

Doktori (PhD) értekezés

HEGYESNÉ GÖRGÉNYI ÉVA

GÖDÖLLŐ

2021



Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem

**AZ EGÉSZSÉGTUDATOSSÁGGAL KAPCSOLATOS MUNKAVÁLLALÓI
MAGATARTÁS, MINT A JÓLLÉT ÉS A VERSENYKÉPESSÉG
TÉNYEZŐJE**

HEGYESNÉ GÖRGÉNYI ÉVA

GÖDÖLLŐ

2021

A doktori iskola

megnevezése: Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem
Szent István Campus, Gödöllő
Gazdaság- és Regionális Tudományi Doktori Iskola

tudományága: Gazdálkodás- és Szervezéstudományok

vezetője: Prof. Dr. H.c. Popp József
egyetemi tanár, az MTA levelező tagja
Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem
Szent István Campus, Gödöllő
Gazdaságtudományi Intézet

Témavezető(k): Prof. Dr. Farkasné Dr. Fekete Mária
egyetemi tanár
Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem
Szent István Campus, Gödöllő
Gazdaságtudományi Intézet

.....
Az iskolavezető jóváhagyása

.....
A témavezető(k) jóváhagyása

TARTALOMJEGYZÉK

1. BEVEZETÉS.....	1
2. CÉLKITŰZÉSEK.....	3
3. IRODALMI ÁTTEKINTÉS	8
3.1. A FENNTARTHATÓ FEJLŐDÉS KONCEPCIÓJÁNAK VÁLTOZÁSA.....	8
3.1.1. Fogalmi lehatárolás, különböző értelmezések	8
3.1.2. A fenntarthatóság közgazdasági szemlélete - gyenge és erős fenntarthatóság	11
3.1.3. A fenntartható fogyasztás	12
3.1.4. Fenntartható fejlődési célok	14
3.2. EGÉSZSÉG ÉS EGÉSZSÉGTUDATOSSÁG	15
3.2.1. Fogalmi lehatárolás, értelmezések	15
3.2.2. Az egészséggel kapcsolatos életminőség mérési lehetőségei	17
3.2.2.1. Az egészséggel kapcsolatos életminőség értelmezése, az életminőségi kutatások fejlődése és az egészség dimenziói	17
3.2.2.2. Az egészséggel kapcsolatos életminőség mutatószámai	19
3.2.3. Krónikus betegségek és kockázati faktorok.....	20
3.3. AZ EGÉSZSÉGTUDATOSSÁG FEJLESZTÉSÉNEK LEHETSÉGES SZINTJEI ÉS KAPCSOLÓDÓ ELMÉLETI MODELLEK	30
3.3.1. Állami, intézményi szint	30
3.3.1.1. Az egészségügyi rendszerek kialakulása és jellemzői.....	30
3.3.1.2. A magyar egészségügyi rendszer teljesítménye	31
3.3.1.3. Az egészségügyi rendszeren belüli hálózatok	32
3.3.2. Vállalati, munkáltatói szint	33
3.3.2.1. A vállalati társadalmi felelősségvállalás (CSR) fogalma és dimenziói.....	33
3.3.2.2. Külső és belső CSR tevékenységek.....	37
3.3.2.3. Munkavállalói elégedettség és hűség	42
3.3.3. Fogyasztói, munkavállalói szint.....	43
3.3.3.1. Motivációs modellek és szükségletelméletek.....	43
3.3.3.2. Az egészséggel kapcsolatos fogyasztói magatartás és döntéshozatal	49
3.4. A KÖZÖSSÉGI MÉDIA HATÁSA ÉS SZEREPE AZ EGÉSZSÉGTUDATOSSÁG FEJLESZTÉSÉBEN	52
3.4.1. Fogalmi lehatárolás – a közösségi média fogalma és kategorizálása	52
3.4.2. A hatékony kommunikáció kulcsa – az üzenetfejlesztés	57
3.4.3. A közösségi média és az egészségtudatosság összefüggése	58
3.5. A TUDÁSMENEDZSMENT ESZKÖZRENDSZERE AZ EGÉSZSÉGTUDATOS DÖNTÉSHOZATALBAN ...	59
3.5.1.1. A tudás alapú gazdaság és tudásmenedzsment térhódítása	59
3.5.1.2. Digitalizáció, mint versenyképességi szempont értékelése	62
4. ANYAG ÉS MÓDSZER.....	64
4.1. SZEKUNDER KUTATÁS FOLYAMATA ÉS MÓDSZERTANA	64
4.2. PRIMER KUTATÁS FOLYAMATA ÉS MÓDSZERTANA	64
4.2.1. A közösségi médiára való nyitottság és egészségtudatosság kapcsolatvizsgálatának folyamata és modellje	66
4.2.2. A munkavállalói jóllétet, elégedettséget és hűséget befolyásoló faktorok kapcsolatvizsgálatának folyamata és konceptuális keretmodellje	67
4.3. A KUTATÁS SORÁN ALKALMAZOTT STATISZTIKAI MÓDSZEREK	72
5. EREDMÉNYEK ÉS AZOK ÉRTELMEZÉSE.....	76

5.1. A KÖZÖSSÉGI MÉDIA KÉPESSÉGVIZSGÁLATÁNAK EREDMÉNYEI.....	76
5.2. AZ EGÉSZSÉGTUDATOSSÁGOT BEFOLYÁSOLÓ EGYÉNI ÉLETMÓDTÉNYEZŐK SZEKUNDER VIZSGÁLATÁNAK EREDMÉNYEI.....	85
5.2.1. Rizikófaktorok szerinti helyzetértékelés.....	85
5.2.2. Életminőség javítására irányuló intézkedések és szolgáltatások	89
5.3. A KVALITATÍV KUTATÁS ELEMZÉSÉNEK EREDMÉNYEI	94
5.4. A KÉRDŐÍVES FELMÉRÉS DEMOGRÁFIAI ELEMZÉSÉNEK EREDMÉNYEI	96
5.5. A KÖZÖSSÉGI MÉDIA EGÉSZSÉGTUDATOSSÁGOT FEJLESZTŐ HASZNÁLATÁRA VALÓ FOGYASZTÓI NYITOTTSÁG ELEMZÉSÉNEK EREDMÉNYEI	97
5.5.1. Az életmód és a közösségi média használat vizsgálata	97
5.5.2. Igazoló faktoranalízis	100
5.4.3. A közösségi média egészséggel kapcsolatos használatára való nyitottság vizsgálata.....	102
5.4.4. A klaszteranalízis eredményei	105
5.6. PLS-SEM ELEMZÉS EREDMÉNYEI	109
5.6.1. A modellben szereplő faktorok és indikátorok	109
5.6.2. PLS-SEM eredmények, útvonalelemzés és hipotézistesztelés	112
5.6.2.1. A külső, mérési modell értékelése és validálása.....	113
5.6.2.2. A belső, strukturális modell értékelése és validálása	117
5.6.3. A modell eredményeinek értelmezése, közvetlen hatások vizsgálata.....	118
5.7. A VIZSGÁLATI SZINTEK ÖSSZEKAPCSOLÁSA – TUDÁS ALAPÚ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI KERETMODELL	122
6. KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK.....	124
7. ÚJ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK	127
8. ÖSSZEFOGLALÁS.....	129
9. EXECUTIVE SUMMARY.....	131
MELLÉKLETEK.....	133
M1. IRODALOMJEGYZÉK	133
M2. ÁBRAJEGYZÉK	154
M3. TÁBLÁZATJEGYZÉK	156
M4. KVALITATÍV KUTATÁS – MÉLYINTERJÚ BESZÉLGETÉSVÁZLAT	157
M5. KVALITATÍV KUTATÁS – FÓKUSZCSONPORTOS BESZÉLGETÉSEK FORGATÓKÖNYVE (MODERATOR GUIDE)	158
M6. A MÉLYINTERJÚKON ÉS FÓKUSZCSONPORTOKON RÉSZTVEVŐK ADATAI.....	160
M7. KVANTITATÍV KUTATÁS – KÉRDŐÍV	161
M8. A KÖZÖSSÉGI MÉDIA KÉPESSÉGVIZSGÁLATA.....	167
M9. TARTALOMELEMZÉS EREDMÉNYE	179
M10. KÉRDŐÍVES FELMÉRÉS DEMOGRÁFIAI HÁTTÉREREDMÉNYEI	180
M11. A KÖZÖSSÉGI MÉDIA EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ HASZNÁLATÁRA VALÓ NYITOTTSÁG ELEMZÉSÉNEK HÁTTÉREREDMÉNYEI.....	183
M12. PLS-SEM ELEMZÉSHEZ TARTOZÓ HÁTTÉREREDMÉNYEK	188
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	193

1. BEVEZETÉS

A kutatási téma jelentősége, aktualitása

A 21. század új kihívások elé állította társadalmunk tagjait, nem csupán egyéni, hanem vállalati és állami szinteken is. A verseny minden ágazatban növekszik, ezért kulcsfontosságúvá válik az alapvető versenytényezők beazonosítása. A vállalatok stratégiájában egyre inkább előtérbe kerül a társadalmi tőke, és ezáltal egyre nagyobb hangsúly tevődik az emberre, mint kiemelt erőforrásra. A humán erőforrás szerepének növekedése megfigyelhető az erre irányuló kutatások számának bővülésében is, amelyek azonban elsősorban a hatékonyság növelésének lehetőségeit vizsgálják, és kevesebb hangsúlyt fektetnek az egészségmegőrzésre, mint a jóllét, a fenntartható jövő egyik kulcstényezőjére.

Az utóbbi évtizedekben két párhuzamos folyamat figyelhető meg: egyrészt a fenntartható fejlődés kérdéskörének változása, másrészt a 4. ipari forradalom vívmányainak előtérbe kerülése és térhódítása.

Napjainkban a fenntartható fejlődés koncepciója lényegesen változott, a termelés és erőforrások optimális használatának kérdésköre mellett a figyelem egyre inkább a szociális pillérre, vagyis a társadalmi jólétre, annak megőrzésére, emelésére irányul. A jólét kulcsa pedig az egészség, az egészségtudatos magatartás. Ezen célok eléréséhez azonban szükséges a gazdaság minden szereplőjének a hozzájárulása: a fogyasztási minták fenntartható irányba való terelése elképzelhetetlen például az oktatás és tudatformálás nélkül, ezáltal nagyon fontos a fogyasztók szokásainak egészségtudatos irányba történő megváltoztatása.

Ezzel párhuzamosan a 4. ipari forradalom is gyökeresen változtatja át az eddig ismert hatásmechanizmusokat – az olyan új technológiák, mint például a robotika vagy mesterséges intelligencia tudás- és tőkeigényesek, ezáltal átalakításra kényszerítik a vállalati menedzsment gondolkodását, és kihívások elé állítják a humán erőforrás menedzsmentet is. Egyrészt az Internet villámgyors fejlődésének és elterjedésének, másrészt a fogyasztók egyre tudatosabb magatartásának köszönhetően a tudatosság-vizsgálatok, valamint a tudás alapú döntéstámogató rendszerekkel kapcsolatos fejlesztések is egyre nagyobb teret hódítanak maguknak. A tudás mára stratégiai erőforrássá vált, és meghatározó szerepet tölt be az élet különböző területein, legyen szó oktatásról, innovációról, különböző fejlesztési folyamatokról és ezáltal magáról a gazdasági növekedésről. A folyamatosan és néha rapszodikusan változó üzlet környezetnek, a globalizáció és digitalizáció hatásainak köszönhetően a vállalatok életében hatalmas kihívást jelent az, hogy a tudás megfelelő hasznosításán keresztül versenyképesek tudjanak maradni a 21. században is. Azáltal, hogy a tudás alapú gazdaság, információgazdaság egyre inkább a figyelem középpontjába kerül, a különböző információs és kommunikációs technológiák (IKT eszközök és módszerek) használatának jelentős befolyása van mind a lakosság, mind a vállalatok életében. Ebben az új gazdasági környezetben az IKT eszközök és a különböző online applikációk – mint például a közösségi média – megjelenése bizonyítja, hogy teljesen más gondolkodásmód és stratégiaalkotás szükséges a vállalatok kommunikációjában is.

A fenntartható jólét vállalati szintű megvalósulását általában a CSR (Corporate Social Responsibility: vállalati társadalmi felelősségvállalás) tevékenységekkel azonosítják. A CSR, mint a folyamatosan fejlődő humán erőforrás-menedzsment innovatív része, a társadalmi és környezettudatos üzleti szervezetekben mára már bevett gyakorlattá vált. A külső CSR-tevékenységek területe ugyan jobban kutatott, azonban a közelmúltban – elsősorban a jelenleg tapasztalható társadalmi és gazdasági kihívások (munkaerőhiány, a képzett munkaerő elvándorlása, COVID-19 világjárvány) miatt – egyre nagyobb figyelmet kapnak az úgynevezett belső CSR-tevékenységek is, mint például a munkahelyi egészségfejlesztés. Mindemellett egyre nagyobb szükség van annak megértésére is, hogy a munkáltató munkavállalói egészség és jólét fejlesztésének irányába tett erőfeszítései hogyan befolyásolják munkavállalóik valódi jólétét,

elégedettségét és a munkáltatóval szembeni hűségét. Az egészséges és elégedett munkavállalóból ugyanis hűséges alkalmazott válhat, és ez a munkaerő alacsonyabb elvándorlását, jobb vállalati kultúrát, összetartóbb közösséget, ezáltal jobb vállalati teljesítményt, termelékenységet és fokozott versenyképességet eredményez. Mindazonáltal, valós veszély fenyegeti a munkaerőpiacot a szakképzett munkavállalók elvándorlása miatt is, különösen Kelet-és Közép-Európában (BITE et al., 2020), melyre hatékony megoldás lehet a munkaerő megtartására irányuló CSR tevékenység. A társadalmilag felelős vállalat olyan előnyöket élvezhet versenytársaival szemben, mint a megnövekedett termelékenység és versenyképesség, a vállalati hírnév és imázs javulása, valamint az érdekeltek hűségéből fakadó jelentős költségmegtakarítás, jobb szervezeti teljesítmény és a munkavállalók innovatív viselkedése (GROSSMEIER et al., 2016; SANDERS et al., 2010; DUNAY et al., 2021; LI et al., 2021). A munkavállalói hűség a stratégiai humán erőforrás-menedzsment kulcsfontosságú kérdésévé vált; a hangsúly a toborzás helyett egyre inkább a munkavállalók megtartására irányul.

Ahhoz azonban, hogy az egészséget megőrizzük, egészségtudatos magatartás szükséges egyéni szinten az embertől is, mint fogyasztótól. Az egészségfejlesztés, a betegségmegelőzés fejlődése, illetve a különböző táplálkozási és egészségügyi kutatások eredményei is alátámasztják, hogy az utóbbi időszakban alapvetően változnak meg a fogyasztók igényei és szokásai is, az egészség trendje egyre nagyobb figyelmet kap. A fogyasztói magatartásra napjainkban jelentős hatás gyakorol a közösségi média használata, ezáltal kardinális kérdés, hogy az egészségtudatosság fejlesztési lehetőségeinek vizsgálata során foglalkozzunk ezzel a területtel is – nevezetesen: mi a pontos hatásmechanizmus, hogyan lehet felhasználni a közösségi médiát az egészségtudatosság fejlesztésére.

A témában történő elmélyülés lehetőséget biztosít olyan kérdések vizsgálatára is, mint például a negatív környezeti változások hatása az egészségre, a fogyasztók egészségtudatosságára, illetve ezen keresztül a fogyasztói magatartásukra, vagy a népesség egészségi állapotának jelentősége a fenntartható fejlődés szempontjából. Az egészségtudatosság, mint társadalmi fenntarthatósági tényező fejlesztése a következő három szinten valósítható meg:

1. állami vagy intézményi szint - az egészségügyi rendszeren belüli hálózatokon, az egészségpolitikán, egészségügyi rendszeren és az intézkedéseken keresztül;
2. vállalati vagy munkáltatói szint - az emberi erőforrás menedzsmentjén keresztül, elsősorban belső CSR tevékenységeken, például a munkahelyi egészségfejlesztésen alapulva
3. fogyasztói vagy munkavállalói szint (attitűdök, motívumok, szokások).

A tudatosságfejlesztés legnagyobb akadályának a tudás, ismeret hiányát tartom, ezért egy, a jelentőségében egyre növekvő területhez, a tudásmenedzsmenthez és a hozzá kapcsolódó eszközökhöz és módszerekhez fordultam, ezáltal egy új aspektusból is megvizsgálva a kutatási területet, és modellt alkotva az egészségtudatosság fejlesztésének lehetséges irányaihoz.

2. CÉLKITŰZÉSEK

A kutatás fő célja, hogy a szakirodalom alapján meghatározott háromféle szint (állami vagy politikai döntéshozatali szint, vállalati vagy üzleti szint, fogyasztói szint) szerint megvizsgálja és értékelje az egészségtudatossággal kapcsolatos jelenlegi helyzetet, és segítséget nyújtson az egészségtudatosság fejlesztésének lehetséges irányában és módszertanának fejlesztésében, különös tekintettel a vállalatok által nyújtott juttatásokon és a közösségi médián keresztül. A disszertáció témáját tekintve az egyes részekhez nagyszámú irodalom kapcsolódik, azonban a korábbi kutatások nem összetett rendszerként tekintenek a témára, hanem különálló egységeként vizsgálják az egészségtudatosság bizonyos részeit, a közösségi média használatot és a tudásmenedzsmentet. Mindemellett a munkahelyi egészségfejlesztés témakörében végzett kutatások még elég marginálisak, a munkahelyi elégedettségre és hűségre gyakorolt hatásuk vizsgálatát pedig ilyen összetett módon még nem végezték el. A témában végzett előzetes irodalomkutatás és tényfeltárás során ezeket a területeket azonosítottam olyan kutatási részként, melyet érdemes megvizsgálni, annak érdekében, hogy a disszertációm a szakterület továbbfejlesztésében hiánypótló legyen. A primer kutatás legfontosabb célja a fogyasztók egészségtudatossággal kapcsolatos attitűdvizsgálata a közösségi média eszközein keresztül a fenntartható fejlődés tükrében, valamint a munkavállalói elégedettség és hűség viszonyában. A kutatás újszerűsége a komplexitásában rejlik, ezáltal a disszertáció célja a kutatási téma minél komplexebb bemutatása a három vizsgálati szinten keresztül, azonban az empirikus, primer kutatás elsősorban a vállalati (munkáltatói) és a fogyasztói (munkavállalói) oldalra fókuszál. A fentiek alapján az alábbi célkitűzéseket fogalmaztam meg:

Szekunder kutatáshoz kapcsolódó célok:

C1: Szisztematikus szakirodalmi feldolgozás az elméleti háttér leírására, a fenntartható fejlődés tükrében vizsgált egészségtudatossággal kapcsolatos fogyasztói magatartás, illetve az egészségmegőrzéssel és egészségfejlesztéssel kapcsolatos kutatási terület legfontosabb tudományos eredményeinek különböző nézőpontok szerinti bemutatása, elemzése és kritikai értékelése.

A kapcsolódó hazai és nemzetközi szakirodalom feldolgozása, az eddigi irodalmi áttekintés kibővítése a közösségi médiával, egészségtudatossággal, illetve fenntartható fejlődéssel kapcsolatban. A nemzetközi szakirodalom feldolgozása során elsősorban az angol nyelvű irodalmi áttekintésre és adatfeldolgozásra fókuszálok, azonban a kutatási területet kiterjesztem a releváns német és francia nyelvű publikációk áttekintésére is, mivel tapasztalataim alapján az adott témában előfordulhat, hogy az elért eredmények első körben saját anyanyelven kerülnek publikálásra. A szakirodalmi kutatás során az interdiszciplináris és multidiszciplináris megközelítések alkalmazására törekedtem.

Kutatási kérdések:

- Mit jelent az egészségtudatos fogyasztói magatartás? Melyek a társadalmi fenntarthatóság és az egészségtudatosság globális jellemzői és az utóbbi évtizedekben végbemenő folyamatok milyen hatással vannak a magyar fogyasztók / munkavállalók viselkedésére?
- Hogyan függ össze, illetve milyen mértékben válik el egymástól az egészségtudatosság fogalma és a fenntartható fejlődési célkitűzések, a társadalmi felelősségvállalás, valamint a vállalati társadalmi felelősségvállalás fogalma?
- Melyek az egészségmegőrzés és egészségfejlesztés megvalósulásának lehetőségei makro és mikro szinten?
- Mit tehetnek az egyének és a vállalatok az ember, mint kiemelt erőforrás egészségtudatosságának fejlesztése érdekében?

