

Az élelmiszerfogyasztás mögöttes dimenziói: étkezési és testi attitűdök kapcsolata

Szabó Sára – Szigeti Orsolya – Soós Mihály – Szakály Zoltán

Vizsgálatunk célja a magyar lakosság élelmiszer fogyasztást érintő egészségi állapotának illetve egészségmagatartásának vizsgálata mögöttes tényezők közötti összefüggések azonosításával. Kutatásunkban a szekunder adatok objektív, tápláltsági állapot illetve testkép jellemzőit alkalmazzuk értelmezési keretként az általunk vizsgált evési attitűdök illetve testi attitűdök vonatkozásában.

Vizsgálati módszerként a kérdőíves megkérdezést alkalmazzuk, amelyet 1000 fős országos reprezentatív mintán végeztünk el. A két attitűdmérő kérdőív faktorstruktúrájának meghatározását követően klaszteranalízist hajtottunk végre, amelynek során öt fogyasztói csoportot különítettünk el. Az öt klasztert a Kontrollálatlan értelmi evők, Feszült elégedetlenek, Érdektelenek, Túlsúlyos impulzusevők és Tudatosan táplálkozók csoportja alkotja.

Az evési attitűd illetve testi attitűd tényezőin alapuló szegmentáció iránymutató lehet az egészségvédő hatású élelmiszerek gyártói, valamint az egészségmarketing szakemberei számára célcsoportjuk meghatározását és fogyasztóik megszólítását illetően.

Kulcsszavak: testi attitűd, evési attitűd, egészség, szegmentáció

1. Bevezetés

Napjainkban a fogyasztói trendekkel összhangban a vezető élelmiszeripari gyártók kutatási és fejlesztési törekvéseinek középpontjában az egészség és környezet védelme áll. A technológiai fejlesztések mellett azonban nélkülözhetetlen szerepe van a marketingnek ebben az iparágban, mivel az egészségvédő élelmiszerek csak tudatos élelmiszerfogyasztói magatartás mellett képesek kifejteni pozitív hatásukat. Az egészség és fenntarthatóság trendjei Magyarországon is megjelentek (Rácz 2013) azonban a felelős vállalati kultúrának és marketingaktivitásnak nem szabad figyelmen kívül hagynia az egészségtudatos életmódra nevelést, amelynek kettős célja, azaz piaci részesedés növelése és a fogyasztók egészségi állapotának javítása gazdasági és társadalmi előnyöket ötvöz.

Az egészségmagatartás összetett rendszer, amelynek eleme a tudatos élelmiszerfogyasztás, a testmozgás, a lelki egészség, a káros élvezeti cikkek kerülése és a higiénia, mindemellett az életmód részeként szükséges jelentkeznie az egyének életében. A preventív egészség rizikó viselkedés egy folyamatos, tudatos viselkedés, míg az egészség rizikó viselkedés (dohányzás) jellemzően emocionális, tudattalan tényezők befolyásolják (Bíró 2008, Szakály 2011). Az egészségpiacon érvényesülni kívánó vállalatok számára tehát előnyt jelent, ha feltérképezik és/vagy kinevelik saját, egészségtudatos fogyasztói bázisukat, azonban ehhez elengedhetetlen az élelmiszerfogyasztás mögöttes összefüggéseinek ismerete.

2. Szakirodalmi áttekintő

2.1. Tápláltsági állapot

A napi táplálkozás során szervezetbe juttatott energiamennyiség vonatkozásában energiaegyensúlyról akkor beszélhetünk, ha a bevitt energiamennyiség a testünk életfolyamataihoz és fizikai energiafelhasználásunk fedezéséhez elegendően szükséges

mennyiségben került elfogyasztásra. Abban az esetben, ha a bevitt energia mennyisége meghaladja a felhasznált energia mennyiségét, pozitív, abban az esetben pedig, amikor nem éri el a felhasznált energiamennyiséget, negatív energiaegyensúly alakul ki. A két eset magyarázat a túlsúly és az alultápláltság kialakulására. A tartósan pozitív energiaegyensúly következtében (hosszú időn keresztül a felhasznált energia mennyiségénél többet juttatunk szervezetünkbe) megnő a zsír formájában raktározott energia mennyisége a testben. A testzsír felhalmozásnak a mértékétől függően nevezzük az állapotokat soványságnak, túlsúlynak, illetve a WHO (Egészségügyi Világszervezet) által 1998-ban betegséggé nyilvánított állapotnak, elhízásnak (Csányi 2010).

