdéskörében talán a leginkább elhallgatott csoport, az egészségügyi szakemberek, meglehetősen határozott véleményt formáltak a gyermek- és fiatalkori elhízás kérdéseiről, a vállalati marketingaktivitásokról és a gazdasági kérdésekről. A megoldási javaslatok sokrétűek lehetnek, mint ahogyan az a szegmentációból is kiderült. A vélemény ugyanakkor egyértelmű trendet mutat: Az egészségügyi szakemberek a gyors testsúlynövekedésben kiemelt szerepet tulajdonítanak a marketingereknek, a kifinomult aktivitásoknak, nem elhanyagolva ugyanakkor a fogyasztó egyéni felelősségét sem.

Az egészségügyi szakemberek véleménye több mint jelzésértékű a gyermek- és fiatalkori elhízás kapcsán. Határozott véleményt formál a gyermek- és fiatalkori elhízással való foglalkozás, esetlegesen még a szabályozás újragondolása kapcsán is. Véleményük szerint a korlátozás és tiltás a gyermekkel kapcsolatos marketingkommunikációban elvárható és fontos feladat. Ki kell emelni, hogy a korlátozás önmagában nem oldja meg a gyermek- és fiatalkorban jelentkező elhízás problémáját, de tüneti kezelést nyújthat rá. A faktor- és klaszterelemzés rámutatott arra, hogy a szigorítás, adóztatás eszközeinek bevetése mellett a szakemberek kiemelten kezelik az egyéni felelősség kérdését az elhízás ellenei küzdelemben. Ez azonban szemléletváltást igényel, ami lassú folyamat eredménye, mely elérését, kialakulását a restriktív eszközök segíthetik. A szakemberek véleményének figyelembevétele és meghallgatása segíthet abban, hogy a fenti sztereotípiák ne váljon teljesen egyértelművé.

IRODALOM – REFERENCES

- (1) **Bedros R.:** A magyarok kétharmada kövér. 2012, URL: <http://www.hir24.hu/elet-stilus/2012/03/26/a-magyarok-ketharmada-kover/>
- (2) **Butland, B., Jebb, S., Kopelman, P., McPherson, K., Thomas, S., Mardell, J., Parry, V.:** Tackling Obesity: Future Choices. UK Government's Foresight Programme Project report, 2007, 164.
- (3) **Endocrine Society and Hormone Foundation:** The Endocrine Society Weighs In: A Handbook on Obesity in America. Chevy Chase, MD, 2005, 14, URL: <http://www.obesityinamerica.org/links/HandbookonObesityinAmerica.pdf>
- (4) **Eurobarometer:** Sport and physical activity. European Commission, 2009, 4., URL: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_334_fact_hu_en.pdf
- (5) **Finke, M. S., Huston, S. J.:** Low-Cost Obesity Interventions: The Market for Foods. Behavioral Science, June 2007, 73-86, ISBN 978-0-378-36899-3
- (6) **Finkelstein, E.:** Use of incentives to motivate healthy behaviors among employees. Gender Issues 21 (3) 50-59 (2003), ISSN 1936-4717
- (7) **Huff, E.:** Obesity Will Cost U.S. \$344 Billion a Year in Health Care Costs. Natural News, Online edition, January 4, 2010, URL: http://www.naturalnews.com/z027868_obesity_health_care_costs.html
- (8) **Justice Bell's Verdict:** McDonald's Corporation vs Steel & Morris [1997] EWHC QB 366, 1997, URL: <http://www.mcsportlight.org/case/trial/verdict/verdict.html>
- (9) **Kálló I.:** Az unióban Magyarországon van a legtöbb elhízott nő. InfoRádió, MTI, 2011. április 17., URL: <http://inforadio.hu/hir/eletmod/hir-427000>
- (10) **Kitchen, P., Brignell, J., Li, T., Spickett-Jones, G.:** The Emergence of IMC: A Theoretical Perspective. Journal of Advertising Research, March 2004, 19-30.
- (11) **KSH:** Egészségfelmérés, ELEM. Statisztikai tükör 4 (50) 1-7 (2010)
- (12) **OECD:** Health at a Glance: Europe 2010. OECD Publishing, 2010, 130, URL: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-en
- (13) **Swinburn, B. A., Sacks, G., Hall, K. D., McPherson, K., Finegood, D. T., Moodie, M. L., Gortmaker, S. L.:** The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. The Lancet 378 (9793) 804-814 (2011)
- (14) **Wang, G., Dietz, W. H.:** Economic Burden of Obesity in Youths Aged 6 to 17 Years: 1979–1999. Pediatrics 109 (5) e81 (2002)
- (15) **Wellman, N., Friedberg, B.:** Causes and consequences of adult obesity: health, social and economic impacts in the United States. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition (Wiley-Blackwell) 11 (S8) 705–713 (2002)
- (16) **Wolf, A. M., Colditz, G. A.:** Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. Obesity Research 6 (2) 97-106 (1998), PMID 9545015, URL: <http://www.obesityresearch.org/cgi/content/abstract/6/2/97>

Jegyzetek Notes