C2: A közösségi média részletes képességvizsgálata

A képességvizsgálat során feltárásra, osztályozásra és elemzésre kerülnek a különböző közösségi média csatornák és platformok, valamint ezek előnyei, hátrányai, a velük kapcsolatos úgynevezett „jó gyakorlatok”. A képességvizsgálat segítségével többek között megvizsgálom a tudásmenedzsment eszközök és módszerek alkalmazásának lehetőségét és lehetséges hatását is a fogyasztó magatartás befolyásolásában.

Kutatási kérdések:

- Milyen lehetőségei és korlátai vannak a közösségi média használatának a fogyasztók egészségtudatosságának fokozása tekintetében?
- Milyen platformok állnak rendelkezésre, és ezen platformok tekintetében mik az úgynevezett „jó gyakorlatok” a hatékony üzenetátadás folyamatában és érdekében?
- Milyen összefüggéseket lehet felfedezni a közösségi média és az egészségtudatosság között?

A kutatási kérdések megválaszolásához az alábbi hipotézisből indultam ki:

H1: *A közösségi média hatékony eszköz az információk átadására, azonban veszélyforrást is jelent, ha az egészségmegőréssel és betegségmegelőzéssel kapcsolatos információk nem kontrolláltak.*

A kutatás módszertana: irodalomkutatás, képességvizsgálat, szekunder adatgyűjtés, SWOT analízis.

C3: Az állami, politikai döntéshozatali szinthez kapcsolódóan az egészségügyi rendszeren belüli hálózatoknak (elsősorban a transzmissziós hálózatok, valamint a betegek köré épülő társadalmi háló), illetve a különböző hálózatokban zajló folyamatoknak a jobb megismerése.

Az információ mennyiségének növekedése és az információáramlás felgyorsulása következtében egyre fontosabbá válnak az úgynevezett tudás alapú megoldások, a tudásmenedzsment eszközei és módszerei. Mindemellett az is megfigyelhető, hogy az információ létrehozása, megosztása, rendszerezése egyre inkább hálózatosodottá válik, amely megfigyelhető az egészségügyi rendszerekben is, ezáltal egészségtudatosságot befolyásoló tényezővé válik a politikai döntéshozatali szinten. A dolgozat célja ezen hálózatok feltárása és a különböző hálózatok szerepének meghatározása a hatékony üzenetátadás tekintetében.

Kutatási kérdések:

- Melyek azok a tényezők és folyamatok, amelyek az egészségügyi rendszereken belüli hálózatok létrejöttében jelentős szerepet játszottak és milyen hatással van ez az állami, politikai döntéshozatali szintre?
- Milyen hatással van az egészségügyi hálózatosodás az információ hatékony átadására a fogyasztók tekintetében?

C4: Az egészséggel kapcsolatos életminőség feltárása, a politikai döntéshozatali és intézményi szint hatékonyságának értékelése az egészségügyi rendszerek és egészségpolitikai intézkedések összehasonlításával.

Kutatási kérdések:

- Milyen módon lehet mérni az egészséggel kapcsolatos életminőséget?
- Melyek azok az egészségügyi kockázati faktorok, amelyek jelentős szerepet játszanak az életminőségünk, jóllétünk alakulásában? Hogyan lehet ezeket a

faktorokat befolyásolni az állami döntéshozatali szinten az egészségpolitika alakításával?

- Milyen összefüggéseket és különbségeket lehet találni az egyes országok egészségpolitikájában gazdasági fejlettségüktől függően, különös tekintettel a foglalkoztatásra és gazdasági növekedésre? Mi jellemzi a hazai gyakorlatot?

Ezen kutatási kérdések megválaszolására az alábbi hipotézist fogalmaztam meg:

H2: *A 4. ipari forradalom hatására a fenntartható fejlődés koncepciója révén, illetve a COVID-19 világjárvány okozta egészségügyi kihívások miatt, az utóbbi időszakban megnövekednek a betegségek megelőzésére és életminőség javítására irányuló szolgáltatások, amelyek hatást gyakorolnak a foglalkoztatási és gazdasági struktúrára, valamint gazdasági növekedésre.*

A kutatás módszertana: leíró statisztika, irodalomtanulmányozás, szekunder adatgyűjtés.

Empirikus kutatással kapcsolatos célkitűzések:

C5: A fogyasztók közösségi média használati szokásai az egészségtudatossággal, fenntartható fejlődéssel kapcsolatban és részletes fogyasztói attitűdvizsgálat a jelenlegi életmódjukkal kapcsolatban – kvalitatív és kvantitatív marketingkutatási eszközök segítségével.

A fogyasztói szinthez kapcsolódó fogyasztói modell kialakítása, amely bemutatja az egyes szocio-demográfiai tényezők, a jelenlegi életmóddal kapcsolatos faktorok, illetve a közösségi média egészséggel kapcsolatos információszerezésre irányuló használatára való nyitottság közötti összefüggéseket. A modellhez kapcsolódó hipotézisek tesztelése, az adatok feldolgozása és értékelése különböző egy- és többváltozós matematikai és statisztikai módszerekkel történik.

Kutatási kérdések:

- Mennyire elterjedt Magyarországon a különböző közösségi média alkalmazások használata, különös tekintettel az egészséggel, egészségtudatossággal kapcsolatban?
- Melyek azok a szocio-demográfiai tényezők, amelyek befolyásolják a közösségi média egészségtudatosságot építő használatára való nyitottságunkat?
- Milyen különbséget lehet felfedezni a magyar fogyasztók/munkavállalók között a közösségi média egészségtudatosságot fejlesztő használatára vonatkozó nyitottságuk alapján?
- Melyek azok a faktorok, amelyek elsődlegesen meghatározzák a felhasználói nyitottságot a közösségi média alkalmazásokat használók között az egészségtudatosságuk növelése irányába?

A célkitűzéshez kapcsolódó kutatási kérdések megválaszolásához az alábbi hipotézisből indultam ki:

H3: *A szocio-demográfiai tényezők befolyásolják az egészségtudatos fogyasztói magatartás közösségi médián keresztüli növelésének lehetőségét a nyitottságon keresztül.*

H4: *A jelenlegi életmódhoz kapcsolódó faktorok jobban befolyásolják a nyitottságot a közösségi média egészségtudatosságot építő használatára, mint a szocio-demográfiai tényezők.*

H5: *A közösségi média alkalmazásokat használók között meghatározhatók olyan homogén csoportok, melyek alkalmasak arra, hogy a válaszadókat jellemezni lehessen fogyasztói attitűdjük alapján.*

A kutatás módszertana: kvalitatív kutatási eredményeken alapuló kvantitatív kutatás kérdőíves megkérdezéssel, faktoranalízis, klaszterelemzés.

C6: A vállalati szinthez kötődve az egészséggel kapcsolatos munkavállalói juttatások szerepének vizsgálata a munkavállalói jóllét, elégedettség és hűség kialakulásában, illetve növelésében.

A vállalati szinthez kapcsolódóan célom egy olyan konceptuális keretmodell kialakítása, mely tartalmazza a legfontosabb, egészséggel kapcsolatos munkahelyi juttatásokat különböző faktorokba rendszerezve, majd a faktorok mentén feltárássra kerülnek a juttatások munkavállalói jóllétre, elégedettségre és hűségre gyakorolt közvetlen hatásai. A kapcsolódó hipotézisek tesztelése, az adatok feldolgozása többváltozós statisztikai és matematikai módszerek segítségével történik.

Kutatási kérdések:

- A munkavállalói elégedettséget befolyásoló, munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos juttatások (mint tipikus sikertényezők) milyen jelentőséggel bírnak a munkavállalók szemszögéből a hazai gyakorlatban?
- Melyek a legfontosabb tényezők, melyek képesek befolyásolni a munkavállalók elégedettségét, és jóllétét?
- Melyek a munkavállalói hűséget alakító tényezők és mekkora ezen faktorok hatásának erőssége?

A munkáltatói szint mérésére irányuló célkitűzéssel kapcsolatos kutatási kérdések megválaszolására az alábbi hipotéziseket fogalmaztam meg:

H6: *A munkavállalói jóllétet befolyásoló, egészségfejlesztéssel kapcsolatos faktorok két csoportba rendezhetők aszerint, hogy a munkavállaló a saját vagy a munkáltató felelősségi körének tekinti az adott juttatást, de ezek mindegyike pozitívan befolyásolja a jóllétet.*

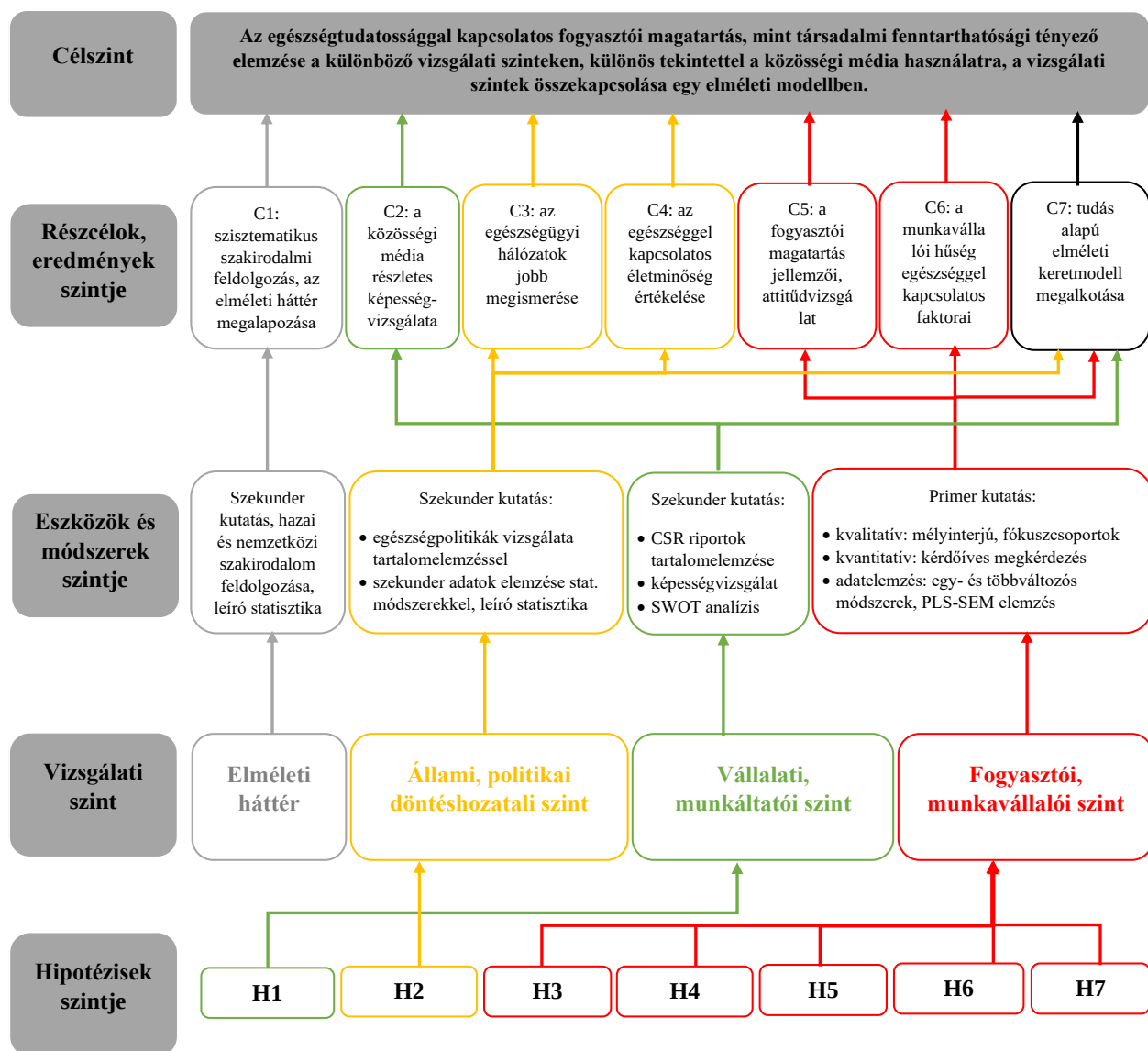
H7: *A munkavállalói hűséget a munkavállalói elégedettségen keresztül befolyásoló faktorok közül a külső kontroll tényezők, a megelőzés és rehabilitáció elsődleges a hűség növelése szempontjából.*

A kutatás módszertana: kvalitatív kutatási eredményeken alapuló kvantitatív kutatás kérdőíves megkérdezéssel, PLS-SEM analízis.

C7: A különböző szinteken kirajzolódó eredmények elemzése, következtések levonása, javaslattevél az egészségtudatossággal kapcsolatos kommunikáció hatékonyságának növelésére, a hatékony tudásmenedzsmentre a fenntartható fejlődés tükrében.

Ezen belül saját modell készítése a három vizsgálati szint (állami, vállalati, fogyasztói szint) kapcsolatrendszerének jellemzésére és szintetizálására.

A célkitűzések, hipotézisek és kutatási módszerek összefüggésrendszerét, a disszertáció céljainak célján történő ábrázolását az 1. ábra mutatja.



1. ábra: Kutatási célok és hipotézisek összefüggésrendszere
 Forrás: saját szerkesztés

3. IRODALMI ÁTTEKINTÉS

3.1. A fenntartható fejlődés koncepciójának változása

3.1.1. Fogalmi lehatárolás, különböző értelmezések

A szűkösség problémája már évtizedekkel ezelőtt megjelent a közgazdasági kutatások témájaként, elsősorban a természeti erőforrásokkal kapcsolatos vizsgálatokban. 1972-ben MEADOWS a szerzőtársaival együtt publikált *Növekedés határai* című műben úgy fogalmazott, hogy modellszámításai alapján az emberiség fennmaradásához szükséges anyag- és energiaforrások néhány generáció múlva kimerülhetnek. Munkájukban emellett arra is felhívták a figyelmet, hogy a Föld egyre növekvő népességét egyre nehezebb lesz megfelelő minőségű és mennyiségű ivóvízzel és élelemmel ellátni (MEADOWS et al, 1972). A megoldást ugyan ők még elsősorban a gazdasági növekedés korlátozásában látták, munkájuk már rávilágított arra, hogy a problémával tudományos szinten is foglalkozni kell, ami további szakmai vitákat gerjesztett, és újabb modellek, megoldási lehetőségek kidolgozását is ösztönözte. 1983-ban megkezdte működését az ENSZ Közgyűlés határozata alapján az ENSZ Környezet és Fejlődés Világbizottsága is.

Habár a téma a fentieknek köszönhetően már bekerült a köztudatba, a fenntartható fejlődés definícióját azonban csak jóval később, a Világbizottság munkájának eredményeképpen, az úgynevezett Brundtland jelentésben („Közös Jövőnk” címmel) határozták meg először 1987-ben. A jelentés röviden és tömören, az alábbiak szerint határozza meg a fenntarthatóság fogalmát: "a fenntartható fejlődés olyan fejlődés, amely kielégíti a jelen szükségleteit, anélkül, hogy veszélyeztetné a jövő nemzedékek esélyét arra, hogy ők is kielégíthessék szükségleteiket" (WCED, 1987). Az ENSZ által 1992-ben megrendezett, a Környezet és Fejlődés Világkonferenciáján elfogadásra került az úgynevezett Riói Nyilatkozat is, melynek értelmében a termelést, a fogyasztást és a népesedéspolitikát is a fenntartható fejlődés céljainak és követelményeinek kell alárendelni (RIBIZSÁR, 2012). A világkonferenciát követően, 1993-ban alakult meg az ENSZ Fenntartható Fejlődés Bizottsága az ENSZ program végrehajtásának koordinálására. Számos hazai és nemzetközi publikáció és kutató a Brundtland riportban megfogalmazott definíciót használja munkája során (CAMPAGNA et al., 2017; DING et al., 2016; TUPENAITE et al., 2017), azonban egyre inkább jelennek meg az eredetitől kisebb vagy nagyobb mértékben eltérő fogalmi meghatározások is. Az 1. táblázat alapján láthatjuk, hogy a fenntartható fejlődés koncepcióját sokan sokféleképp értelmezik – vannak három-négy és akár többdimenziós modellek is, mikor a téma szakirodalmát elemezzük, azonban a három alappillér (gazdasági, társadalmi és természeti) minden esetben megjelenik. Az is tisztán látszik, hogy az egészség és egészségtudatosság megjelenése egyre jelentősebb szerepet játszik a fogyasztói oldalról történő fogalom értelmezések esetében. Mivel a disszertációm lényeges eleme, hogy bemutassa az összefüggéseket az egészségtudatos magatartás, a fenntartható fejlődés, valamint a társadalmi felelősségvállalás kapcsán, ezért a fogalmak értelmezésénél arra törekedtem, hogy bemutassam az elmúlt évtizedek fejlődését, hogyan épült bele a fent említett fenntarthatósági alapdefinícióba az egészségtudatosság, és hogyan került át a hangsúly az erőforrás felhasználás oldaláról egyre inkább a fogyasztói oldalra (1. táblázat).

1. táblázat: A fenntartható fejlődés fogalmi lehatárolása

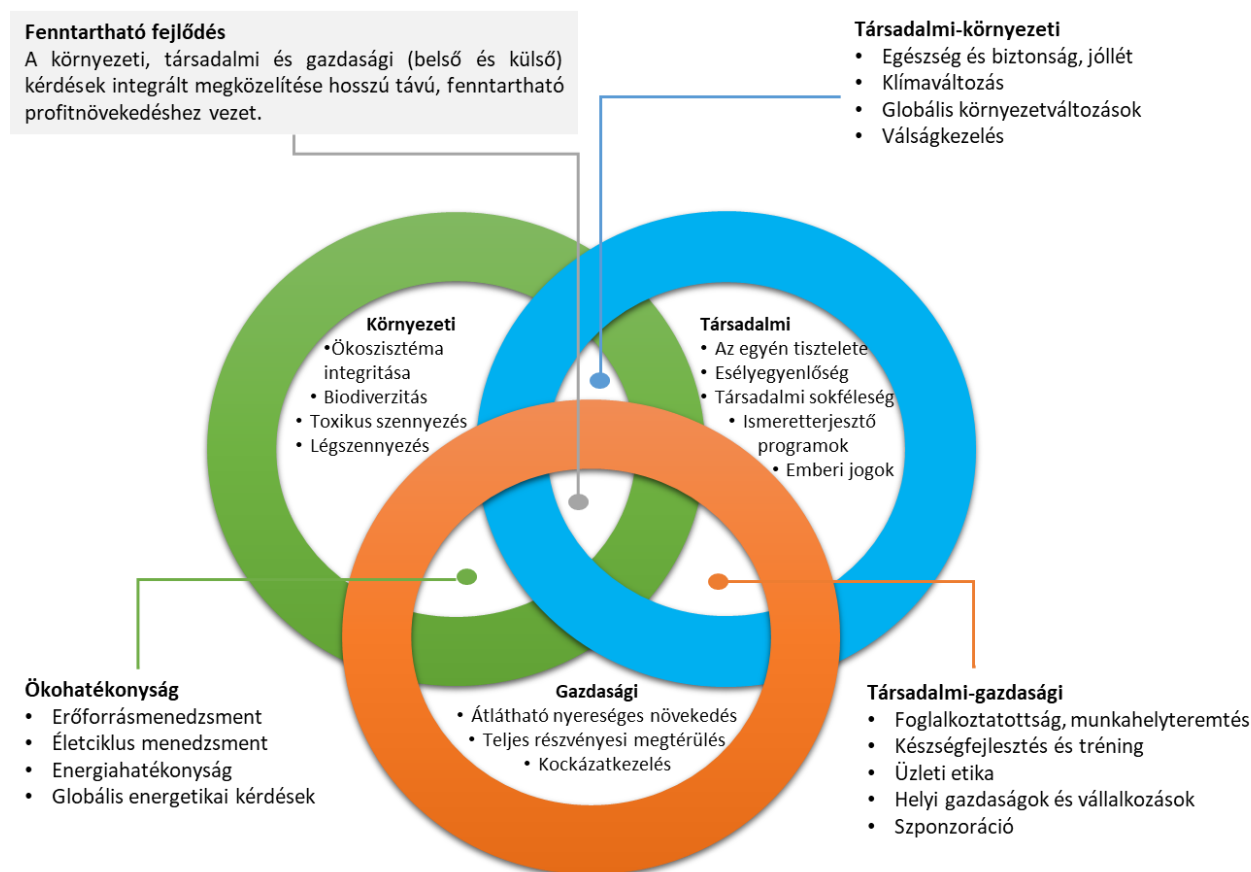
Kiindulási pont	Koncepció megjelenése	Fogalom	Dimenziók
 Termelés és erőforrás felhasználás	WCED, 1987	„A fenntartható fejlődés olyan fejlődés, amely kielégíti a jelen szükségleteit, anélkül, hogy veszélyeztetné a jövő nemzedékek esélyét arra, hogy ők is kielégíthessék szükségleteiket.”	3 dimenziós modell