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

A 2009-ben lezajlott Európai Lakossági Egészségfelmérés hazai eredményei szerint hazánkban a lakosság (15 év feletti) 53,7%-ának nagyobb a testtömege az ajánlottnál (Szakály 2011). A GFK (2005) adatai alapján a lakosság 45%-a elégedett testtömegével, 37%-a szeretné csökkenteni, 7%-a pedig növelné testtömegét.

A felnőtt lakosság testtömeg megítélésének módja a testtömeg index (BMI- Body mass index) számítás (Rodler 2008). A BMI érték meghatározásának módja, hogy a vizsgálat személy testtömegét elosztjuk a testmagasság méterben kifejezett értékének négyzetével, mértékegysége pedig a kg/m^2 (Csányi 2010). Ma a BMI a testtömeg mérésének standard módszere, mivel jól korrelál az összes zsírtömeggel és kevésbé függ a testmagasságtól.

A hazai felnőtt lakosság 44,77%-a tartozik az ajánlott értékű BMI-vel rendelkezők csoportjába, 1,96%-a sovány, 53,24%-a túlsúlyos, ebből 17,73% elhízott. A túlsúly és elhízás állapot további, nem fertőző betegségek kialakulásának rizikófaktorai, mint a szív-érrendszeri betegségek, a rosszindulatú daganatok, a cukorbetegség és annak szövődményei, valamint a csontritkulás (Bhattoa et al. 2009). Az egyes betegségek hazai lakosságot érintő tendenciáinak vizsgálata előtt a magyarok vélt és tényleges egészségi állapotát ismertetjük, ez utóbbit világszerte a születéskor várható élettartam és a halálozási ráta makroszintű mutatókkal jellemezik (Szakály 2011).

Mindamellet, hogy az EU-28 tagállamai közötti rangsorban az utolsó helyek egyikét foglalja el Magyarország, egészségi állapotát a lakosság a valóságnál sokkal kedvezőbben ítéli meg. A valós és a vélt (szubjektív) egészségi állapot eltérő megítélését befolyásolja az egyének szocio-demográfiai, társadalmi, gazdasági és kulturális helyzete is. Szakály et al. (2006) kutatásában szintén az egészség szubjektív megítélését vizsgálta. A lakossági felmérés eredményei alapján az egészségüket átlagon felülinek vélők aránya 53,1%-volt, emellett azok aránya, akik a „jó is és rossz is” megítélést képviselik, 37,1%. Ezen felmérés is a férfiak nagyobb arányú pozitív egészség megítélését eredményezte a nőkhöz képest (Szakály 2011).

2.2. Testkép és megítélése

A testkép alatt az egyének saját testével kapcsolatos pszichológiai, viselkedési, neurofiziológiai tényezők együttesét értjük. Vizsgálatának fontossága abból ered, hogy a testtömeg változtatás egyik legalapvetőbb oka a testképpel való elégedetlenség. A testkép egyéni megítélését befolyásolja a saját test méretére vonatkozó becslés (észlelet), a testalkat és a méret által kiváltott érzelem (érzés), valamint a test vonzerejével kapcsolatos értékelés (gondolat). A média által közvetített ideális testkép, valamint a családtagok és a kortársak

véleménye, szemlélete is befolyásolja az egyén testképének megítélését (Grogan 2006, Probst et al. 2008, Czeglédi et al. 2009).

Grogan (2008) a testkép megítélését számos aspektusból vizsgálta, amelyek alapján megállapítható, hogy a nők testképpel való elégedettsége eltér a férfiakéhoz képest, viszont mindkét nemnél azonos sztereotípiák élnek a túlsúlyosokkal kapcsolatban. Cash (1990) az Amerikai Egyesült Államokban végzett kutatásai során megfigyelte, hogy már gyermekkorban kialakul a megkülönböztetés, amely során a gyermekek kevésbé szeretnek játszani túlsúlyos társaikkal. Ez az előítélet a felnőtt korban is megfigyelhető, a túlsúlyosak kevésbé aktívak, kevésbé terhelhetők kemény munkával, mint ahogyan nem olyan sikeresek, atlétikusak, és népszerűek, mint vékony testalkatú társaik (Lewis et al. 1997; Grogan, 2008). Az egészség, a fitnesz, az energikusság és az önfegyelem területén is pozitívabb a normál testtömegűek és a soványabbak megítélése, mint a túlsúlyosoké, akiket inkább kedvesnek és gondoskodónak tartanak. A megbélyegzés erőssége és intenzitása kapcsoltban áll például a depresszióval és a negatív önértékeléssel (Czeglédi 2009).