	DALY, 1996	„A fenntartható fejlődés a folytonos szociális jólét elérése, anélkül, hogy az ökológiai eltartó-képességet meghaladó módon növekednénk.”	3 dimenziós modell
	HOLDEN et al., 2014	A fenntartható fejlődés az alábbi dimenziókat jelenti: a hosszú távú ökológiai fenntarthatóság megőrzését, az alapvető emberi szükségletek kielégítését, az azonos generációkon belüli, valamint a generációk közötti méltányosság előmozdítását.	4 dimenziós modell
	DALY, 2007	Előző munkásságát kiegészítve a dimenziókat úgy értékelte, mint alapvető objektív értékek, nem pedig szubjektív egyéni preferenciák.	4 dimenziós modell
	VILÁG TUDOMÁNYOS AKADEMIÁJA	A fenntarthatóság az emberiség jelen szükségleteinek kielégítése, a környezet és a természeti erőforrások jövő generációk számára történő megőrzésével egyidejűleg	3 dimenziós értelmezés
	CRITTENDEN et al., 2011	A fenntarthatóság egy jól meghatározott magatartás végtelenségig történő folytatásának képessége, a természeti, emberi és intellektuális erőforrások romlása nélkül.	3 dimenziós modell
Fogyasztói oldal	HØYER, 2000	Olyan másodlagos dimenziókat is meghatározott (alárendelve az elsődleges dimenzióknak), mint a természet belső értékének megőrzése, a környezetvédelem elősegítése, illetve a gazdasági szereplők részvétele ebben, valamint a javuló életminőségre való törekvés.	3 elsődleges + 4 másodlagos dimenzió
	JILCHA és KITAW, 2017	Munkájukban az eredetiek mellett három további pillért határoztak meg, mint elsődleges dimenziók, így a modelljük szerint az alábbi pillérek alkotják a fenntartható fejlődés alapját: társadalmi, gazdasági, környezeti, technológiai, kulturális és politikai pillérek.	6 dimenziós modell
	CONOCO-PHILLIPS COMPANY, 2006	A három alapidimenzió közös metszeteit is értelmezi: a társadalmi-gazdasági (pl. munkahelyteremtés, készségfejlesztés, üzleti etika stb.), társadalmi-környezeti (pl. egészség és jólét, globális környezetváltozások, válságmenedzsment stb.) valamint az ökohatékonyaság (pl. életciklus menedzsment, erőforrás menedzsment stb.) aldimenziókat	3 + 3 dimenziós modell

Forrás: saját szerkesztés

A számos különböző meghatározás ellenére egyértelmű, hogy a fenntarthatóságot leginkább a jól ismert környezeti, gazdasági és társadalmi aspektusok mentén vizsgáljuk, azonban az utóbbi időben már fogyasztási oldalról is történnek kutatások. Ennek következtében már az alapidimenzióknak a közös metszeteit is értelmezzük – a társadalmi-gazdasági (pl. munkahelyteremtés, készségfejlesztés, üzleti etika stb.), társadalmi-környezeti (pl. egészség és jólét, globális környezetváltozások, válságmenedzsment stb.) valamint az ökohatékonyság (pl. életciklus menedzsment, erőforrás menedzsment stb.) aldimenziókat (CONOCOPHILLIPS COMPANY, 2006).

A 2. ábra részletesen bemutatja az utóbbi évtized továbblépését, és az eredeti koncepció továbbfejlesztett változatában ismerteti az egyes dimenziókat, illetve a fent említett aldimenziókat:



2. ábra: A fenntarthatóság alappillérei

Forrás: saját szerkesztés BARCAN (2016) és CONOCOPHILLIPS COMPANY (2006) alapján

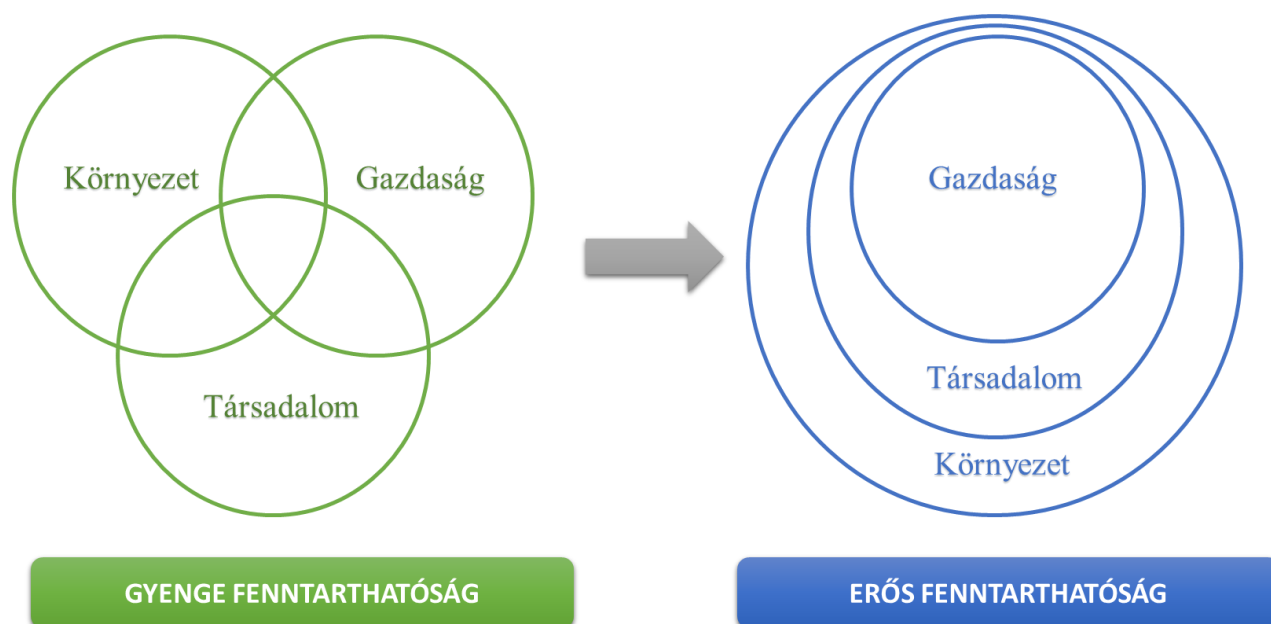
A fenntartható fejlődés vizsgálata során az egyes teendők és feladatok kialakításakor nagyon fontos, hogy olyan megközelítéseket és stratégiákat alkalmazzunk, amelyek a hosszú távú fenntarthatóságot célozzák (SHEDIAC-RIZKALLAH és BONE, 1998). Mivel a dolgozat fókuszában az egészségtudatosság áll, ezért a modernebb megközelítést, a fogyasztói oldal vizsgálatát, illetve a fogyasztásból történő kiindulópontot tekintem a témához közelebb állónak. Egyértelműen látszik ugyanis, hogy minden aldimenzió hat az eredeti koncepcióban meghatározott pillérekre, amelyek mintegy körkörös folyamatként szintén visszahatnak az egyes aldimenziókra. Ha például azt nézzük, hogy az egészséges táplálkozás ösztönzése révén több gyümölcsöt és zöldséget kellene fogyasztanunk, a népesség robbanásszerű növekedése következtében azonban ehhez egyre többet kellene termelnünk, amely többek között megnövekedett vízigénnyel és földterület-használattal is jár, akkor láthatjuk, hogy ennek nem csupán környezeti következményei lesznek, hanem gazdasági költségvonzattal is társul, mialatt a társadalom hozzáállását is formálhatja.

3.1.2. A fenntarthatóság közgazdasági szemlélete - gyenge és erős fenntarthatóság

Amennyiben az eredeti koncepcióból indulunk ki, és a pillérek egymás közötti viszonyát vizsgáljuk, megállapítható, hogy napjainkban a fenntartató fejlődésnek két különböző megközelítése vagy értelmezése létezik: az előzőekben ismertetett pillérek közötti viszonytól függően beszélhetünk gyenge (a pillérek egyenlő súlyúak, nem csökkenthet a környezeti tőke) illetve erős fenntarthatóságról (a pillérek nem egyenlő súlyúak). (3. ábra).

Általánosságban elmondható, hogy a gyenge fenntarthatóság paradigmájának gondolata magában foglalja a gazdasági érték elvét, és neoklasszikus közgazdaságtani alapokon nyugszik, míg az erős fenntarthatóság biofizikai alapelveken alapul, természettudományokból fejlődött ki. A szakirodalomban a gyenge fenntarthatósággal kapcsolatban az az alapfeltevés, hogy a gazdasági és természeti tőkét egyenlő mértékben veszik figyelembe a döntéshozatali folyamatban, azok egymással szabadon helyettesíthetők. Ez a felfogás tehát azt feltételezi, hogy a természeti tőke és az előállított tőke alapvetően helyettesíthető, ezáltal nincs lényeges különbség az általuk létrehozott jólét fajtái között. A korlátlan helyettesíthetőségből következően az a lényeg, hogy a tőkeállomány ne csökkenjen, vagyis az összítőke értéke változatlan maradjon, függetlenül attól, hogy milyen típusú tőkéről is van szó, mesterséges vagy természetes tőkéről.

Ezzel szemben az erős fenntarthatóság hívei szerint a természeti javakat nem végtelenül, hanem csak korlátozott mértékben lehet gazdasági tőkével helyettesíteni. Ebben az esetben kiemelten fontos a teljes természeti tőke megőrzése (ENSZ, 2013).



3. ábra: A fenntarthatóság két megközelítése

Forrás: saját szerkesztés HART (2017) alapján

PELENC et al. (2015) MANCEBO (2013) munkássága alapján összegyűjtötték és kategorizálták a legfőbb különbségeket az erős és gyenge fenntarthatóság között. Ezek a főbb paraméterek kiegészítésre kerültek SZIGETI (2011) összefoglalásával, ezáltal a két megközelítés közötti legfőbb különbségeket az 2. táblázatban szemléltetem.

2. táblázat: Fő különbségek az erős és gyenge fenntarthatóság között

	Erős fenntarthatóság	Gyenge fenntarthatóság
Eredet	Természettudományokból fejlődött ki.	Neoklasszikus közgazdaságtani alapok

Megjelenése a közgazdaságtudományban	Ökológiai gazdaságtan	Környezetgazdaságtan
Kulcsgondolat	A természeti tőke más tőkével történő helyettesíthetősége erősen korlátozott (vagy nincs). Az emberi tőke soha nem fogja teljes mértékben helyettesíteni az ökológiai rendszerek szolgáltatásait.	A természeti tőke és az egyéb típus (mesterséges vagy előállított) tőke tőkéletesen helyettesíthetők. Az emberi tőke alkalmas helyettesíteni az természeti tőkét és az ökológiai rendszerek szolgáltatásait.
Következmények	Egyes emberi beavatkozások visszafordíthatatlan következményekkel járhatnak.	Technológiai innováció és pénzbeli kompenzáció a környezetkárosítás miatt.
Fenntarthatósági kérdések	A létfontosságú természeti tőke pótolhatatlan állományainak megóvása a jövő generáció érdekében.	Az összesített tőkeállomány értékét kell növelni vagy legalább szinten tartan a jövő generáció számára.
Fő koncepció	A természeti tőke kritikus.	A szűkös erőforrások optimális elosztása.
Küszöbértékek és környezeti normák meghatározása	A tudományos ismeretek, mint a nyilvános tanácskozás inputja (eljárási ésszerűség).	Technikai / tudományos megközelítés a küszöbértékek és normák meghatározásához (instrumentális racionalitás).

Forrás: saját szerkesztés PELENC et al. (2015) és SZIGETI (2011) alapján

Véleményem szerint a három dimenzió közül egyik vagy másik dimenzió egyoldalú előtérbe való helyezése nem megengedett. A gazdasági és társadalmi fejlődést, az egészségtudatos fogyasztói magatartás támogatását a természeti környezet védelmével, illetve fejlesztésével egyidejűleg, összehangolt rendszerként kell megvalósítani.

3.1.3. A fenntartható fogyasztás

A fenntartható fogyasztás eredeti meghatározása a Soria Moria Konferencián (1994) hangzott el, miszerint a fenntartható fogyasztás azon áruk és szolgáltatások termelését és fogyasztását jelenti, amelyek egyrészt kielégítik az alapvető szükségleteket, másrészt pedig jobb életminőséget biztosítanak, miközben minimalizálják a természeti erőforrások, a mérgező anyagok használatát, valamint csökkentik a hulladékok és szennyezőanyagok kibocsátását az életciklus során, hogy ne veszélyeztessék a jövő generációi szükségleteit (UNCSD, 1994).

A fenntartható fogyasztás legfontosabb megközelítéseit véleményem szerint SHARMA és JHA (2017) tanulmánya foglalja legjobban össze. Néhány kutató úgy határozta meg a fenntartható fogyasztási magatartást, mint fogyasztásunk önkéntes csökkentése vagy egyszerűsítése (SHAW és MORAES, 2009; BLACK, 2010), míg mások a zöld életstílus gyakorlatának adaptálásaként definiálják (GILG et al., 2005). A különböző nézetekben azonban közös, hogy a fenntartható fogyasztást összetett jelenséggként magyarázzák. Egyes marketing szakemberek és döntéshozók szerint a fenntartható fogyasztás elősegítéséhez elsősorban azokat a társadalmi és intézményi tevékenységeket kell megérteni, amelyek ösztönözhetik a fogyasztók környezetbarát viselkedését (VLEK és STEG, 2007; PHIPPS et al., 2013). Mindazonáltal néhányan vizsgálták a személyes értékek szerepét is a fenntartható magatartás befolyásolásában (THØGERSEN és ÖLANDER, 2002; GRUNERT és JUHL, 1995; SENER és HAZER, 2008). ZUKIN és MAGUIRE (2004) szerint a fogyasztás az áruk kiválasztásának olyan társadalmi, kulturális és gazdasági folyamata, amely lehetővé teszi a fogyasztók számára a saját egyéniségük kialakítását és kifejezését.

SABAPATHY (2007) szerint a fenntartható fogyasztás és termelés alapvető kihívása az, hogy hogyan lehetne egymástól függetleníteni a gazdasági fejlődést és a környezet degradációját, annak érdekében, hogy az a bolygó ökoszisztémájának határain belül működjön. A kihívásnak való megfeleléshez technológiai innovációra van szükség, így át kell gondolni a jelenlegi üzleti modelleket és a politikai döntéshozók elkötelezettségét is.

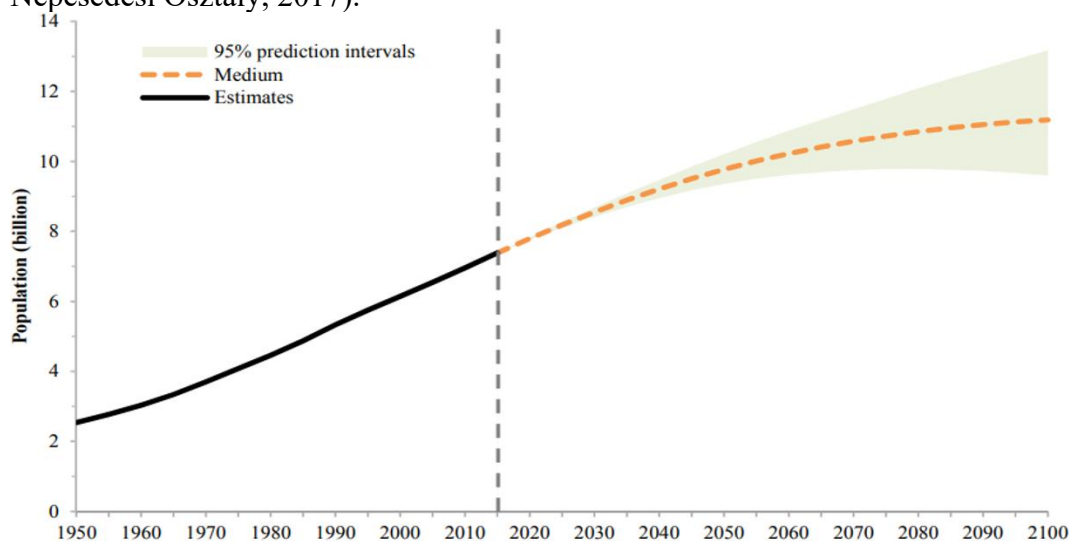
A fenntartható fogyasztás és termelés elősegítése a fenntartható fejlődés fontos szempontja, amely a környezeti és társadalmi igényeknek is megfelelő, hosszú távú gazdasági növekedés elérésétől függ (OECD, 2008). Egyre több nemzetközi politikai szervezet és állami döntéshozó ismeri fel, hogy a jelenlegi fogyasztói szokások és minták tovább már nem fenntarthatóak ökológiaiilag (LIM, 2017). Másrészt a világ döntéshozói szembesülnek azzal a kihívással is, hogyan tudnák ösztönözni az embereket a fenntartható fogyasztási magatartás követésére (SHARMA és JHA, 2017). Az Oxfordi Bizottság fenntartható fogyasztási előrejelzései már 2002-ben figyelmeztettek arra, hogy a jelenlegi fogyasztás fenntarthatatlan, melynek legfontosabb okai az alábbiak:

- A növekvő fogyasztás az iparosodott országokban nem növeli a lakosság életminőségét, míg a „munka és vásárlás” ciklusa csak növeli a stresszt és az elégedetlenséget.
- A jelenlegi fogyasztási szokások megoszlása igazságtalan az országok között a jövedelem és az életminőség között tapasztalható, folyamatosan növekvő különbségek miatt.
- A növekvő globális környezeti hatások az erőforrás-alapú fogyasztás terjedésével társulnak (MICHAELIS, 2003).

Az egészséggel összefüggő fenntartható fogyasztás legfontosabb kihívásai véleményem szerint az alábbi demográfiai változásokkal, környezeti degradációval és gazdasági kihívásokkal vannak összefüggésben:

1. Demográfiai változások

- Népeség-növekedés, a Föld túlnépesedése – Az utóbbi évtizedekben a világ népessége folyamatosan növekszik. Az 4. ábra azt mutatja, hogy a Föld népessége már 2011-ben elérte a 7 milliárdot, és évente további 1,1%-kal (kb. évente 83 millió fő) növekszik. Az előrejelzések szerint ebben az évtizedben a világ népessége valamivel több mint egymilliárd emberrel fog növekedni, 2030-ban eléri a 8,6 milliárdot, és 2050-ben 9,8 milliárdra, 2100-ra pedig 11,2 milliárdra nő. Várhatóan Afrika és Ázsia lesz az a két földrész, amely legnagyobb mértékben járul hozzá az újabb népességnövekedéshez (ENSZ, Gazdasági és Szociális Minisztérium, Népesedési Osztály, 2017).



4. ábra: A Föld népességnövekedése

Forrás: ENSZ, Gazdasági és Szociális Minisztérium, Népesedési Osztály (2017)

- A születéskor várható élettartam növekedése – Globálisan a születéskor várható élettartam 2000-2005 és 2010-2015 között 3,6 évvel, vagyis 67,2-ről 70,8 évre nőtt. Ezenkívül az előrejelzések szerint 2050-ig 71 évről 77 évre emelkedik. A jövőbeni növekedést nemcsak a termékenység, a halálozás és a migráció jövőbeli szintje befolyásolja, hanem a világ népességének jelenlegi életkor szerinti megoszlása is (ENSZ, Gazdasági Minisztérium és Szociális ügyek, Népesedési Osztály, 2017).

2. Gazdasági kihívások

- Globalizáció – Figyelembe véve a gyorsan és folyamatosan változó üzleti környezetet, a globalizáció és a digitalizáció hatásait, a versenyképesség megőrzése a 21. századi vállalatok életében nagy kihívás. Az új, tudásalapú gazdaságban a tudásátadásnak egyre növekvő szerepe van - az információs és kommunikációs technológiák (IKT) különböző típusai miatt a tudás könnyebben azonosítható, megszerezhető, rendszerezhető, létrehozható és terjeszthető akár globálisan is (helytől és időtől függetlenül). Ugyanakkor az innovációk és a technológiai fejlesztések továbbra is csak néhány fejlett gazdaságban koncentrálnak (ENSZ, 2013).
 - Finanszírozás – A pénzügyi globalizáció gyorsan növekvő és ingatagabb nemzetközi tőkeáramláshoz, makrogazdasági egyensúlyhiányhoz és gyakoribb válságokhoz vezetett (ENSZ, 2013).
 - Változó fogyasztói magatartás és életstílus – Az előrejelzések szerint a középosztályhoz tartozó fogyasztók száma 2030-ig háromszorosára emelkedik (további 2 milliárd ember a mostanihoz képest), azaz a középosztály a teljes népesség 80% -át teszi majd ki. A világ népességének kétharmadát jelenleg alacsony jövedelmű fogyasztók alkotják, akiknek fogyasztási szerkezete a legnagyobb súlyban élelmiszereken alapul (WBCSD, 2008).
3. Természeti környezeti kihívások, a környezet degradációja – Gazdaságilag és társadalmilag a vízzel kapcsolatos katasztrófák a legpusztítóbbak a természeti katasztrófák közül. Jelenleg több mint 1,7 milliárd ember él olyan helyen, ahol a vízhasználat meghaladja a készleteket, ami a folyók kiszáradásához, a talajvíz kimerüléséhez, az ökoszisztémák és az általuk nyújtott szolgáltatások romlásához vezet. Becslések szerint 2050-re a globális vízigény 55%-kal nő és már 2025-re a világ népességének kétharmada vízben hiányt szenvedő országokban élhet, ha a jelenlegi fogyasztási szokásainkon nem változtatunk. A vízellátás és a szennyvízelvezetés elégtelenségéből eredő gazdasági veszteség a becslések szerint a GDP 1,5% -át teszi ki, mivel a szennyvíz 80%-át tisztítás nélkül vezetik le. 748 millió embernek még mindig nincs hozzáférése megfelelő minőségű ivóvízforráshoz, és 2,5 milliárd embernek nem lesz hozzáférése a jobb higiénés körülményekhez. Ha a különböző ágazatok hozzájárulását nézzük, akkor nyilvánvaló, hogy világszerte a mezőgazdaság a legnagyobb vízigényes ágazat, amely világszerte a vízhasználat 70%-át adja. A tendencia szerint 2050-re a világ mezőgazdaságának világszerte 60%-kal, a fejlődő országokban pedig 100%-kal kell többet termelnie, a nagyobb fogyasztáshoz pedig több vízre lesz szükség, mely más környezeti károkkal is jár. (ENSZ, 2015)

3.1.4. Fenntartható fejlődési célok

Azáltal, hogy a döntéshozatali szinteken is fontossá vált a fenntarthatóság kérdése, és egyértelműen megfogalmazásra került, hogy a jelenlegi fogyasztási mintáink és magatartásunk többé már nem fenntartható, az ENSZ 2015-ben újrafogalmazta a fenntarthatósággal kapcsolatos célkitűzéseket (GLOBAL E-SUSTAINABILITY INITIATIVE, 2017), és az alábbiakban látható 17 Fenntartható Fejlődési Célt (Sustainable Development Goals, SDG) fogalmazta meg (5. ábra).



5. ábra: Fenntartható fejlődési célok

Forrás: ÖKOPOLISZ ALAPÍTVÁNY (2017), ENSZ (2015) alapján

A jó egészségi állapot, az egészségtudatosság és a jóllét kérdése közvetlenül a 3. célkitűzéssel (Egészség és jóllét) kapcsolható össze, közvetve azonban az elégedett és egészséges munkavállalókon keresztül érinti a 8. célkitűzést (Tisztességes munka és gazdasági növekedés), illetve az egészséges táplálkozás és a fenntartható fogyasztás révén a 12. célkitűzést (Felelős fogyasztás és termelés) (ENSZ, 2020). Napjainkban tehát a termelés és erőforrások optimális használatának kérdésköre mellett a figyelem egyre inkább a társadalmi jólétre, annak megőrzésére, emelésére irányul. Többek között ezek a lettek a fenntartható fogyasztás legfőbb célkitűzései. Ezen célok eléréséhez azonban szükséges a gazdaság minden szereplőjének a hozzájárulása: a fogyasztási minták fenntartható irányba való terelése elképzelhetetlen például az oktatás és tudatformálás nélkül, elengedhetetlen az értékrendszer és az infrastruktúra megteremtése (állami szektor), a hatékony technológiák és termékek kifejlesztése, a digitalizáció adta lehetőségek kihasználása pedig a vállalatok közreműködését is igényli.

3.2. Egészség és egészségtudatosság

3.2.1. Fogalmi lehatárolás, értelmezések

Az egészség leggyakrabban használt és legelfogadottabb fogalmát az Egészségügyi Világszervezet (WHO) határozta meg 1948-ban: „Az egészség a teljes testi, szellemi és szociális jólét állapota, nem pusztán a betegség vagy fogyatékosság hiánya.” (WHO, 1948). Egyre elfogadottabbá válik az a megközelítés, hogy az egészség fenntartásához és fejlesztéséhez nem csupán a tudományra, az egészségügyre és a különböző egészségügyi szolgáltatásokra van szükség, hanem a fogyasztók és a társadalom által képviselt életstílus is döntő jelentőségű. Éppen ezért az Egészségügyi Világszervezet az egészség legfőbb összetevőit is meghatározta: társadalmi és gazdasági környezet, fizikai környezet, az emberek egyéni jellemzői és viselkedése, vagyis az utóbbi évtizedben már a WHO is egyre nagyobb hangsúlyt fektetett a társadalmi és gazdasági környezeti aspektusra (MCMICHAEL, 2006).

A fentiekben említett tényezők – amelyekről egyértelműen tudjuk, hogy befolyással vannak az egészségi állapotunkra – magukban foglalják az alábbi kulcsfontosságú tényezőket is:

- jövedelem és társadalmi státusz: minél nagyobb a rés a társadalmi státuszban és jövedelemben, annál nagyobb a különbség az egészségügyi állapotban – lineáris kapcsolat.

- oktatás és műveltség: az alacsony iskolai végzettség valószínűleg stresszesebb életmóddal jár, rosszabb egészségi állapotot és ezáltal kevesebb önbizalmat jelent.
- fizikai környezet: a biztonságos környezet, infrastruktúra, megfelelő minőségű ivóvíz, tiszta levegő, megfelelő munkakörnyezet és körülmények jobb egészségi állapotot jelentenek.
- szociális háló: minél nagyobb a családtagok, a barátok és közösségek támogatása, annál jobb az egészségi állapot. A kultúra (hagyományok, normák, modellek) ehhez hasonlóan szintén lehet pozitív vagy akár negatív hatással is az egészségi állapotra.
- genetika
- személyiségi jegyek és viselkedés (fogyasztói magatartás): a kiegyensúlyozott vagy egészségtelen táplálkozás (gyümölcs- és zöldségfogyasztás), testmozgás, túlsúly és elhízás, dohányzás, alkoholfogyasztás, stresszes munkakörnyezetek mind befolyásolják az egészségi állapotot.
- egészségügyi szolgáltatások: az egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetősége segítséget nyújthat bizonyos betegségek megelőzésében, más esetekben pedig megkönnyítheti a kezeléseket, illetve segíthet a különböző kockázati tényezők csökkentésében.
- nem: a férfiak és a nők esetében különbözik egyes betegségek előfordulásának gyakorisága (akár életkortól függően is). (WHO, 2017)

Az egészségtudatosság vagy egészségtudatos fogyasztói magatartás minden olyan fogyasztói attitűdöt, viselkedést, magatartásformát és tevékenységet magában foglal, amely a hosszabb és egészségesebb élet elérésére irányul. Ahhoz, hogy ezeket a célokat elérjék, a fogyasztók:

- fontosnak tartják az egészségügyi szempontokat döntéseik során
- tudatosan ellenőrzés alatt tartják szokásaikat (pl. megfelelő táplálkozás, fizikai aktivitás, szexuális viselkedés, káros szenvedélyek és szokások elkerülése)
- elsajátítják az alapvető önsegítő készségeket
- az egészségügyi rendszerben tájékozott fogyasztói magatartást alakítanak ki és alkalmazzák is azt. A tájékozott magatartás az alábbiakra terjed ki:
 - a betegség természetének, valamint a lehetséges kimeneteknek az ismerete
 - az egészségügyi rendszer működésére vonatkozó ismeret
 - betegjogok
 - egészségügyi fogyasztóvédelem.

Amennyiben egy adott lakosság egészségtudatosságáról beszélünk, feltétlenül meg kell említenünk egy másik fogalmat is, ami az egészségügyi ismeretekre vonatkozik (health literacy). A fogalmat 1974-ben vezették be, és azóta egyre népszerűbb lett az egészségügy területén. Az Egészségügyi Világszervezet 1998-ban a következőképpen határozta meg a fogalmat: az egészségügyi ismeretek az összes olyan kognitív és szociális képességet jelentik, amelyek meghatározzák az egyének motivációját és képességét arra vonatkozóan, hogy megértsék és hasznosítani tudják a jó egészség elősegítésére és fenntartására vonatkozó információkat (WHO, 1998). Habár a WHO definíciója csupán egyéni szintre vonatkozik, mások kísérletet tettek a társadalmi szintű megértésre is. FREEDMAN és társai (2009) azt állítják, hogy az egészségügyi ismeretek azt jelentik, hogy az egyének és a különböző csoportok milyen mértékben képesek a szükséges információ birtokában döntéseket hozni (megérteni, értékelné az információt és cselekedni) az egészségügy területén, ezzel szolgálva a közösség javát is. SØRENSEN et al. (2012) kísérletet tettek az elérhető definíciók egyesítésére, és megalkottak egy új definíciót, amely mind az egészségügyi rendszer, mind pedig az egyéni perspektívákat tartalmazza.

Az egészségügyi rendszer működésével, illetve az egészségmegőrzéssel kapcsolatos egyik legfontosabb fogalom a prevenció, a betegségek megelőzése. EISENHAUER és SMITH (2008) is hangsúlyozta, hogy az egészségmegőrzés és a betegségmegelőzés, illetve az ezzel kapcsolatos ismeretek átadása, az edukáció az egyik leglényegesebb eleme az egészségügynek – nem csupán

egyéni, hanem társadalmi szinten is. A prevenció jelenti mindazon törekvések összességét, amelyek az egészség fejlesztését, megőrzését, illetve egészségkárosodás esetén az egészség mielőbbi visszaállítását, valamint a károsodás további súlyosbodásának megelőzését szolgálják. A prevenció szintjei és ezáltal az egészségfejlesztés és egészségnevelés fő területei az alábbiak:

- **primer prevenció (elsődleges megelőzés):** a konkrét betegség kialakulásának megelőzésére szolgál, vagyis megelőzi a kórkép kialakulását, jelenti a rizikótényezők kontrollját, az egészséggel összefüggő káros életmódbeli tényezők csökkentését és az egészségtudatos viselkedés elősegítését. Célja: az egészségkárosodás megelőzése, a megbetegedések bekövetkezésének megelőzése, a fizikális ellenálló képesség, a mentális jólét, valamint a környezeti biztonság megőrzése, a fertőző betegségekkel szembeni védettség, védelem erősítése. Az elsődleges prevenció célcsoportját azok az egészséges emberek alkotják, akiket az adott betegség érinthet, vagyis a betegség szempontjából rizikócsoportot jelentenek. Példák az elsődleges prevencióra: egészségtelen (egészségre ártalmas) termékek (dohány, alkohol) fogyasztásának megtiltására, korlátozására vonatkozó szabályozás, egészséges életmódra nevelés, attitűdformálás (rendszeres testmozgás, illetve egészséges étrend az iskolákban), bizonyos betegségek elleni védőoltások, egészségügyi kampányok.
- **szekunder prevenció (másodlagos megelőzés):** a már fennálló, kialakult, de még a kezdeti stádiumban lévő betegség felismerése (lehetőleg még a tünetek megjelenése előtt) és orvoslása, tehát a betegségek korai stádiumban való felismerését és azonnali gyógykezelését jelenti. A szekunder prevenció célcsoportját azok alkotják, akik krónikus betegségek szempontjából vagy genetikai hajlam miatt magasabb kockázati faktorral rendelkeznek, illetve akiket még nem diagnosztizáltak (vagyis nincsenek tisztában az egészségi állapotukkal). Példák: rendszeres szűrővizsgálatok szervezése, a férfiak esetében a napi alacsony-dózisú aszpirinbevétel a későbbi szív-érrendszeri betegségek megelőzésére.
- **tercier prevenció (harmadlagos megelőzés):** ebben az esetben már nem határolódik el élesen a gyógyítás és a megelőzés. Ebben a kategóriába tartozik minden olyan intézkedés, amelynek az a célja, hogy megelőzze a betegség súlyosbodását (progresszió, szövődmények, krónikussá válás, kiújulás) és a további funkcióvesztést, orvosolja a fennálló anatómiai, élettani és pszichés károsodást, valamint elkerülje a következményes és kísérő betegségeket. Példák: rehabilitációs programok (például stroke vagy szívroham után), támogató közösségek és csoportok, ahol hasonló problémákkal küzdő emberek tudják megosztani egymással a tapasztalataikat és tudják egymást támogatni, segíteni a gyógyulásban. Ide tartoznak például a közösségi oldalakon található zárt vagy nyílt csoportok is.
(BUSSE et al., 2010)

3.2.2. Az egészséggel kapcsolatos életminőség mérési lehetőségei

3.2.2.1. Az egészséggel kapcsolatos életminőség értelmezése, az életminőségi kutatások fejlődése és az egészség dimenziói

Amikor egészségről, egészségügyi helyzetről, egészségtudatosságról beszélünk, szinte elkerülhetetlen, hogy felmerüljön az életminőség és jólét kérdésköre – hogyan függnek össze, melyik hogyan hat a másikra? A választ az alábbi megállapítás tartalmazza: az életminőség (quality of life) és a jóllét (well-being) egymással egyenrangú, szinonim fogalmak, amelyek a jólét (welfare) tágabb értelmét fejezik ki. A WHO megfogalmazásában az életminőség nem más, mint „az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt életterének kultúrája, értékrendszerei, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják” (WHO, 1997). Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magába foglalja az egyén fizikai

egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet lényeges jelenségeihez fűződő viszonyát (EUROFOUND, 2012).

Az életminőség, a társadalmi jóllét meghatározására szolgáló törekvések és kutatások gyökerei egészen a XVIII. századig nyúlnak vissza. A felvilágosodás időszakától kezdve fontos szerepet tölt be a társadalmak életében a jóllét vizsgálata, melynek javítása egyre inkább hangsúlyossá válik napjainkban azon cél elérése szempontjából, hogy az állampolgárok minél elégedettebbek legyenek, minél teljesebb életet élhessenek (SZEGŐ, 1996; BERGER-SCHMITT és NOLL, 2000).

A társadalmi jóllétet a XX. században először az írástudás arányával, a járványok feletti kontroll mértékével, valamint az éhezés eltűnésével, majd ezt követően a jövedelemmel és a jövedelmi egyenlőtlenséggel mérték (HAVASI, 2009). Ekkor a társadalom életminőségének kiteljesedését és fejlődését elsősorban a gazdasági növekedéstől várták. Azt gondolták, minél nagyobb mennyiségben állnak rendelkezésre a megszerezhető javak/jóságok, annál inkább elérhető és megtartható a „jó élet” (KOPP és KOVÁCS, 2006). A huszadik század hatvanas éveiben a fejlett országokban újrafogalmazták a társadalom alapvető célkitűzéseit, amely szerint a fejlődés útja nem a mindenáron való gazdasági növekedés, hanem az emberek jóllétének, életminőségének javítása (BERGER-SCHMITT és NOLL, 2000). Az utóbbi évtizedekben ennek megfelelően előtérbe kerültek az úgynevezett szubjektív életminőségi kutatások. Ennek oka az a felismerés, hogy a társadalmi életminőség objektív mutatóiban kimutatott javulás nem feltétlenül jár együtt az elégedettséggel: a gazdagság bizonyos szintje felett a jövedelem növekedése nem növeli automatikusan a boldogságot, illetve az életminőséget (GÁSPÁR, 2013).

A fentiekből egyértelműen látszik, hogy az életminőség fejlesztése egyre fontosabb kérdéssé válik nem csupán a tudományos kutatásokban, hanem a gazdasági-politikai döntéshozás szintjén is. Erre megfelelő példaként szolgál, hogy ACEMOGLU és JOHNSON (2006) a kutatásukban megállapították, hogy a várható élettartam növekedésének nagy szerepe volt a jelentős népességnövekedés kialakulásában is. Továbbá pozitív kapcsolatot találtak a várható élettartam hatása és teljes GDP között, ami alapján azt feltételezik, hogy ez a hatás a következő 40 évben még erősödni fog, de nem lesz elég ahhoz, hogy ellensúlyozni tudja a népességnövekedést.

Az életminőséggel, egészséggel kapcsolatos kutatások másik gyakran használt fogalma a wellness, amely szónak alig több, mint 50 éves múltja van csupán. DUNN (1961) írta le először a „well-being” (jól érezni magunkat, egészségesnek lenni) és a „wholeness” (teljesség) szavak egyesítésével, összevonásával. Ezzel egyidejűleg kidolgozta a „high-level-wellness” koncepciót, mely az értelmezésében az egészséges életmód magas színvonalú gyakorlatát jelenti, tudatos egészségmegőrzést, kiegyensúlyozott és aktív életet. Modelljében 3 dimenziót különböztetett meg: az emberi test, lélek és szellem (értelem) összességeként értékeli. Dunnhoz hasonlóan más kutatók is több dimenzióban vizsgálják a wellness fogalmát és kérdéskörét. Legtöbbjük általában 5-6 dimenziót különböztet meg (ROSCOE, 2009; HARARI et al., 2005; HETTLER, 1984; ADAMS et al., 1997). Az egyik legismertebb, leginkább idézett és használt módszer a wellness mérésére az Észlelt Wellness Felmérés (Perceived Wellness Survey), amely a wellness alábbi hat dimenzióját tartalmazza: fizikai, érzelmi, társadalmi, pszichológiai, intellektuális és spirituális (ADAMS et al. 1997). A módszer legnagyobb kritikájának azt tartják, hogy a pszichológiai dimenzió túlzottan fragmentált, hiszen tovább bontja érzelmi, intellektuális, pszichológiai, társadalmi és spirituális részekre; ezeket a fogalmakat azonban ilyen módon már könnyen össze lehet keverni. Hasonlóképpen, a HETTLER (1984) által megalkotott Wellness Hexagon is hat különböző dimenzióból áll: fizikai, érzelmi, társadalmi, intellektuális, spirituális és foglalkozási dimenziókból. A jóllétet a wellnesshez hasonlóan többdimenziós fogalomként lehet leginkább értékelni. HOOKER et al. (2021) például a jólét nyolc dimenzióját vizsgálták modelljükben. LINTON et al. (2016) szerint a jóllét olyan dimenziókat tartalmaz, amelyek a mentális jóléthez (boldogság és érzelmi életminőség), a társadalmi jóléthez (társas kapcsolatok és közösségek), a lelki jóléthez, a tevékenységekhez (az idő kitöltésére irányuló tevékenységekkel), fizikai jóléthez

(a fizikai teljesítmény minősége, az emberi testi egészség); valamint a személyes körülményekhez (környezeti és társadalmi-gazdasági nyomás és aggodalmak) kapcsolódnak. Összefoglalva a kapcsolódó szakirodalmi forrásokat, a testi egészség összekapcsolható az emberek jelenlegi pszichés állapotával, a mentális egészség a kognitív képességek és a mentális zavartság révén határozható meg - ezt különböző biológiai, környezeti és társadalmi-gazdasági tényezők határozzák meg. A szociális és érzelmi egészség szorosan kapcsolódik az elismerésből, a társas kapcsolatokból és tevékenységekből fakadó jólléthez és boldogsághoz. (WHO, 2018; SOO YOU és LEE, 2006). A disszertációmban a szakirodalmi forrásokat felhasználva az egészség és jóllét alábbi nyolc dimenziójú modelljét használom a továbbiakban a konceptuális keretmodell megalkotásához (6. ábra). A modell alapján a jóllét különböző belső és külső tényezőkre osztható fel, és magában foglalja mind a személyes elégedettséget (mint lelki harmóniát), mind a munkavállalói elégedettséget (mint foglalkozási harmóniát).