A nők testképpel való elégedettségéhez hasonlóan a férfiak esetében (75%) is eltér az általuk valósnak és ideálisnak tartott kép. A legnagyobb eltérés a nők és a férfiak testképének megítélésében az, hogy míg a nők egységesen a vékonyabb alakot tartják ideálisnak, a férfiak esetében csaknem fele-fele arányban vágnak növelni és csökkenteni a testtömegüket, ezáltal más testképet kialakítani. Frederic et al. (2005) által végzett vizsgálatok során az amerikaiak, a franciák és az ausztrál férfiak ideálisnak tartott testképe kiugróan izmosabb a valósnál, emellett a nők számára kívánatos férfialaknak is a saját testüktől izmosabb/nagyobb testtömeget gondolják. Az idősebb férfiak (45 év feletti) esetében a nagyobb testtömeg és a túlsúly elfogadottabb a fiatal férfiakhoz képest. A felnőtt férfiak 29%-a elégedetlen testképével. 24% a felsőtstén, 41% a törzsén, 18% pedig az alsó testén változtatna. A válaszadók 10%-a válaszolta csupán, hogy általában az egész testének képével elégedetlen. A változtatás okait vizsgálva a válaszadók 72%-a azért növelné izomzatát, hogy jobban érezze magát a bőrében, és 80% akkor érezné jobban magát, ha kidolgozottabb lenne jelenlegi izomzata (Grogan 2008).

3. Módszer

A kutatás célkitűzéseinek megvalósítására egy 1000 fős országos reprezentatív kérdőíves megkérdezést indítottunk Magyarországon. A mintavétel során az egyes régiók esetében eleve biztosítottuk a reprezentativitást, így annak szerkezete a KSH által előzetesen megállapított kvótának teljes mértékben megfelelt (kvótás mintavétel).

Az egyes régiókban a települések kiválasztása sorsolással (egyszerű véletlen mintavétel) történt. A kijelölt településeken az úgynevezett véletlen séta (random walking) elvét alkalmaztuk, amely teljes véletlenszerűséget biztosít a megfelelő válaszadók kiválasztásához. Második lépésben a felkeresett háztartás lakói közül az ún. születésnap kulcs alkalmazásával választottuk ki az interjúra megfelelő személyt. Ezzel a módszerrel második lépésben is biztosítottuk a teljes véletlenszerűséget. A minta négy tényező (régió, településtípus, nem, kor) alapján tükrözi az alapsokaság összetételét. Az adatok elemzése az SPSS matematikai, statisztikai elemző szoftvercsomaggal történt, amely során a gyakorisági megoszlások és a keresztábrák elemzések mellett faktor és klaszteranalízist is alkalmaztunk.

A kérdőív a szocio-demográfiai változók mellett két kérdéssort tartalmazott, a Háromfaktoros Evési Kérdőívet, és a Testi Attitűdök Tesztjét. A 21 tételű (TFEQ-R21) Háromfaktoros Evési Kérdőív (HRQL Group 2002) Czeglédi és Urbán (2010) által magyarra fordított és adaptált változatát alkalmaztuk. A TFEQ-R21 egy 21 tételből álló mérőeszköz, amelynek tételei 4 illetve 8 fokozatú Likert-skálán értékelendők. A kérdőív három skálát tartalmaz: 1. Kontrollálatlan evés skála, 2. Kognitív korlátozás skála, illetve Érzelmi evés

skála. Vizsgálatunkban a Cappelleri, Bushmakin és munkatársai (2009) által alkalmazott értékelési módot alkalmaztuk, azaz a skálaképzést az egyes tételek egyszerű átlagolásával hajtottuk végre.

Testi Attitűdök Tesztje (Body Attitude Test, BAT) a szubjektív testélményt és a saját testtel kapcsolatos attitűdöt méri (Probst et al. 1995, Túry–Szabó 2000). Összesen 20 tételből áll, amelyek értékelése 6 fokozatú Likert skálán történik. A teszt a testképpel való elégedetlenséget méri, tehát minél magasabb az elért pontszám, annál kedvezőtlenebb a testkép. A Testi Attitűdök Tesztje három skálát tartalmaz 1. A testméret negatív értékelése, 2. A saját test ismeretének hiányos volta, 3. Testtel való általános elégedetlenség. Vizsgálatunkban faktoranalízist végeztünk, hogy feltárjuk, létezik-e olyan faktorstruktúra, amely az eredetinel nagyobb magyarázó erővel jellemzi a vizsgálat országos reprezentatív mintát.