6. ábra: Az egészség és jóllét 8 dimenziós modellje

Forrás: saját szerkesztés ROSCOE (2009), MEISELMAN (2016), ADAMS et al. (1997) alapján

3.2.2.2. Az egészséggel kapcsolatos életminőség mutatószámai

Az egészségügy kutatói szerint a társadalomtudományban az életminőségnek és determináló tényezőinek meghatározása túlzottan széles. Számos olyan, fent említett determinánst különböztetnek meg, például az egyéni boldogság, az élettel való elégedettség, az anyagi jólét tényezőjét, melyek változása az adott személy egészségi állapota szempontjából irreleváns. Számos, a téma egészségügyi szempontú megközelítésével foglalkozó kutató arra a következtetésre jutott, hogy az életminőségének csak olyan tényezőit kell vizsgálni, amelyek az egészségügyi állapot tényleges alakulására is hatással lehetnek. Ezek közé tartoznak mindenekelőtt a jövedelem, a lakókörnyezet minősége, az elérhető egészségügyi ellátás színvonalára vonatkozó ismérvek. Más kutatók ugyanakkor ellenzik az életminőség mérésére vonatkozó kutatások pusztán egészségügyi szempontokat figyelembe vevő megközelítését, mivel az az ilyen kutatások egysíkúságát eredményezheti (BECKIE és HAYDUK, 1997).

A különböző mutatószámokat és mérési rendszereket áttekintve egyértelműen látszik, hogy az egészség, egészségi állapot valamilyen szempontból általában szerepel a mérés alapjául szolgáló dimenziók között. Az egészség szubjektív megítélésén túl a legtöbbször az alábbi objektív

adatokat, illetve mutatószámokat használják a különböző modellek az életminőség (vagy annak egészségi dimenziója) mérésére, melyeket én is alkalmazok a kutatásom során:

- az eredmény, következmény alapján:
 - születéskor várható élettartam;
 - egészségesen eltöltött évek száma – abszolút értékben vagy a várható élettartam százalékában.
- az egészséges vagy egészségtelen magatartásból adódóan:
 - BMI (Body Mass Index) – a Testtömeg Index a leginkább alkalmazott nemzetközi arányszám a fizikai kondíció felmérésére. A BMI kalkulátor segít meghatározni, ki milyen állapotban van fizikailag – túlzottan sovány, normál testalkatú, túlsúlyos vagy elhízott. Jelenleg ez a legmegbízhatóbb számítási mód a táplálkozástudománnyal foglalkozó szakemberek körében.
 - napi rendszerességgel dohányzók száma
 - éves átlagos alkoholfogyasztás mértéke
 - rendszeres zöldség-és gyümölcsfogyasztás mértéke.

3.2.3. Krónikus betegségek és kockázati faktorok

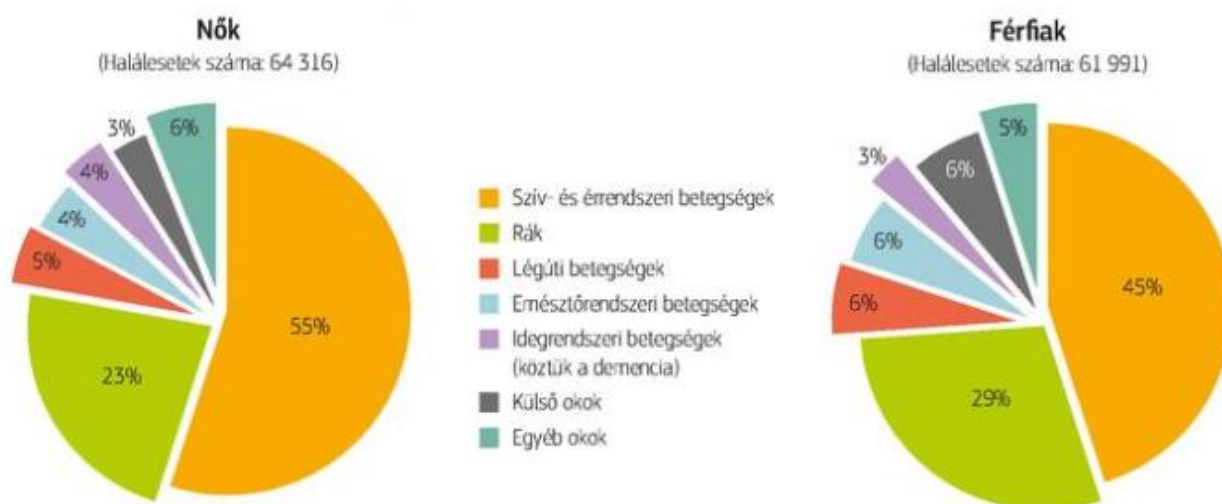
Az összes nem fertőző krónikus betegség együttesen a halálozások 74%-át tette ki 2019-ben (WHO, 2020). A legtöbb forrás megegyezik abban, hogy az egészségmegőrzés és betegségmegelőzés legfontosabb pillérei elsősorban az életmódunkban keresendők. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerint a korai halálozás fő okai elsősorban az életstílus (43%), aztán a környezet (23%), a genetikai feltételek (25%), és végül az egészségügyi rendszer (csupán 11%) (WHO, 2001). Egészségünk fenntartása érdekében a fentiek mellett azonban több más tényezőt is szükséges figyelembe venni. Ilyenek például a munka- és életkörülmények (stresszes munkakörnyezet, másokkal való kapcsolatok, támogató vagy akadályozó környezet), mentális egészség, vagy a környezettel kapcsolatos viselkedési minták. Ezen túlmenően a jövedelem, az oktatás, a munkakörülmények és az életkörülmények is fontos tényezők lehetnek - a megfelelő jövedelemmel a fogyasztók több egészséges és tápláló terméket vásárolhatnak, ugyanakkor a magasabb jövedelem hosszabb munkaidőt és nagyobb felelősséggel járó munkát, ezáltal pedig több stresszt is okozhat (FUCHS, 2004). Hasonlóképpen az oktatási vagy életkörülmények is befolyásolhatják az egészségi állapotot – a szakképzett vagy tanult emberek tájékozottabbak lehetnek az egészséggel, egészségüggyel összefüggő teendőkkel kapcsolatban, és ezáltal több és másféle egészségügyi szolgáltatást tudnak igénybe venni. Itt lép be az ismeret hiányának jelentősége. (MACKENBACH et al., 2008). Ugyanígy egy nem biztonságos és egészségtelen környezetben élők között sokkal magasabb a különböző krónikus betegségek előfordulásának vagy a korai halálozásnak a kockázata (GIBSON et al., 2011; DEGUEN és ZMIROU-NAVIER, 2010).

A krónikus betegségek leginkább elfogadott és legtöbbet idézett definícióját szintén a WHO alkotta meg: a nem fertőző, krónikus betegségek („noncommunicable diseases”) olyan hosszan tartó, általában lassú lefolyású betegségek, amelyek világszerte fő okai a lakosság megbetegedéseinek és halálozásának (WHO, 2013). A fejlett országokban a különböző krónikus betegségek jelentik napjainkban a halálozás és fogyatékoság vezető okait. A WHO adatai szerint a 4 fő krónikus betegségcsoport (szív- és érrendszeri megbetegedések, cukorbetegség, rák, légzőszervi megbetegedések) összesen a betegségek 77%-áért, és a korai halálozások 86%-áért felelős a világon (WHO, 2014). Ezen belül a legtöbb halálozásért (30%) a szív- és érrendszeri (kardiovaszkuláris) megbetegedések a felelősek. A daganatos megbetegedések a második leggyakoribb halálokot jelentik (13%). A krónikus légzőszervi megbetegedések (asztma, krónikus obstruktív tüdőbetegség: COPD, allergia, foglalkozási tüdőbetegség, pulmonáris hipertenzió) világszerte a halálozások 7%-áért felelősek. A cukorbetegség önmagában ugyan nem sorolható a legfőbb halálokok közé (2%), de az egyéb halálokok, a rokkantság, illetve más súlyos betegségek,

mint szövődmények (kardiovaszkuláris betegségek, vesebetegség, vakság) miatt nagyon fontos rizikófaktorának tekinthető. A mentális betegségek (különböző mentális zavarok, mentális egészségi állapotok vagy neuropszichiátriai rendellenességek) különösen a modern társadalmakban jelentenek nagy betegségterhet.

A krónikus betegségek következményei nagyon súlyosak: az előrejelzések szerint a 65 évnél idősebb korú népesség a 2010-es 87,5 millióról 2060-ra 152,6 millióra emelkedik, a krónikus betegségek pedig jelentős hatást gyakorolnak az ilyen korú lakosság több mint 80% -ára (EURÓPAI BIZOTTSÁG, 2013). Az Európai Bizottság jelentése alapján az OECD-országok lakossága hosszabb ideig él, ugyanakkor a mentális betegségek és a krónikus betegségek terhe folyamatosan növekszik (OECD, 2017a). A legfrissebb adatok alapján az OECD országokban több mint 10 millió ember halt meg 2017-ben – a halálozások 31%-át szív- és érrendszeri betegségek, 25%-át daganatos betegségek (rák), 10%-át krónikus légzőszervi megbetegedések, 9%-át idegrendszeri betegségek (Alzheimer-kór és egyéb demencia), 3%-át cukorbetegség okozta, vagyis a halálozások 78%-áért az 5 fő vezető krónikus betegségcsoport volt felelős.

Magyarországon a szív- és érrendszeri betegségek jelentik a fő halálozási okot a nők és a férfiak körében egyaránt. 2014-ben ezek a betegségek okozták 35 000 nő (az összes haláleset 55%-a) és több mint 27 000 férfi (az összes haláleset 45%-a) halálát. A szív- és érrendszeri betegségek által okozott halálozások (standardizált) arányszáma 2014-ben több mint kétszerese volt az uniós átlagnak, ami leginkább a dohányzás és az elhízás magasabb előfordulási gyakoriságának, valamint az ezen állapotok miatti kórházi kezeléseket követő magasabb halálozási arányszámoknak tulajdonítható (OECD, 2017b). A második leggyakoribb halálokot a rák jelenti mindkét nem esetében. A OECD által készített 2019-es Egészségügyi Országprofil szerint 2016-ban továbbra is a szív- és érrendszeri betegségek csoportja volt messze a legmagasabban vezető halálokok Magyarországon, sokkal magasabb gyakorisággal, mint a legtöbb uniós országban. Európai Unió összehasonlításban hazánkban volt a legmagasabb a rák okozta halálozás 2016-ban; a rákkal összefüggő halálozások leggyakoribb okai pedig a tüdőrák, a vastagbélrák, a májdaganat és az emlőrák voltak (OECD, 2019). A Magyarországon előforduló vezető halálokokat a 7. ábra szemlélteti az alábbiakban.

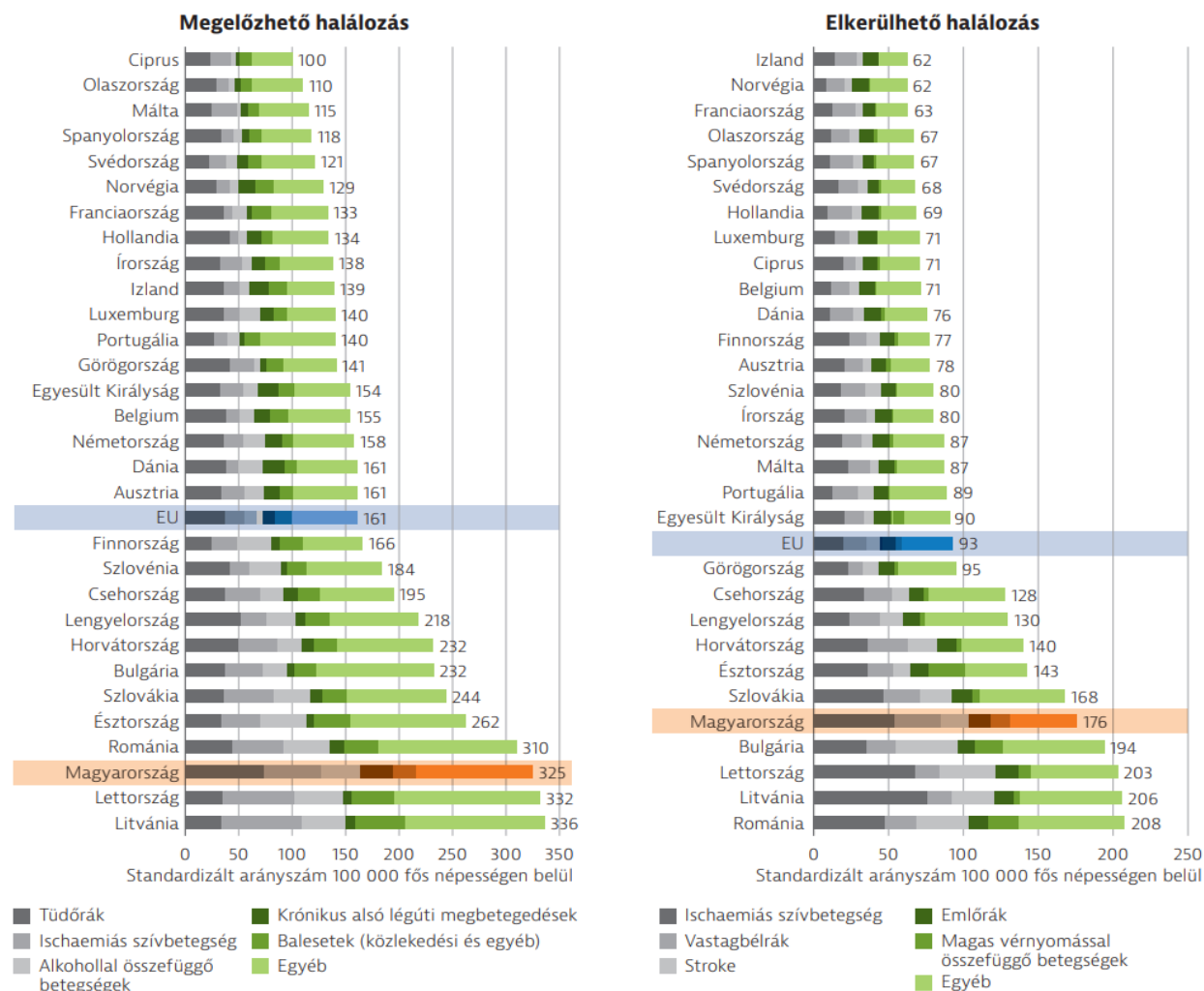


7. ábra: Vezető halálokok Magyarországon 2014-ben

Forrás: OECD, 2017b

Ha a konkrét halálokokat vizsgáljuk, egyértelműen látszik, hogy Magyarországon rengeteg haláleset megelőzhető vagy elkerülhető lenne a megfelelő életmódbeli változtatásokkal (8. ábra). A kérdés már csak az, pontosan mik a rizikófaktorok, hogyan tudjuk ezeket csökkenteni annak érdekében, hogy elkerüljük a fent említett krónikus betegségeknek a kialakulását (vagy legalább csökkentjük a kialakulás valószínűségét)? A fizikai környezet (természetes és mesterséges

környezet), társadalmi környezet (munkahelyi környezet, családi, baráti környezet, szociális környezet, szabadidős tevékenység, egészségügyi ellátás, neveltetés), egyéni sajátosságok (genetikai és biológiai sajátosságok, tanult készségek, lelki egyensúly, magatartási jellemzők, értékrendek) jelentik tehát a főbb egészségdeterminánsokat. Általánosan elfogadható, hogy a genetikai tényezők kb. 15–30%-ban, az egészségügyi ellátás színvonala 10–15%-ban határozzák meg az egészségi állapotot, míg az életmódtényezők 55–75%-ért felelősek (ENWHP, 2013).

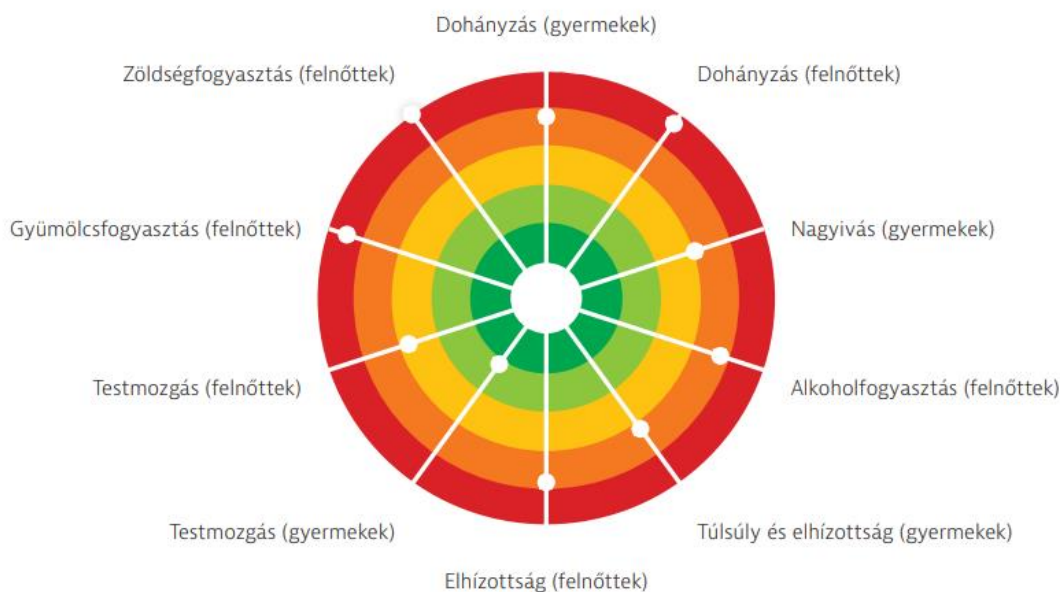


8. ábra: Megelőzhető és megfelelő kezeléssel elkerülhető halálozás az EU-ban

Forrás: OECD (2019) (az adatok 2017-re vonatkoznak)

Magyarországon az életmóddal összefüggő, egészség-magatartásbeli kockázati tényezők – helytelen táplálkozás, dohányzás, alkoholfogyasztás, rendszeres testmozgás hiánya – felelnek a halálozások feléért.

Négy felnőttből több mint egy dohányzott napi szinten 2014-ben – ez a harmadik legmagasabb arány az EU-ban. A dohányzás az összes halálozást 21%-ában játszott szerepet. A felnőttkori elhízás szintén a legmagasabbak között van az EU egészéhez viszonyítva: 2017-ben öt felnőttből egy volt elhízott, ez az arány pedig folyamatosan növekedett az elmúlt évtizedben. Az étrenddel összefüggő kockázatoknak, a helytelen táplálkozásnak pedig az összes halálozás 28%-ában van szerepe, amit 10 százalékponttal magasabb, mint az uniós átlag (OECD, 2019). A legkritikusabb területeket (piros zóna) a 9. ábra mutatja.



9. ábra: Rizikófaktorok Magyarországon

Forrás: OECD (2019) (az adatok 2017-re vonatkoznak)

(A gyermekekre vonatkozó mutatók a 2015-ös ESPAD-felmérésen és a 2013–14-es HBSC-felmérésen alapulnak; míg a felnőttekre vonatkozó mutatók a 2017-es EU-SILC, a 2014-es EHIS és az OECD 2019-es egészségügyi statisztikáin alapuló OECD-számításokat veszik alapul.)

Számos nemzetközi tanulmány is vizsgálta és bizonyította az összefüggéseket az egyéni viselkedési kockázati tényezők – mint például a fizikai inaktivitás, a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás, az elhízás és a túlsúly – és a nem fertőző krónikus betegségek és fogyatékoságok között (LOEF és WALACH, 2012; FINE et al., 2004; LI et al., 2007; PHARR és BUNGUM, 2012; LINARDAKIS et al., 2015).