4. Eredmények

Első lépésben a Háromfaktoros Evési Kérdőív tételeivel végeztünk faktoranalízist, (*1. táblázat*). Az új struktúra teljes mértékben tükrözi az eredeti változatot (ezért az eredetivel megegyező elnevezéseket alkalmaztuk), azonban a 21 állításból 9 tételt kizártunk, amivel meglehetősen magas, 70,115%-os magyarázó erővel bíró modellt kaptunk. Az első, legerősebb faktor az Érzelmi evés, amely a variancia 37,019%-át magyarázza, a Kontrollálatlan evés (16,621%) illetve a kognitív korlátozás (16,475%) közel azonos magyarázó erővel bírnak.

Az így kialakított skálák belső konzisztenciájának ellenőrzésére Cronbach alpha értékeket számítottunk, amely mind a Kontrollálatlan evés (Cronbach α : 0,817) mind a Kognitív korlátozás (Cronbach α : 0,825) mind az Érzelmi evés (Cronbach α : 0,955) esetében 0,8 érték felett volt, azaz megbízhatónak tekinthető magyar mintán folytatott további kutatás lefolytatására.

1. táblázat A Háromfaktoros Evési Attitűdök Tesztjének faktorstruktúrája

Állítás	Faktor		
	Érzelmi evés	Kontrollálatlan evés	Kognitív korlátozás
Amikor ideges vagyok, evéssel próbálom megnyugtatni magam.	0,877		
Amikor levert vagyok, enni akarok.	0,865		
Amikor magányos vagyok, evéssel vigasztalódom.	0,854		
Amikor szomorú vagyok, gyakran túl sokat eszem.	0,800		
Amikor szorongok, enni kezdek.	0,779		
Amikor feszült vagyok, vagy fel vagyok húzva, gyakran úgy érzem, hogy ennem kell.	0,776		
Amikor egy étvágygerjesztő ételt látok, vagy illatát érzem, nagyon nehezen állom meg, hogy ne egyek, még akkor is, ha épp akkor fejeztem be az evést.		0,799	
Amikor valami finomat látok, gyakran olyan éhes leszek, hogy azonnal ennem kell.		0,712	
Ha olyan valakivel vagyok együtt, aki eszik, gyakran engem is arra készítenek, hogy egyek.		0,614	
Tudatosan korlátozom, hogy mennyit eszem az étkezések során, hogy elkerüljem a hizást.			0,785
Szándékosan keveset eszem egyszerre, hogy kordában tartsam a testsúlyomat.			0,768
Bizonyos ételeket azért nem eszek, mert hizlalnak.			0,711

Forrás: saját szerkesztés

Módszer: Maximum Likelihood; Rotációs módszer: Varimax with Kaiser Normalization. a. Rotation converged in 5 iterations. KMO=0,918; Bartlett (Approx. Chi Sq.) 9183,963; (Sig) 0,000; Kommunalitások: 0,504-0,862; Magyarázott variancia: 70,115; N=1000.

2. táblázat A Testi Attitűdök Tesztjének faktorstruktúrája

	Faktor	
	A saját test ismeretének hiányos volta	A testméret negatív értékelése
Állítás		
A testem szorongást jelent számomra.	0,806	
Úgy tűnik nekem, mintha a testem nem is az enyém volna.	0,782	
Olyan dolgok történnek a testemben, melyek megijesztenek.	0,759	
Feszültséget érzek a testemben.	0,733	
A testem érzéketlen tárgynak tűnik.	0,668	
Azt gondolom, túl kövér vagyok.		0,815
Nagyon vágyom arra, hogy vékonyabb legyek.		0,794
A csipőm túl szélesnek tűnik számomra.		0,704
Ha megnézem magam a tükörben, elégedetlen vagyok a testemmel.		0,542

Forrás: saját szerkesztés

Módszer: Maximum Likelihood; Rotációs módszer: Varimax with Kaiser Normalization. a. Rotation converged in 5 iterations. KMO=0,908; Bartlett (Approx. Chi Sq.) 5653,086; (Sig) 0,000; Kommunalitások: 0,332-0,791; Magyarázott variancia: 63,927; N=1000.

Második lépésben a Testi Attitűdök Tesztjének faktorstruktúráját tártuk fel (2. táblázat), a vizsgálat eredményeképpen két faktort sikerült meghatározni Maximum Likelihood módszerrel, amely 63,927%-os magyarázó erővel bír. Az eredeti háromból a Saját test ismeretének hiányos volta, illetve A testméret negatív értékelésének tételei alkotják a két faktort, kizárólag A testméret negatív értékelése faktor bővült egy elemmel (Ha megnézem magam a tükörben, elégedetlen vagyok a testemmel.) amely eredetileg a Testtel való általános elégedetlenség, vizsgált mintán nem egységes konstruktumként megjelenő faktorhoz tartozott. Ennek lehetséges oka, hogy a testtel való elégedetlenség legfőbb oka a testméret, ami specifikusabb, ezáltal homogénebb tényező, mint az általános elégedetlenség. A kapott skálák reliabilitásának vizsgálatára ismét Cronbach alpha értékeket számoltunk (A testméret negatív értékelés: Cronbach $\alpha=0,851$; Saját test ismeretének hiányos volta: Cronbach $\alpha=0,905$), és mivel mindkét érték 0,8 felett van, a kapott skálák megbízható eszköznek tekinthetők a testi attitűdök mérésére.

Végül a két kérdőív elemzéséből származó öt faktorról együttesen klaszteranalízist végeztünk, annak érdekében, hogy megkapjuk a magyar lakosság étkezési és testi attitűdök szerinti szegmentációját. Ennek a folyamatnak az eredményeképpen öt klasztert sikerült elkülöníteni, a klaszterek szocio-demográfiai jellemzőit a 3. táblázat mutatja be.

3. táblázat A klaszterek szocio-demográfiai jellemzői, % (N=1000)

Változó		Szocio-demográfiai megoszlás %					Sig.
		1	2	3	4	5	
Klaszter mérete		174	118	382	130	196	-
Nem	Férfi	55.7	42.4	59.2	36.2	35.7	0.000
	Nő	44.3	57.6	40.8	63.8	64.3	
Korcsoport	18-29	31.0	19.5	24.6	23.8	28.6	0.132
	30-39	15.5	18.6	20.7	16.9	15.8	
	40-49	19.0	18.6	19.6	25.4	22.4	
	50-59	19.5	13.6	14.9	15.4	17.9	
	>60	14.9	29.7	20.2	18.5	15.3	
Iskolázottság	Max. 8 általános	10.3	13.6	13.9	9.2	8.7	0.002
	Szakmunkásképző, szakiskola	32.2	28.0	37.2	36.2	20.4	
	Érettségi	42.5	41.5	34.6	37.7	46.4	
	Felsőfokú	14.9	16.9	14.4	16.9	24.5	
Szubjektív jövedelemszint	NT/NV	1.7	1.7	2.6	1.5	2.6	0.001
	Nagyon jól megél(nek) belőle és félre is tud(nak) tenni	0.0	2.5	3.9	4.6	6.1	
	Megél(nek) belőle, de keveset tud(nak) félre tenni	23.0	24.6	27.0	31.5	35.7	
	Éppen elegendő, hogy megéljen(ek) belőle, de félretenni már nem tudnak	60.9	54.2	47.6	43.1	48.5	
	Néha arra se nagyon elég, hogy megéljen(ek) belőle	12.6	11.9	17.0	17.7	5.6	
	Rendszeresen napi megélhetési gondjai(k) vannak	1.7	5.1	1.8	1.5	1.5	
Családi állapot	házas	36.2	42.4	39.5	42.3	37.8	0.018
	élettárssal él	17.2	8.5	16.0	16.9	17.9	
	özvegy	6.9	19.5	8.1	6.2	5.1	
	nőtlen/hajadon	28.7	19.5	25.7	21.5	23.5	
	elvált	10.3	9.3	9.7	12.3	15.3	
	külön él	0.6	0.8	1.0	0.8	0.5	
Jogi helyzet	aktív fizikai dolgozó	39.1	28.8	38.7	35.4	28.6	0.000
	aktív szellemi dolgozó	21.8	19.5	17.5	23.1	38.3	
	nyugdíjas	17.8	33.1	22.8	16.9	17.9	
	tanuló	9.8	5.1	8.6	9.2	6.6	
	egyéb	4.0	4.2	2.4	5.4	4.6	
	NT/NV	7.5	9.3	9.9	10.0	4.1	
Elsődleges élelmiszer beszerző	igen	56.3	68.6	51.8	66.2	62.8	0.002
	nem	43.7	31.4	48.2	16.9	37.2	