A továbbiakban a táplálkozással összefüggő rizikófaktorokat külön kezelem, a disszertációban az alábbi csoportosításban fogom ismertetni az egyes kategóriákba tartozó legfontosabb kockázati tényezőket:

- környezettel kapcsolatos kockázati faktorok
- táplálkozással kapcsolatos kockázati faktorok
- életmóddal kapcsolatos további kockázati faktorok

Környezettel kapcsolatos kockázati faktorok

DANNENBERG et al. (2011) szerint az egészségügy, egészségtudatosság és fenntartható fejlődés kapcsolatát a környezeti egészség fogalmában találjuk meg. A környezeti egészség az egészségügy részét képezi, az emberek és környezetük kapcsolatára fókuszálva. Ennek több célja is van, azonban a legfontosabb a környezeti fenyegetések és veszélyek kontrollja, illetve az egészséges környezet előmozdítása és védelme. A hagyományos fogalom elsősorban olyan higiéniai problémákra fókuszál, mint például a tiszta víz, szennyvíz, hulladékkezelés, az élelmiszerbiztonság és rágszálóirtás. A hangsúly később áttevődött a különböző vegyi és radiológiai veszélyekre, mint például a növényvédő szerek és a légszennyezés, napjainkban pedig már leginkább az olyan átfogó kérdések érdeklik a kutatókat, mint a klímaváltozás és a fenntartható fejlődés, valamint ennek az emberi élet minőségére gyakorolt hatása és a prevenció (DANNENBERG et al., 2011).

Az egyik legfontosabb kockázati tényező a légszennyezés – a lakosság kitettsége a légszennyezéssel kapcsolatban az egészségi állapotunk egyik kritikus, meghatározó tényezője. Az urbanizáció és iparosodás folyamatának köszönhetően a beépített területek nagysága egyre inkább növekszik, ami által a széndioxid kibocsátás is növekszik, ugyanakkor a zöldterületek (pl. erdők)

nagysága egyre nagyobb csökkenést mutat. Ez számos problémát okozhat a víz és levegő minőségében is. A légszennyezés jelentős környezettel kapcsolatos egészségügyi kockázati faktort és veszélyforrást jelent, mivel vezető oka a különböző légzőszervi megbetegedéseknek (pl. asztma, krónikus obstruktív tüdőbetegség), a tüdőráknak, de akár szív- és érrendszeri megbetegedéseket is okozhat. Az alacsony születési súllyal, a demenciával, valamint az immunrendszer és DNS károsodásával (különböző autoimmun betegségek) szintén összefüggésben van a levegőszennyezettség szintje. A WHO becslései szerint a beltéri és kültéri levegőszennyezés körülbelül 7 millió korai halálozást okoz évente (WHO, 2014).

Táplálkozással kapcsolatos kockázati faktorok

Amennyiben az egészséges életmódról beszélünk, elengedhetetlen az étel- és ital-fogyasztással kapcsolatos fogyasztói minták és trendek megértése. LUTZENBERGER és GOTTWALD (1999), VOSSEN és REINHORDT (2002), RÜTZLER (2005) kutatási alapján HORVÁTH és szerzőtársai (2005) az alábbiakban összefoglalták a legfontosabb fogyasztói trendeket, amelyek döntő szerepet játszhatnak az étel- és ital-piacon és a fogyasztási szokásokban:

- **Health Food:** célcsoportja az egészségtudatos fogyasztók, olyan termékcsoporthoz, amely esetében az egészségügyi és minőségbiztonsági szempontok szorosan összefüggnek egymással.
- **Anti Fat Food:** azokat a rostanyagban gazdag, alacsony szénhidrát-tartalmú termékek csoportját jelöli, amelyekkel a túlsúlyos vagy elhízott fogyasztók körét célozzák meg.
- **Ethik Food:** azokat a termékeket jelöli, melyek a fenntarthatóságot szolgálják, és ezért védjegyekkel vannak ellátva (pl. fair trade logós termékek).
- **Naturfood:** fogyasztói elvárás ezen termékekkel kapcsolatban, hogy természetesek, egészségesek és biominőségűek legyenek egyszerre.
- **Whole Food:** azoknak a friss termékeknek a csoportját jelöli, amelyek gyorsan elérhetőek, elkészíthetőek és fogyaszthatóak.
- **Mood Food:** Az evés terápiás funkcióját használja ki ez a trend, amely az étel- és ital-fogyasztásának kedélyjavító, frissítő és feszültségoldó sajátosságain alapszik.
- **Hand Held Food:** a trend a szabadidő hiányára épít, célcsoportját azok a fogyasztók képezik, akik az időhiány miatt e-mailen, SMS-ben, telefonon rendelnek ételt.
- **Fast Casual Food:** az előzőhöz hasonló kategória, szintén az időhiányra épít, azonban azokat célozza meg, akik maguk szeretnék elkészíteni az ételt – nő az igény az egészséges, finom, különleges ételek gyors elkészítéséhez segítségnyújtó „kulináris hibridreceptek” iránt.
- **Sensual Food:** az étel- és ital-fogyasztással kapcsolatos érzéki örömekre fókuszál, ezért a termékek megjelenésére a kreatív, fantáziadús, játékos ötletek a jellemzőek.
- **Slow Food:** A fogyasztók egy szegmensében különös érdeklődést mutat az olyan étel- és ital-termékek iránt, amelyek ritkaságnak számítanak, adott területeken őshonosak, vagy amelyek már „kihaltak” vannak. Szívesen vásárolják a megmenteni kívánt növényekből és állatokból készült termékeket.
- **D.O.C Food:** azt a termékcsoporthoz jelöli, amelyeknek ellenőrzött a származásuk. (HORVÁTH et al, 2005)

Az étel- és ital-fogyasztás szerkezetének és az étel- és ital-fogyasztási mintáknak a megváltozása szintén összefüggésben van más dimenziókkal, például a gyümölcs- és zöldségfogyasztással, illetve a víz- és földhasználattal.

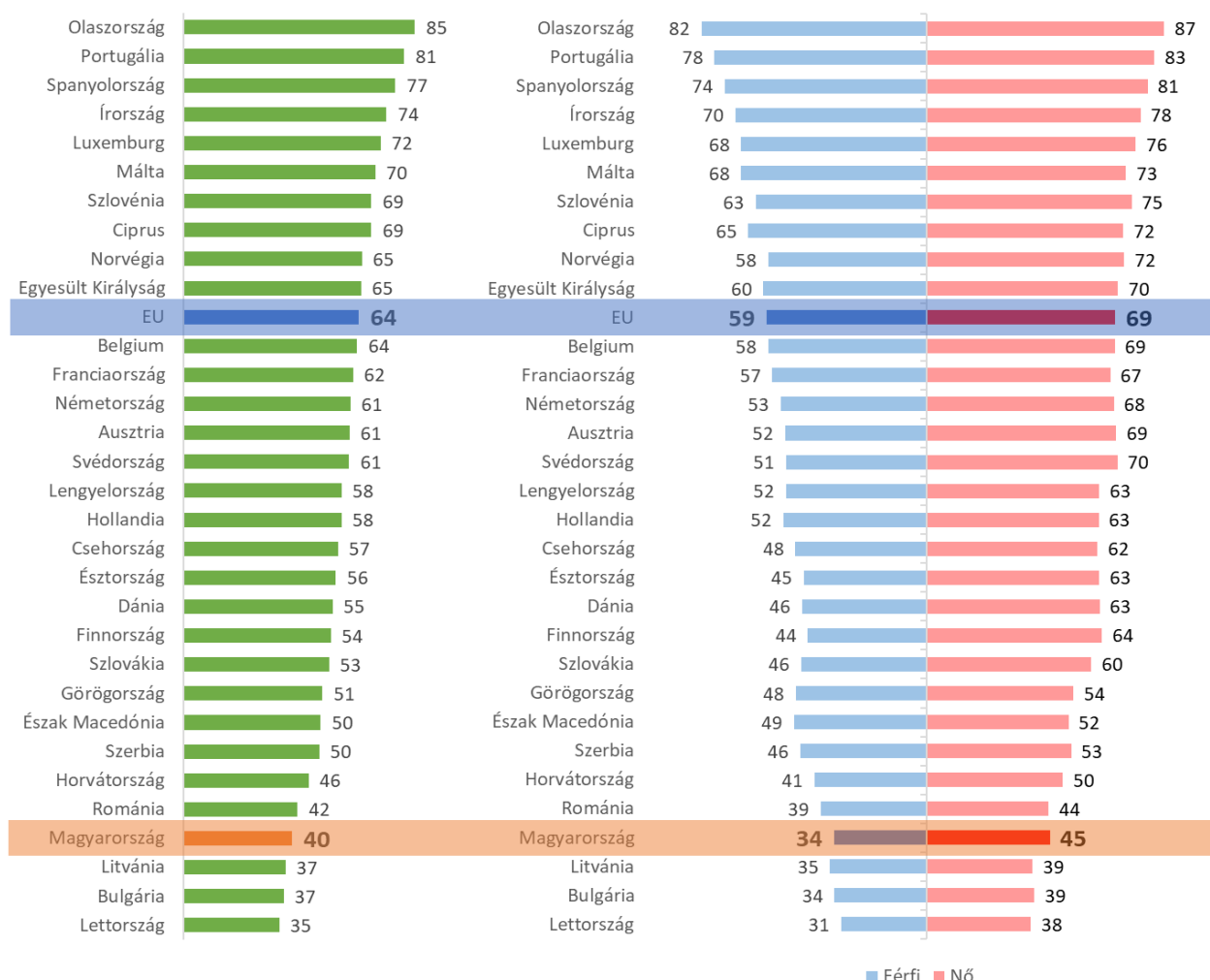
Mivel a táplálkozás fontos tényezője az egészségnek, a gyümölcs- és zöldségfélék elégtelen fogyasztása egy olyan tényező, amely szerepet játszhat a megnövekedett halálozásban (OECD, 2016). A WHO szerint az egészséges táplálkozás elősegítheti az alultápláltság elleni védekezést,

valamint csökkentheti egyes krónikus betegségek előfordulásának valószínűségét, beleértve a cukorbetegséget, a szívbetegségeket, a stroke-ot és a rákot.

A WHO felnőtteknek szóló ajánlásai alapján az egészséges táplálék napi legalább 400 gramm (5 adag) gyümölcsöt és zöldséget tartalmazzon; a teljes energia bevitel kevesebb, mint 10%-a származzon cukrokból; kevesebb, mint 30%-a zsírokból, és napi kevesebb, mint 5 gramm só fogyasztása javasolt (WHO, 2020).

A mennyiségi ételmiszerfogyasztásról egyre inkább áttevődik a hangsúly a minőségi fogyasztásra, elsősorban a magasabb jövedelmi rétegekben, a fejlett országokban. Mindemellett a demográfiai struktúra is megváltozott. Napjainkban az iparosodás és a társadalmi jólét miatt az emberek több felesleges kalóriát és feldolgozott ételmiszert, készített fogyasztanak, míg a gyümölcsök és zöldségek fogyasztása egyre csökken. Világszerte a kevés gyümölcsöt tartalmazó étrend közel 3 millió halálesetet okozott 2015-ben, míg az alacsony zöldségfogyasztás közel 2 millió halálesetért volt felelős (OECD, 2017a).

Az EU-tagországok átlagában a felnőttek 64%-a napi szinten (legalább naponta egy alkalommal) fogyasztott gyümölcsöt 2017-ben. Ugyanez az arány volt jellemző a napi zöldségfogyasztás tekintetében is az Európai Unió egészében.



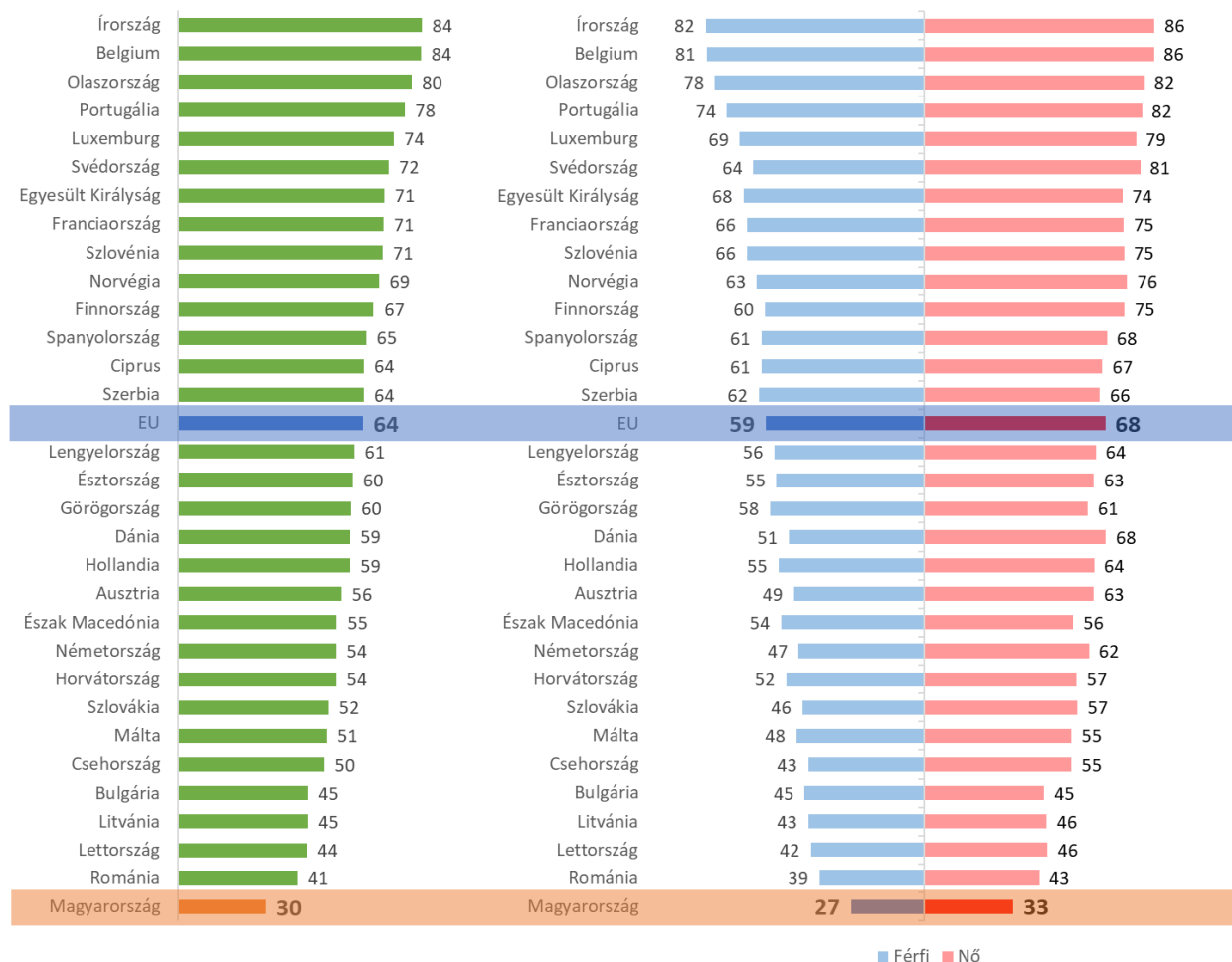
10. ábra: Gyümölcsfogyasztás az Európai Unióban (%)

Forrás: saját szerkesztés EUROSTAT adatai alapján (2019) (az adatok 2017-re vonatkoznak)

A 10. ábra és 11. ábra azt is szemlélteti, hogy a nők arányában gyakrabban fogyasztanak gyümölcsöt és zöldséget minden EU tagországban, mint a férfiak. A legkevesebb gyümölcsöt

Bulgáriában (37%), Romániában (37%) és Lettországon (35%) fogyasztottak az ott lakók, míg Olaszországban (85%) és Portugáliában (81%) volt a legmagasabb, több mint 80%-os az arány. Magyarországon a teljes felnőtt népességnek csupán 40%-a fogyaszt napi szinten gyümölcsöt, ami jelentősen elmarad az EU átlagától (10. ábra).

A napi zöldségfogyasztás tekintetében, a teljes felnőtt lakosságot nézve Írországon és Belgiumban volt a legmagasabb azoknak az aránya, akik legalább napi egy alkalommal fogyasztottak zöldséget (mindkét esetben 84%). Hazánk ebben a tekintetben a lista legvégén szerepel, arányában Magyarországon fogyasztanak a legkevesebben napi szinten zöldséget az EU tagállamok közül. A legtöbb országban a lakosság 50-80% közötti arányban eszik naponta zöldséget, csupán 5 tagállamban volt ez az arány 50% alatti: Bulgáriában (45%), Litvániában (45%), Lettországon (44%), Romániában (41%) és Magyarországon (30%) (11. ábra).

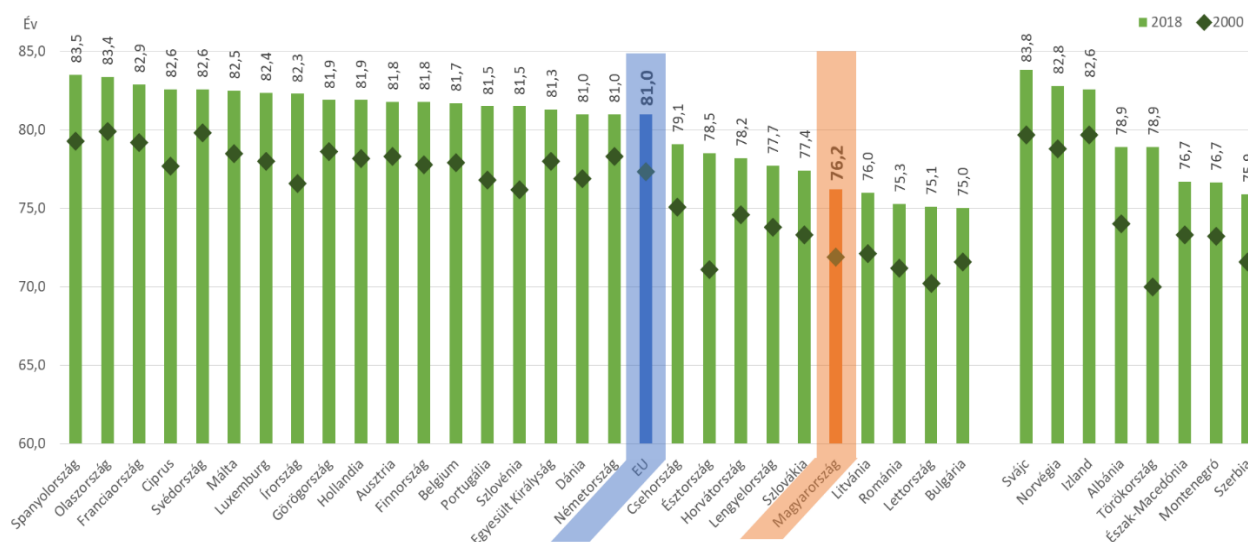


11. ábra: Zöldségfogyasztás az Európai Unióban (%)

Forrás: saját szerkesztés, EUROSTAT (2019) adatai alapján (az adatok 2017-re vonatkoznak)

Életstílussal kapcsolatos kockázati faktorok

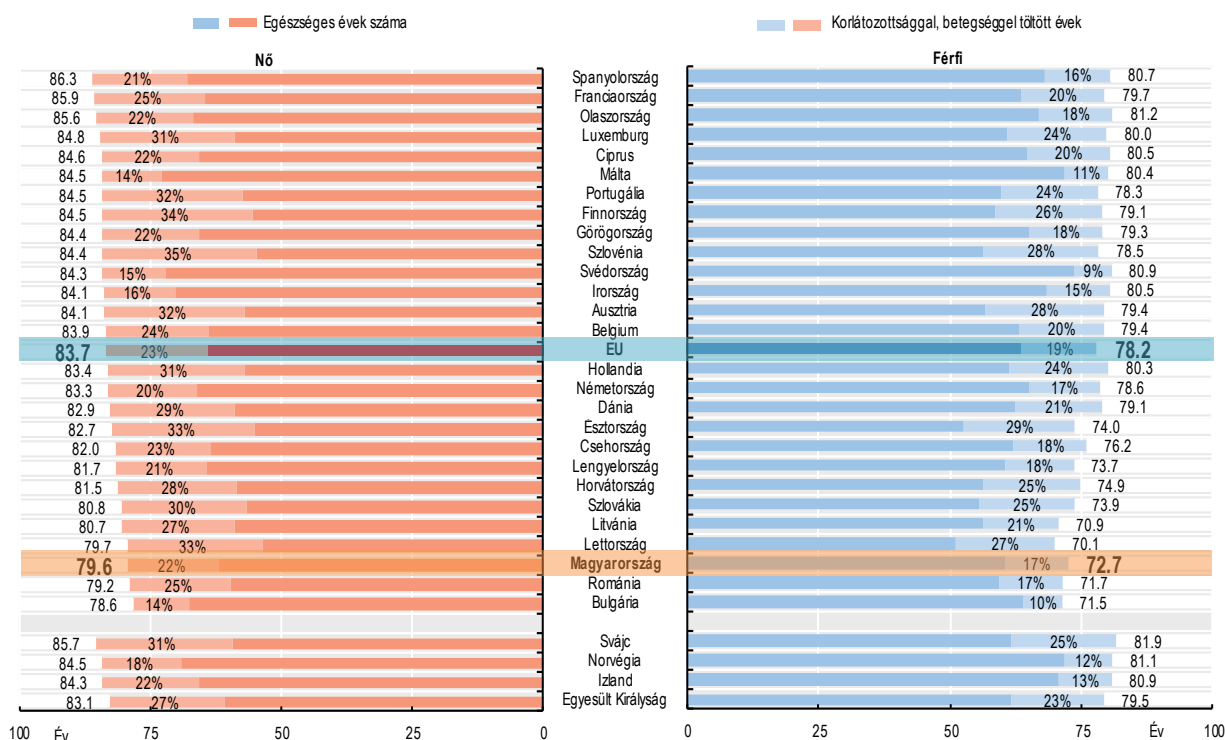
A születéskor várható élettartam több mint 4 évvel, 76,2 évre nőtt 2000 és 2018 között Magyarországon, azonban ez még mindig közel 5 évvel elmarad az EU-átlaghoz képest, ami 81 év volt 2018-ban (1990 óta több mint 6 évvel nőtt). Az Európai Unióban Spanyolországban a legmagasabb (83,5 év) és Bulgáriában a legalacsonyabb (75 év) a születéskor várható élettartam. A várható élettartam tekintetében Magyarország a szomszédos országok legtöbbjéhez képest lemaradásban van, a V4 országok között Magyarországon a legalacsonyabb a születéskor várható élettartam. Mindemellett nagyon jelentős különbségek vannak a nemek és a társadalmi-gazdasági csoportok között. A várható élettartam alakulását a 12. ábra mutatja.



12. ábra: Várható élettartam az Európai Unió országában

Forrás: saját szerkesztés OECD (2019) és OECD/EU (2020) adatai alapján

A férfiak és nők között nagy a különbség, a magyar férfiak átlagosan közel 7 évvel élnek kevesebbet, mint a nők (72,7 év szemben 79,6 évvel). A nemek közötti különbség magasabb Magyarországon, mint az EU egészében (5,5 év), amit elsősorban az életstílusbeli különbségek okozhatnak – a férfiak nagyobb mértékben vannak kitéve olyan rizikófaktoroknak, mint a dohányzás vagy a túlzott alkoholfogyasztás. Az egészségesen várható élettartam tekintetében szintén lemaradásban vagyunk – körülbelül másfél évvel kevesebb időt élünk tartós betegségek, korlátozottságok nélkül az EU átlagához képest (61,8 év szemben 64,2 évvel). Az egészségügyileg korlátozott évek számát tekintve viszont Magyarországon a legkisebb, ezáltal a legjobb az arány (17%) a V4 országokhoz viszonyítva. A nemek közti különbségeket a 13. ábra szemlélteti.



13. ábra: Várható élettartam az Európai Unió országában nemek szerint, az egészségügyi korlátozottság arányában

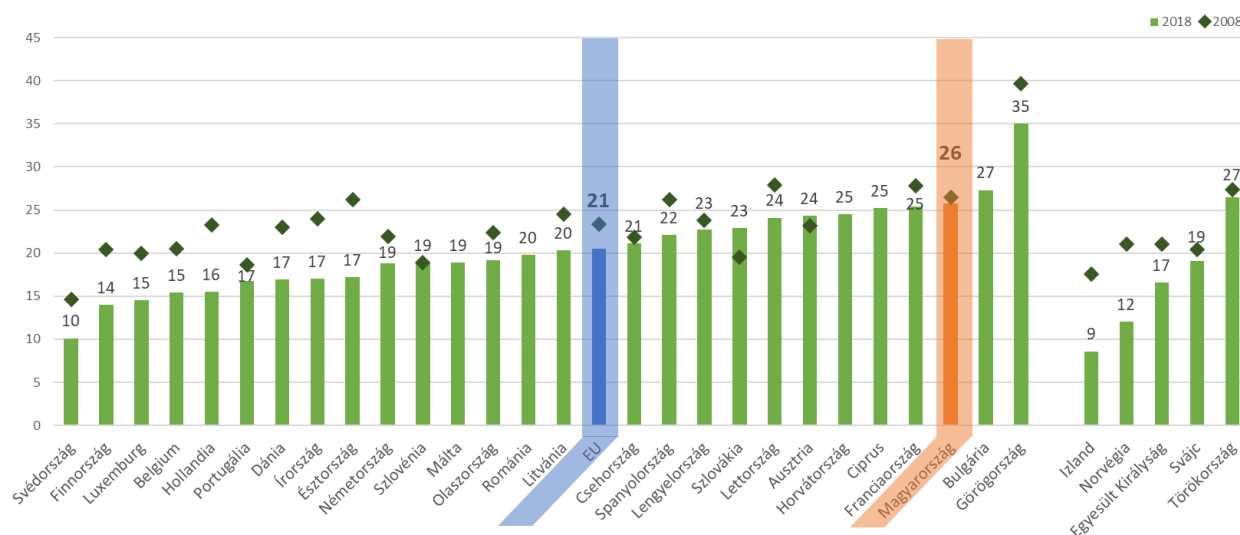
Forrás: saját szerkesztés OECD/EU (2020) és EUROSTAT (2019) adatai alapján

A társadalmi-gazdasági státusz szerinti várható élettartamok közötti különbség még jelentősebb: egy 30 éves, legalacsonyabb iskolai végzettségű magyar férfi például átlagosan 12,6 évvel él kevesebbet, mint a legmagasabb iskolai végzettségű kortársa (EU21 átlag: 7,6 év). Ez az arány nők esetében 6,4 év (EU21 átlag: 4,1 év). (OECD,2019)

Az egészséges életmóddal kapcsolatos tényezők, mint például a rendszeres testmozgás, a túlsúly és elhízás megelőzése, illetve a nem dohányzás, jelentősen csökkenthetik a leggyakoribb krónikus betegségek előfordulásának kockázatát (CHIUE et al., 2006). A fizikai inaktivitás, illetve az alacsony zöldség- és gyümölcsfogyasztás a 10 vezető kockázati tényező közé tartozik (FOROUZANFAR et al., 2016). Mindemellett nagyon fontos tényező, hogy napjainkban a technológiai fejlesztések következtében csökken a népesség fizikai aktivitása, mivel a munkahelyek már egyre inkább automatizáltak, és egyre több szellemi munkát igényelnek a fizikai aktivitás helyett. Ezzel együtt azonban a stressz szintje folyamatosan növekszik, ami növelheti bizonyos krónikus betegségek, például a depresszió vagy a szív- és érrendszeri megbetegedések előfordulásának kockázatát.

Ha a 3 fő életmódbeli kockázati tényezőt tekintjük, akkor egyértelműen látszik, hogy a dohányzás, az alkoholfogyasztás és az elhízás növeli a leginkább a krónikus betegségek előfordulásának kockázatát. A WHO egészségügyi szakembereinek becslése szerint a dohányzás évente 7 millió ember haláláért felelős, a felnőttek átlagosan 18,5 %-a mégis napi szinten dohányzik továbbra is az OECD országaiban. Az alkoholfogyasztás szintén jelentős kockázati tényező (elsősorban bizonyos rákos megbetegedések, stroke vagy májbetegség vonatkozásában) és a becslések szerint évente 2,3 millió halálesetet okoz. Ez volt a harmadik fő kockázati tényező a dohányzást és a magas vérnyomást követően Európában 2012-ben: a férfiak esetében a halálozások 7,6%-át, nők esetében a halálozások 4%-áért volt felelős (WHO, 2014). Az elhízás szintén súlyos egészségügyi terhet jelent bizonyos krónikus betegségek (pl. cukorbetegség, rák, szív- és érrendszeri megbetegedések) kockázatának növekedésével kapcsolatban – az OECD-országok teljes népességének 54%-a túlsúlyos és a lakosság 19%-a elhízott.

A 14. ábra a dohányzásban történt változásokat mutatja 2008 és 2018 között.



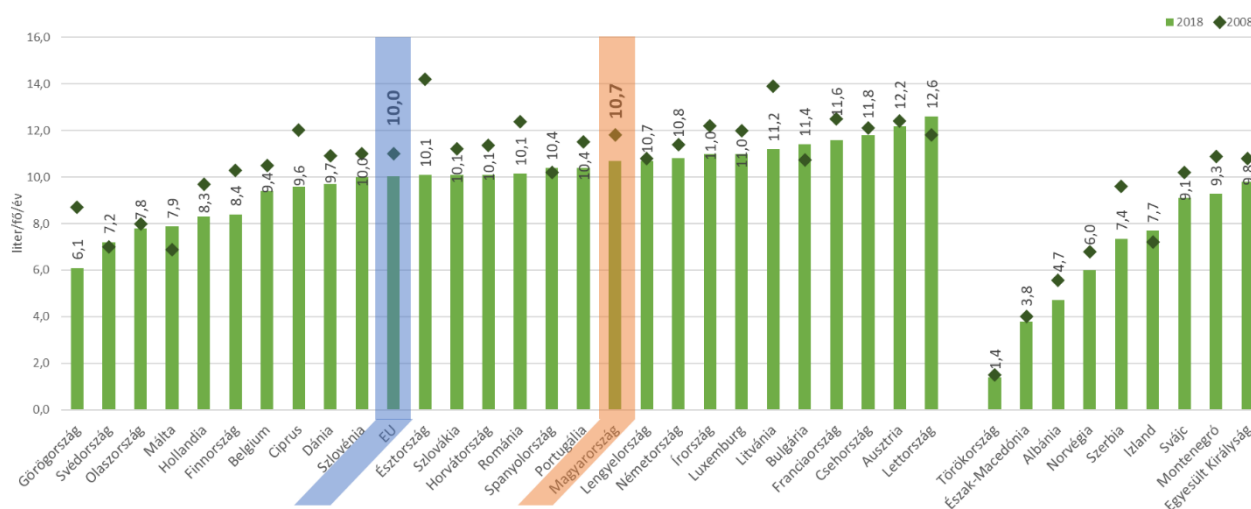
14. ábra: Napi szinten dohányzó felnőtt lakosság aránya az Európai Unióban (%)

Forrás: saját szerkesztés OECD/EU (2020) adatai alapján

Világosan látszik, hogy a dohányzók száma a megfigyelt országok túlnyomó többségében csökkent, a magyarok azonban továbbra is a legdohányosabb nemzetek közé tartoznak Európában - a magyar felnőttek 26%-a napi szinten dohányzik, ami a 2000-ben mért 30%-os arányhoz képest ugyan csökkenést mutat, de még mindig a harmadik legmagasabb érték az egész Európai Unióban. A 28 EU-ország közül 13 tagállamban a felnőtt lakosság kevesebb, mint 20%-a dohányzott napi

szinten 2018-ban. A legalacsonyabb arányok a skandináv országokban, a Benelux államokban és Portugáliában fordultak elő. Mindemellett az is fontos megállapítás, hogy a dohányzás az alacsonyabb iskolai végzettségűek körében koncentráltabb (OECD, 2019).

A 15. ábra az alkoholfogyasztására vonatkozik, és azt szemlélteti, hogy a felnőttek alkoholfogyasztása ugyan lassan csökken, a serdülőkorúak körében azonban aggasztó mértéket ölt az OECD jelentése alapján. A magyar lakosságra vetítve azt mutatják az adatok, hogy a felnőtt lakosság körében a feljegyzett alkoholfogyasztás ugyan lassan csökkent 2008 és 2018 között, de továbbra is magasabb, mint a legtöbb EU tagországban, és körülbelül 10%-kal magasabb volt az EU átlagához viszonyítva 2014-ben (10,9 liter a 10,0 literhez képest).



15. ábra: Az alkoholfogyasztás mértéke az Európai Unió országaiban (liter/fő/év)

Forrás: saját szerkesztés OECD/EU (2020) adatai alapján

Ha áttérünk a fizikai inaktivitásra, mint kockázati tényezőre, talán nem meglepő, hogy az adatokból az látszik, hogy a rendszeres testmozgás mennyisége általában magasabb a magasabb jövedelemcsoportokban. Az alacsonyabb jövedelmű lakosság esetében kevésbé valószínű a tagállamok túlnyomó többségében, hogy elvégzi a WHO által javasolt heti 150 perc rendszeres testmozgást (WHO, 2015b). A két megfigyelt csoport között a legnagyobb különbség az Egyesült Királyságban, Szlovéniában és Luxemburgban volt. Bizonyos tagállamok - például Írország, Svédország és Dánia esetében - azonban nincs szignifikáns különbség a különböző jövedelemcsoportok között. Magyarország az Európai Unió átlagánál jobb helyzetben van az alacsonyabb jövedelmű csoportban, ugyanakkor a rendszeres testmozgás kevésbé gyakori az átlagosnál magasabb jövedelemmel rendelkező magyarok körében. Ez a fajta szabadidős tevékenység valamilyen szinten modern életstílust jelent, hiszen egyrészt az életmódban történő változások okozzák, másrészt viszont a fentebb említett technológiai fejlődéseknek is köszönhető – egyre kevesebb fizikai aktivitásra van szüksége az embereknek a munkavégzésük során. Ennek következtében, ha a fizikai aktivitás az emberek mindennapi életéből már hiányzik, azt valamilyen "mesterséges" tevékenységgel, sporttal kell helyettesíteni, amire már egy teljesen új iparág alakult ki (sport industry) (OECD/EU, 2016).

Amennyiben a fenntarthatósággal kapcsolatban beszélünk egészséges életmódról, mindenképp szükséges megemlíteni a fenntartható értékrend szerinti életstílus követőit, vagyis az úgynevezett LOHAS szegmenst. SZAKÁLY és munkatársai (2015) által írt tanulmány rámutat arra, hogy a LOHAS szegmens tagjai döntéshozatali folyamataik során figyelembe veszik a fenntartható fejlődés mindhárom fent említett pillérét. Egészségtudatosak, és a fenntarthatóság iránti elkötelezettségük tükröződik a környezetbarát, társadalmilag felelős termékek megvásárlásában. A tanulmány ezek mellett arra is kitér, hogy megkülönböztesse a LOHAS életmód 5, jól definiált

értékkategóriáját, amelyek irányítják az egyének magatartását, nevezetesen az autentikus értékeket, az egészségtudatos értékeket, az etikai értékeket, az individualista értékeket és a környezettudatos értékeket (SZAKÁLY et al., 2015). A dolgozatomban nagyon fontosnak tartottam megemlíteni ezt a csoportot, azonban a továbbiakban és a kutatásom során kifejezetten a közösségi média használatával összefüggő kapcsolódási pontokat szeretném vizsgálni.

3.3. Az egészségtudatosság fejlesztésének lehetséges szintjei és kapcsolódó elméleti modellek

3.3.1. Állami, intézményi szint

3.3.1.1. Az egészségügyi rendszerek kialakulása és jellemzői

Disszertációmban elsősorban a munkáltatói és fogyasztói szintekre fókuszálok, azonban a téma komplexitását szem előtt tartva fontosnak tartom bemutatni az állami szinthez kapcsolódó elméleti hátteret is, a szekunder kutatásom részeként, egy rövid kitekintés formájában.

A fejlett országok történetét tekintve jelentős különbség alakult ki az amerikai és európai egészségügyi rendszerek között, különösen a második világháborút követő időszakban. A különbséget nem csupán a konkrét szervezeti jellemzőkben láthatjuk, hanem az alapvető politikai és etikai elvekben is megnyilvánulnak, amelyekre ezek a rendszerek épülnek. A nemzetközi szakirodalomban és gyakorlatban leggyakrabban a finanszírozási jellemzőkre alapulva vannak megkülönböztetve az egészségügyi rendszerek:

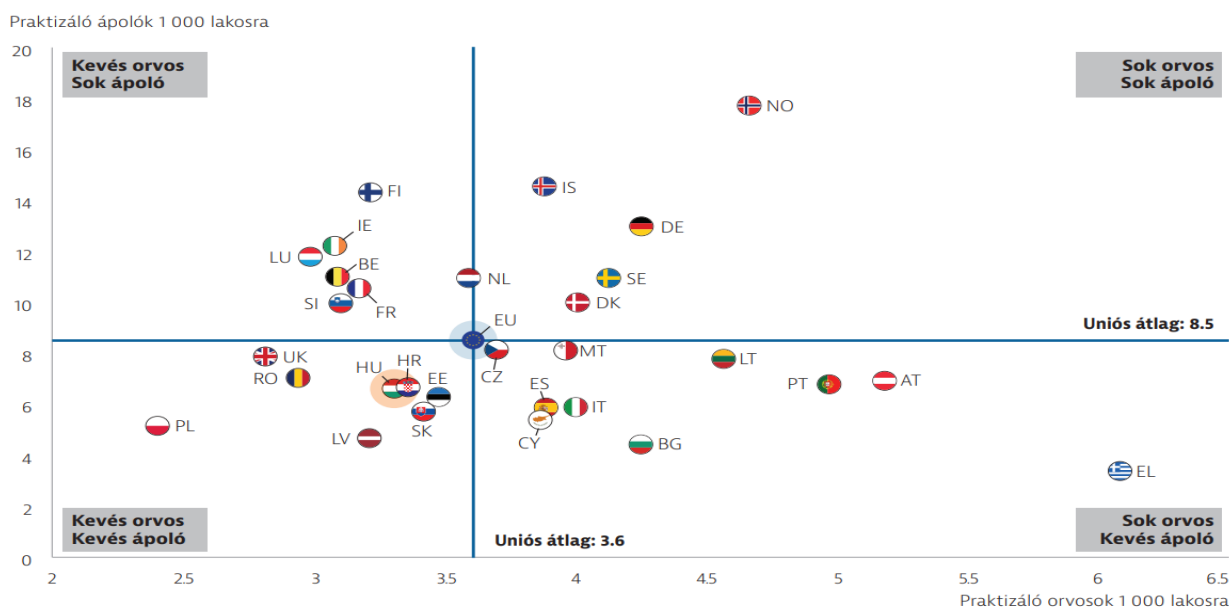
- **Bismarck-féle szolidaritás elvű társadalombiztosítás**
A kötelező részvételen alapuló egészségbiztosítási rendszer először Németországban jött létre, a következő 5 pillérre épülve: egészségbiztosítás, munkahelyi balesetbiztosítás, nyugdíjbiztosítás, munkanélküliségi biztosítás, önálló ápolásbiztosítás. A finanszírozás alapját a munkáltatók és munkavállalók által fizetett társadalombiztosítási járulék jelentette. A költség-visszatérítéssel rendszerben (például Belgium, Franciaország, Luxemburg) a szolgáltatásokat számos esetben a szolgáltatás igénybevételekor a páciens kifizeti, majd azt a biztosítótól részben vagy egészben visszakapja. A természetbeni ellátások rendszerében (például Németország, Ausztria, Magyarország, Hollandia esetében) a páciens nem fizet közvetlenül a kapott szolgáltatások után, a biztosító közvetlenül a szolgáltatónak utalja a térítési díjat.
- **Beveridge-féle állami egészségügyi szolgálat**
A rendszer alapjait az Egyesült Királyságban fektették le (NHS: National Health Service). Felépítése abból indul ki, hogy a jóléti társadalomban a javak elosztása az állampolgárok között minél igazságosabb módon történjen, ami az egészségügyben úgy nyilvánult meg, hogy erős állami irányítás érvényesül az egészségügy finanszírozásában és a szolgáltatások nyújtásában. A finanszírozás alapja az adó, a hozzáférés általában állampolgári jogon jár. A centralizált rendszerek esetén (például Egyesült Királyság, Írország, Új-Zéland) esetén az ellátások és a finanszírozás szervezésének felelőssége a központi kormányzat kezében van, míg a decentralizált rendszereknél (például Dánia, Finnország, Svédország) az ellátás a helyi közigazgatás hatásköre.
- **Magánbiztosításra épülő vegyes rendszer**
A rendszer több egészségügyi rendszer kombinációja, erőteljesen épít az öngondoskodásra, legismertebb példája az USA. A piacot üzleti biztosítók uralják, az ellátást döntően magán szolgáltatók végzik, a finanszírozás alapja a biztosítás és a központi költségvetés, a hozzáférés alapját a biztosított jogviszony, illetve a dedikált rásszorultság jelenti.
- **Szemaskó-féle szocialista rendszer**
A második világháborút követően jött létre a Szovjetunióban, majd a szocialista országokban terjedt el a használata (Magyarországon 1972-től). Erős állami dominanciára épül, de később megjelent az egészségügyben dolgozók jövedelmének kiegészítő forrásaként a paraszolvencia is. A szolgáltatást és ellátást állami intézmények végzik, a

hozzáférés alapja az állampolgári jogviszony. A rendszerváltást követően a Szemaskó-féle egészségügyi rendszer megszűnt, és Magyarországhoz hasonlóan a legtöbb kelet-európai volt szocialista ország a Bismarck-féle rendszerhez tért vissza. (BONCZ, 2011)

Az életminőség állami szintű vizsgálatával és mérési lehetőségeivel kapcsolatban számos komplex mutatószám létezik (pl. NEW: Net Economic Welfare, ISEW: Index of Sustainable Economic Welfare, HDI: Human Development Index, HRQOL: Health Related Quality of Life stb.), melyek azonban nem csupán az egészséggel kapcsolatos tényezőket tartalmazzák, hanem az életminőség összetettebb értékelésére szolgálnak, ezért jelen kutatás során nem kerülnek részletesen ismertetésre.