Forrás: Saját szerkesztés

1. Klaszter – Kontrollálatlan érzelmi evők (N=174)

Az első klaszter legfontosabb jellemzője az érzelmi evés, ami azt jelenti, hogy tagjai hajlamosak a túlzott táplálékbevitelre érzelmileg megterhelő helyzetekben. A kontrollálatlan evés a második legjellemzőbb vonása a csoportnak, tehát az impulzivitás általánosan jellemzi a klasztert, de ez nem eredményez negatív testi attitűdöt, tehát a Kontrollálatlan érzelmi evők nem korlátozzák magukat, és nincs is lelkiismeret furdalásuk emiatt, örömeiket lelik az étkezésben. A csoportban enyhén felülreprezentáltak a férfiak (55,7%), általában érettségizettek, a megélhetéshez éppen elegendő jövedelemmel rendelkeznek, a klaszterek közül itt a legmagasabb nőtlenek illetve hajadonok aránya, leginkább aktív fizikai dolgozók (39,1%) és a háztartás elsődleges élelmiszer beszerzői (56,3%).

2. Klaszter – Feszült elégedetlenek (N=118)

A klasztert rendkívül negatív testi attitűd jellemzi, gyakran szoronganak, feszültnék érzik magukat testi folyamataik miatt. Legkevésbé sem érzik jól magukat a bőrükben, testméreteikkel pedig teljes mértékben elégedetlenek. Jellemző a csoportra az érzelmi helyzetekben történő túlevés, valószínűleg a táplálékbevitel ez egyik legfőbb módja a feszültségcsökkentésnek az életükben. A klaszterben többségben vannak a nők (57,6%) átlagos, vagy átlag alatti jövedelemmel rendelkezők, a csoportok között itt a legnagyobb az özvegyek aránya (19,5%). A csoport tagjai elsősorban az idősebb korosztályból kerülnek ki, jogi helyzetük alapján nyugdíjasok. A háztartás elsődleges élelmiszer beszerzőjének tekinthetők (68,8%) ennek valószínűleg az az oka, hogy nagy arányban egyszemélyes háztartásban élnek.

3. Klaszter - Érdektelenek (N=382)

Az Érdektelenek testi attitűdje sem negatívként sem pozitívként nem jellemezhető, gyenge hatást mutat az érzelmi evés, az egyetlen faktor, ami igazán jellemző a csoportra, az a kognitív kontroll hiánya. Ez a mintázat arra utal, hogy a csoport tagjait egyáltalán nem érdekli a táplálkozás és testük érzékelése. A klaszter tagjai elsősorban férfiak (59,2%) szakmunkás végzettséggel vagy érettségivel rendelkeznek, valamivel átlag feletti jövedelem ugyanúgy jellemzi a csoportot, mint az átlag alatti kereset. Egyéb szocio-demográfiai jellemzőben nem mutatható ki összefüggés, nem tekinthetők a család elsődleges élelmiszer beszerzőinek (51,8%).

4. Klaszter – Túlsúlyos impulzusevők (N=130)

A Túlsúlyos impulzusevőket különösen negatív testi attitűdök jellemzik, legkevésbé testméreteikkel elégedettek. Úgy érzik, túl kövérek, és nagyon vágnak arra, hogy vékonyabbak legyenek. Nem tudnak ellenállni az ínycsiklandozó ételek illatának vagy látványának. A klaszter tagjai elsősorban nők (63,8%), jövedelmük elég napi megélhetésükre, és gyakran félre is tudnak tenni belőle, partnerrel vagy családban élnek, és a háztartás elsődleges élelmiszer beszerzőjének tekinthetők.

5. Klaszter – Tudatosan táplálkozók (N=196)

Ez az egyetlen csoport, amelynek elsődleges jellemzője a kognitív korlátozás, ami arra utal, hogy tudatosan tervezik meg táplálékfogyasztásukat, és érzelmileg terhelt szituációban sem inganak meg. A tudatos táplálkozás eredményeképpen általában elégedettek a testükkel, ugyanakkor motiváltak a fogyásban. A fogyasztói csoport tagjai elsősorban nők (64,3%) érettségizett vagy felsőfokú végzettséggel rendelkezők. Az öt csoport közül a Tudatosan táplálkozók jövedelemszintje a legmagasabb, tagjai legnagyobb arányban szellemi munkát végeznek, és a család elsődleges élelmiszer beszerzőjének tekinthetők.

5. Következtetések

A vizsgálat első és második lépésben végrehajtott elemzése során meghatározásra került a Háromfaktoros Evési Attitűdök Tesztjének, illetve a Testi Attitűdök Tesztjének faktorstruktúrája országos reprezentatív mintán. Az elemzés eredményeképpen nem csak a klaszteranalízishez alkalmazható, megfelelő magyarázó erővel bíró modellt kaptunk, hanem a kérdőív faktorait magas belső konzisztenciával jellemezhető skálákként azonosítottuk, amelyek felhasználhatók további, hazai mintán végzett vizsgálatokhoz.

A kutatás második, lényegi eredménye a magyar lakosság étkezési és testi attitűdök alapján történő szegmentációja, amely fontos információként szolgál az egészségmarketing szakemberei, illetve az egészségvédő hatású élelmiszerek gyártói számára célcsoportjuk

méretének meghatározása, illetve a csoport megszólításának módját illetően. A kapott mintázat alátámasztja a szakirodalmi áttekintőben ismertetett körképet, röviden azt a tényt, hogy a magyar lakosság többsége (53,24%) túlsúlyos vagy elhízott kategóriába tartozik. Az a jellemző is igazolódni látszik, hogy a lakosságban jelentős a negatív testképpel rendelkezők aránya, illetve hogy testkép tekintetében a nők hajlamosabbak negatívan megítélni önmagukat.

A lakosság 38,2%-a az Érdektelenek csoportjába tartozik, akiket teljes mértékben elutasítják a tudatos táplálkozást, és ez nem okoz testi diszkomfort érzetet sem, ami esetleg motiváló hatású lenne, így ezt a csoportot a legnehezebb megszólítani. A másik nehezen megszólítható csoport a Kontrollálatlan érzelmi evők klasztere (17,4%) akik feszültségcsökkentésként, negatív érzelmi helyzetekben alkalmazzák a táplálékfogyasztást, és ez (a vizsgálat változók alapján) kielégítő megküzdési módnak bizonyul, azaz teljes mértékben élvezeti forrásnak tekintik az étkezést. A két, egészségmagatartás szempontjából nehezen elérhető csoport együttes mérete 55,6%, azaz a fogyasztók többsége ebbe a kategóriába sorolható.

A Feszült elégedetlenek csoportja szubjektív érzetük alapján meglehetősen rossz helyzetben van testkép és evési attitűdök szempontjából, azonban ez a megítélés szorongás és elégedetlenség formájában kifejezésre jut, tehát tudatában vannak helyzetüknek, és a feszültségnyomás hatására valószínűleg hajlandóak lennének változtatni, azonban ezt a célcsoportot választó gyártónak hatékony megoldást kell biztosítani a szorongás csökkentésére. A célcsoport jövedelmi helyzete alapján az árképzésben nem a prémium kategóriát érdemes megcélozni, illetve az információs és értékesítési csatornákat az idősebb fogyasztók igényei alapján kell meghatározni. Marketing szempontból nem optimális, egészségtudatos, jó anyagi helyzetben lévő fogyasztókról beszélünk tehát, azonban megfelelő stratégiával jelentős piaci részesedés érhető el, hiszen az ország lakosságának 11,8%-a ebbe a csoportba tartozik.

Nagyobb anyagi potenciállal, és jelentős motivációval könnyebben megszólítható a Túlsúlyos impulzusevők csoportja (13%), azonban lojalitásuk elnyerése érdekében különös figyelmet kell szentelni erre a célcsoportra, impulzusfogyasztásuk miatt. Egyszerre van jelen a testtömeg csökkentése iránti igény, illetve az érzelmi és kontrollálatlan evés, valószínűleg az a fogyasztói szegmens az úgynevezett divatdiéták elsődleges célcsoportja: megvásárolják, kipróbálják, de gyorsan feladják, ha a módszer kitartást, hosszú távú életmódváltást követel. Esetükben tehát a hangsúlyt nem a csoport megszólítására, hanem megtartására érdemes helyezni.

Közel 20%-nak tekinthető az egészségvédő élelmiszerek elsődleges célcsoportja, a Tudatosan táplálkozóknak csoportja. A klaszter tagjai valószínűleg régebben változtattak táplálkozási szokásaikon, és hosszabb ideje fenntartják azt, mivel nem jellemző rájuk az érzelmi evés. Anyagi helyzetük alapján megengedhetik maguknak akár a prémium kategóriás termékeket is, és ha meggyőzően hat rájuk, meg is vásárolják, mert ők tekinthetők elsődleges élelmiszer beszerzőnek a háztartásban. Valószínűleg ennek a csoportnak a tagjai reagálnak elsőként az egészség hívószóra, velük találkozhatunk életmód klubokban, fitnesz rendezvényeken, szűrővizsgálatokon. Tudományosan megalapozott érvekkel meggyőzhető, és hosszú távon lojális fogyasztók.

Irodalomjegyzék

Bhattoa, H. P. – Balogh Á. (2009): A férfiosteoporosis előfordulási gyakoriságát befolyásoló tényezők és a D-vitamin-ellátottságuk vizsgálata. A Magyar Osteoporosis és Osteoarthropologiai Társaság/MOOT 18. Kongresszusa, *Ca&Csont*, 12, 2, 57–76. o.

- Bíró Gy. (2008): A hazai zsiradékfogyasztás változásának közegészségügyi hatásai. *Élelmezési Ipar*, 62, 5, 137–141. o.
- Cappelleri, J. C. – Bushmakín, A. G. – Gerber, R. A. – Leidy, N. K. – Sexton, C. C. – Lowe, M. R. – Karlsson, J. (2009): Psychometric analysis of the Three-Factor Eating Questionnaire-R21: results from a large diverse sample of obese and non-obese participants. *International Journal of Obesity*, 33, pp. 611–620.
- Cash, T. – Pruzinsky, T. (1990): *Body images: Development, deviance and change*. New York, Guilford Papers.
- Czeplédi E. – Urbán R. – Rigó A. (2009): Elhízás és testképpel való elégedettség. *Magyar Pszichológiai Szemle*, Akadémiai Kiadó, Budapest, 2, 64, 313–337. o.
- Czeplédi E. – Urbán R. (2010): A Háromfaktoros Evési Kérdőív (Three-Factor Eating Questionnaire Revised 21-Item) hazai adaptációja. *Magyar Pszichológiai Szemle*, Akadémiai Kiadó, Budapest, 3, 65, 463–494. o.
- Csányi T. (2010): A fizikai aktivitás és egészség fiatal korban. *Egészségfejlesztés*, 51, 1–2, 43–48. o.
- Frederick, D. A. – Fessler, D. M. T. – Haselton, M. G. (2005): Do representations of male muscularity differ in men's and women's magazines? *Body Image: An International Journal of Research*, 2, 1, pp. 81–86.
- Grogan, S. (2006): Body image and health: Contemporary Perspectives. *Journal of Health Psychology*, 11, 4, pp. 523–530.
- HRQL Group (2002): TFEQ-R21. Manuscript. Göteborg University on-Campus Company, Göteborg, Sweden. In Czeplédi E. – Urbán R. (2010): A Háromfaktoros Evési Kérdőív (Three-Factor Eating Questionnaire Revised 21-Item) hazai adaptációja. *Magyar Pszichológiai Szemle*, Akadémiai Kiadó, Budapest, 3, 65, 463–494. o.
- Lewis, R. J. – Cash, T. F. – Jacobi, L. – Bubb-Lewis, C. (1997): Prejudice toward fat people: The development and validation of the antifat attitudes test. *Obesity Research*, 5, 4, pp. 610–619.
- Probst, M. – Pieters, G. – Vanderlinden, J. (2008): Evaluation of body experience questionnaires in eating disorders in female patients (AN/BN) and nonclinical participants. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 7, pp. 657–665.
- Probst, M. – Vanderlinden, W. – Van Coppenolle, H. – Vanderlinden, J. (1995): The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating Disorders*. 3, pp. 133–144.
- Rácz G. (2013): Az értékek változásának és a fenntartható fejlődés trendjének hatása a hazai ételmiszerfogyasztásra. PhD értekezés, Szent István Egyetem, Gazdálkodás és Szervezéstudományok Doktori Iskola.
- Rodler I. (2008): *Élelmezés- és táplálkozás-egészségtan*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 41–532. o.
- Szakály Z. – Szigeti O. – Sente V. – Sándor J. (2006): *Az egészségtudatos fogyasztói magatartás elemzése a light termékek piacán*. Kaposvári Egyetem GTK – Market&Fact, 1–80. o.
- Túry F. – Szabó P. (2000): *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Szakály Z. (2011): *Táplálkozásmarketing*. Mezőgazda Kiadó, Budapest, 1–202. o. <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/index.html>
- WHO: Integrated WHO Nutrition Global Databases User-defined customized data function.
- WHO: Physical status: The use and interpretation of anthropometry.