3.3.1.2.A magyar egészségügyi rendszer teljesítménye

A magyar egészségügyi rendszer egyre inkább központosítottá válik, azonban rendkívüli módon alulfinanszírozott. Az uniós átlaghoz viszonyítva Magyarország mind abszolútértékben, mind a GDP százalékában kifejezve jóval kevesebbet költ az egészségügyre. Az egy főre jutó egészségügyi kiadások 1468 EUR-t tesznek ki, ami a V4 országok között a legutolsó helyet jelenti, de az Európai Unió egészéhez viszonyítva is szinte leghátul helyezkedik el hazánk. A kormányzati és a kötelező társadalombiztosítást jelentő állami részesedés a 2017-es összes egészségügyi kiadás alig több mint kétharmadát adta az összes egészségügyi kiadásból, míg a közvetlen lakossági hozzájárulások 27%-ot tesznek ki, amely az uniós átlagnál (16%) jóval magasabb, annak több mint másfélszerese. Az önrész magas mértéke miatt leginkább az alacsony jövedelmű csoportok kerülnek kiszolgáltatott helyzetbe, a lakosságnak ezt a szegmensét érinti leginkább aránytalanul a magas önrész (OECD, 2019). A hatékonyságot tekintve a legfontosabb mutató a korábbiakban már ismertetett megelőzhető és megfelelő kezeléssel elkerülhető halálozások aránya (8. ábra). Az adatokból egyértelműen látszik, hogy hazánkban nagyon magas az ilyen típusú halálozások aránya (Magyarországon a 3. legmagasabb a megelőzhető, és 5. legmagasabb a kezeléssel elkerülhető halálozások száma), ezért ebben a tekintetben az egészségügyi rendszer teljesítményén jelentős mértékben lehetne javítani, elősorban az alapellátás megerősítésén keresztül. Az ellátottság, hozzáférés alapján a lefontosabb mutató az egészségügyi személyzet száma, amely alapján Magyarország szintén az uniós átlag alatt van – hazánkban kevesebb az 1000 lakosra jutó orvosok és ápolók száma is az Európai Unió átlagához viszonyítva (16. ábra).



16. ábra: Az egészségügyi munkaerő mértéke az Európai Unió országaiban

Forrás: OECD (2019)

(Portugáliában és Görögországban az adatok a praktizálásra engedélyt kapó minden orvosra vonatkoznak, túlbecslését eredményezve, míg Ausztriában és Görögországban az ápolók száma alulbecsült, mivel csak a kórházi dolgozókat tartalmazza. Az adatok 2017-re vonatkoznak.)

Az orvosok aránya nem csupán a lakosság számához viszonyítva alacsonyabb, hanem hazánkban régiós szinten is egyenlőtlen az egészségügyi munkaerő megoszlása, ez pedig azt eredményezi, hogy az elmaradottabb, szegényebb vidéken élők nehezebben jutnak orvosi ellátáshoz, ugyanakkor a kielégítetlen egészségügyi szükséglet nem számottevő. Közép-Magyarországon az egy főre jutó orvosok száma például majdnem duplája az Észak-Magyarország régióban mértnek – az egészségügyi munkaerő hiánya, a tartósan betöltetlen háziorvosi praxisok száma a szegényebb megyékben és régiókban koncentrálódik (OECD, 2019). Ugyanakkor a kórházi ágyak számát tekintve Magyarország jóval az EU átlag felett helyezkedik el, azonban amíg a legtöbb országban csökkent a kórházi ágyak száma 2018-ra (2000-hez viszonyítva), addig hazánkban továbbra is 7 az 1000 lakosra jutó ágyszám (OECD/EU 2020).

Az előzőekből is jól látszik, hogy az egészségügyi ellátás hazánkban elsődlegesen kórházközpontú, az alapellátás egyelőre nem kap megfelelő hangsúlyt és szerepet sem az ellátás, sem a betegségmegelőzés, egészségmegőrzés területén. Az egészségügyi rendszer központosított jellege miatt erős nyomás nehezedik az államra az egészségfejlesztés területén is, azonban az elmúlt években jelentős törekvéseket tett az egészségtudatosságra nevelés irányában:

- a fogyasztók táplálkozási szokásainak javítása érdekében 2011-ben bevezetésre került a népegészségügyi termékadó az egészségtelen élelmiszerek fogyasztásának csökkentésére
- 2013-ban elfogadásra került az élelmiszerekben lévő transzsavak korlátozásáról szóló jogszabály
- 2015-ben szigorúbb szabályozást vezettek be többek között az iskolai közétkeztetésben
- megemelésre került a dohánytermékekre és alkoholtermékekre kivetett jövedéki adó mértéke
- a kötelező védőoltások körének bővítésével (HPV elleni védőoltás bekerülése az oltási programba) a gyermekkorai immunizáció aránya kiemelkedően magas uniós szinten is - határozott egészségpolitika folytatásával az állami szinten keresztül is növelhető az életminőség, és hosszú távon a lakosság egészségtudatossága. (OECD, 2019; WHO, 2015)

3.3.1.3. Az egészségügyi rendszeren belüli hálózatok

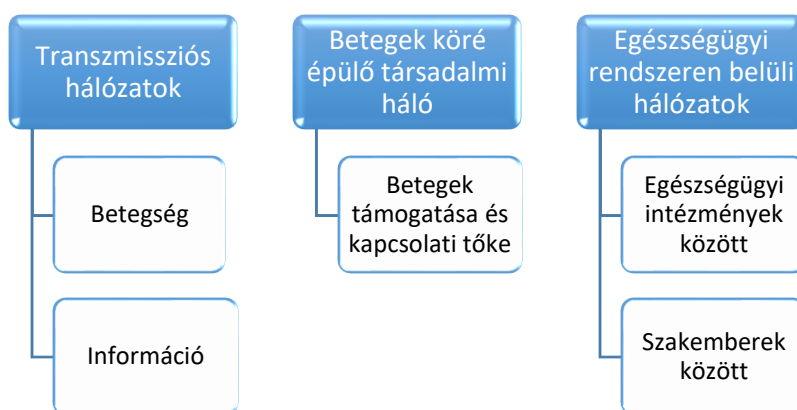
Az információ létrehozása, megosztása, gyűjtése, rendszerezése egyre inkább hálózatosodottá válik. RAINIE és WELLMAN (2012) összegyűjtötték a legfontosabb technológiai változásokat, melyek hatással vannak a kapcsolathálózataikban tevékenykedő emberek mindennapi információfeldolgozási szokásaira:

- az elérhető információ mennyisége drasztikus mértékben növekszik,
- az információ felhasználása differenciálódik -> a felhasználók médiafogyasztási, választási lehetősége megnövekedett az online egyre bővülő és gazdagabbá váló digitális tartalmaknak, az elosztási csatornák változatosabbá válásának, a mobil technológiák fejlődésének, az online tartalmak bárholonnan és bármikor elérhetőségének köszönhetően.
- az információ sokkal változatosabbá válik,
- az információáramlás gyorsul -> a szélessávú, gyors internetkapcsolat és a mobilinternet elterjedésével az információáramlás gyorsul és bővül. Az email, a kapcsolathálózati üzenőfal, üzenetmegosztás és üzenetváltás, az azonnali üzenetváltás (chat), a mobiltelefonon, valamint az online információs és kommunikációs hálózatokban elterjedt szöveges üzenetküldés mennyiségének és intenzitásának robbanásszerű növekedése egyre nagyobb és gyorsuló forgalmat generál.
- a releváns információ megtalálása könnyebbé válik -> a kereső szolgáltatások használata egyre elterjedtebbé és népszerűbbé válik (pl. Google)
- előtérbe kerülnek a hiteles és megbízható információforrások -> a felhasználói visszajelzések, értékelések, rangsorolások, címkézések lehetővé teszik, hogy szélesebb

körü visszajelzés alapján vonjunk le következtetéseket az adott szolgáltatással, termékkel, forrással kapcsolatban.

- az információ és a kommunikáció keveredik, egymáshoz konvergál -> Az emberek többféle online eszközt és forrást használnak az információ összegyűjtésére és ellenőrzésére, ismerőseik körében informálódnak, online, vagy nyomtatott forrásokat használnak.

A hálózatelemzés egy olyan megközelítésmódot jelent, amely eszközrendszerével képes arra, hogy feltárja, leírja, és megmagyarázza az egészségügyben kialakuló hálózatok struktúráját és folyamatait (LUKE és HARRIS, 2007). A szakirodalom áttekintése során egyértelműen látszik, hogy az egészségügyi hálózatosodás elemzésénél az együttműködési struktúrákra fókuszálnak a kutatások. Luke és Harris az alábbi kategóriákat, alhálózatokat azonosította be az egészségügyi hálózatok csoportosításánál. Dolgozatomban ezt a kategorizálást fogom én is követni: a transzmissziós hálózatokat, a betegek köré épülő társadalmi hálót és az egészségügyi rendszeren belüli hálózatokat (17. ábra).



17. ábra: Hálózatok az egészségügyben

Forrás: LUKE és HARRIS (2007) alapján

A transzmissziós hálózatban egyértelműen meghatározható az átvadó és az átvevő, akik között rendszerint egyszeri alkalommal áramlik az információ, azaz egyirányú és egyszeri esemény hatására alakul ki ez a hálózat. A betegek köré épülő társadalmi hálóban ez nem határozható meg ilyen egyértelműen, folyamatos gyakoriságú, változó irányú összetett kapcsolatrendszerrel van szó, a résztvevők mind az információ átvadói és átvevői is lehetnek. Az egészségügyi rendszeren belüli hálózatok jellemzően felülről kialakított kapcsolatokat jelentenek, az egyének közötti kapcsolatok számos esetben nem az egyén választásának hatására jönnek létre. Mivel a közösségi média az információ áramlás egy modern platformja, ezért ezekben a hálózatokban is megjelenik, és fontos szereppel bírhat az egészséggel, betegséggel, megelőzéssel kapcsolatos üzenetek megfelelő célközönséghez történő eljuttatásában a fent említett hálózatokon keresztül.

Disszertációm témájából fakadóan az állami szint értékelésénél azonban a transzmissziós hálózatokon túlmenően elsősorban a betegek köré épülő társadalmi háló a lényeges, vagyis azok a rendszerek, mikor a páciensek is (a disszertációmban fogyasztóként vagy munkavállalóként megjelenő személyek) részt vesznek az információáramlásban.

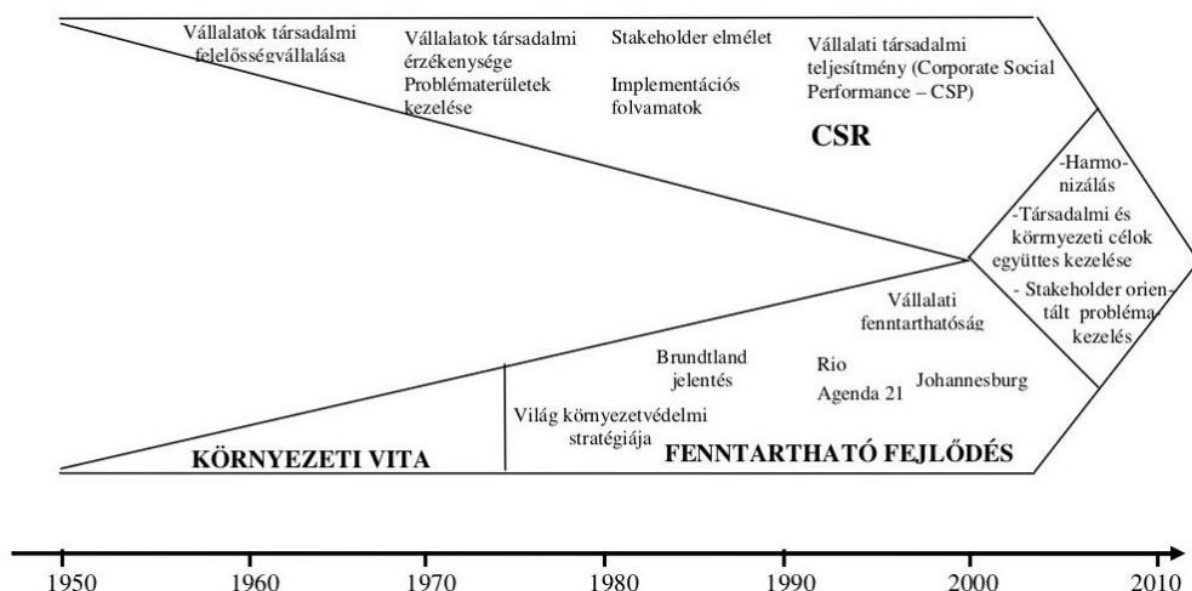
3.3.2. Vállalati, munkáltatói szint

3.3.2.1. A vállalati társadalmi felelősségvállalás (CSR) fogalma és dimenziói

A piaci és profitorientált megközelítések miatt könnyű elfelejteni, hogy egy vállalat teljesítményét nem csak a pénzügyi teljesítményen vagy a profiton keresztül lehet és kell értékelni, hanem vannak olyan nem pénzügyi mutatók és tevékenységek is, amelyek hatással vannak a vállalat megítélésére és imázsára – ilyen többek között a vállalati társadalmi felelősségvállalás területe (STOJANOVIC

et al., 2020; DE ROECK et al., 2016). A témában készült kutatásokat áttekintve egyértelműen látszik, hogy sokan sokféleképp értelmezik a társadalmi felelősségvállalást. A szakirodalomban elsősorban a környezettudatossággal, környezetvédelemmel azonosítják, azonban számos egyéb vetülete is van ma már. Ahhoz azonban, hogy értelmezni tudjuk a vállalati társadalmi felelősségvállalás (CSR: corporate social responsibility) fogalmát, meg kell ismernünk a vállalati fenntarthatóság (CS: corporate sustainability) koncepcióját és elhelyezni azt a vállalati társadalmi felelősségvállalással foglalkozó koncepciók, elméletek rendszerében.

A társadalmi felelősségvállalás kétségkívül jelenkorunk gazdaságának egyik kiemelkedő koncepciója, mely röviden arról szól, hogy az egyének, nemzetek, és a különböző vállalatok tevékenységükben hogyan tudnak felelős magatartást mutatni. Míg a legtöbb kutatás egyetért abban, hogy a társadalmi felelősségvállalás erős üzleti követelmény, kevés konszenzus van abban a kérdésben, hogy mit alkot, és hogyan kell beépíteni a vállalati működésbe. Sőt, vannak ennek a koncepciónak ellenzői is (pl. CHWISTECKA-DUDEK, 2016). Friedman például kijelentette, hogy a CSR-tevékenységek a részvényesek felesleges befektetését jelentik, és a társadalmi felelősségvállalásnak az egyének személyes megválasztásának kell lennie, nem pedig üzleti kérdésnek (FRIEDMAN, 1970; THAO et al. 2019). A CSR fogalmát a sokféle meghatározás és megközelítés miatt gyakran félreértik és félreértelmezik; vagy egyszerűen csak nem értik a fenntartható üzleti modellekben betöltött szerepét (DAHLSTRUD, 2006; DOH et al., 2015; LING, 2019). A probléma abban rejlik, hogy az ismeretek párhuzamosan fejlődnek a különböző üzleti tudományágakban, így sok mindenben eltérő vélemények, ötletek, megvalósíthatósági szándékok jelennek meg. Ehhez még hozzáadódnak a kulturális különbségek, amelyek globális üzleti környezetben találhatók (KASHYAP et al., 2004). Mindemellett, a társadalmi felelősségvállalás és a fenntarthatóság nagyon gyakran fordul elő együtt az akadémiai környezetben, ebben az aspektusban ugyanis a szervezet hagyományos, rövid távú piacorientált érdeke háttérbe szorul, és más, hosszabb távú tervek kerülnek előtérbe, még akkor is, ha érdeke nem biztos, hogy közvetlenül mérhető (DOS, 2017). A 18. ábra szemlélteti a CSR és fenntarthatóság fogalmának, fogalmi kereteinek párhuzamos fejlődéstörténetét, és a napjainkban már összeérő közös metszetét, feladatköreit.



18. ábra: A CSR és fenntarthatóság időbeli fejlődésének folyamata

Forrás: LOEW et al. (2004) alapján CSIGÉNÉ NAGYPÁL (2008)

Számos kutató hangsúlyozta már, hogy a különböző szervezeteknek milyen jó ötletei vannak a fenntarthatósággal kapcsolatban, azonban az ez irányban tett tényleges lépéseik elhanyagolhatók, vagy ezek a szándékok gyakran nem alakíthatók át tényleges és eredményes lépésekké (LUNGU

et al., 2011). Azt azonban KOT és BRZEZINSKI (2015) is megerősíti, hogy egy jól strukturált, szervezett és végrehajtott CSR stratégia elengedhetetlen a fenntartható fejlődés elősegítéséhez a vállalatok életében.

Az első hivatalos CSR definíciót BOWEN (1953) publikálta, aki arra a következtetésre jutott, hogy a vállalatok olyan döntési jogkörrel rendelkeznek, amelyek hatással lehetnek cselekedeteikre és ezáltal befolyásolhatják a társadalom egészét. Bowen szerint a társadalmi felelősségvállalás célja nem csupán a szervezeti és a társadalmi szintű problémák megoldása, hanem inkább a vállalkozásokat segítő mechanizmusként működik (ISA, 2012). Bár ma sem létezik egységes megfogalmazás a vállalati társadalmi felelősségvállalással kapcsolatban, a leginkább elfogadott, idézett és legelterjedtebb definíció az Európai Bizottságtól származik: a vállalati társadalmi felelősségvállalás olyan koncepció, amely alapján a vállalatok önkéntesen szociális és környezeti szempontokat érvényesítenek üzleti tevékenységükben és a partnereikkel fenntartott kapcsolatokban (EURÓPAI BIZOTTSÁG, 2001). A Gazdasági Fejlesztési Bizottság 1971-ben a CSR koncentrikus kör modelljében tette közzé és kategorizálta az egyes területekhez tartozó feladatokat. A gazdasági funkciók magukban foglalják a hagyományos (üzleti funkciókkal kapcsolatos) gazdasági felelősséget, a köztes kör a változó értékek tudatosításáról szól, míg végül az újonnan felmerülő felelősség köre gyakran olyan összetett társadalmi problémákkal társul, mint például a szegénység (SOH et al., 2014).

Ahhoz tehát, hogy a vállalatok teljes mértékben teljesíteni tudják a CSR-al kapcsolatos követelményeket, olyan működési folyamatokat kell kialakítaniuk, amely stratégiai szinten integrálja a társadalmi, környezeti, etikai és emberi jogi intézkedéseiket, szoros együttműködésben az érintett felekkel (EURÓPAI BIZOTTSÁG, 2010; MACASSA et al., 2017). A CSR ezen meghatározása a vállalkozások felelősségét a fenntarthatóság már korábban említett három fő pillérére helyezi, amelyek közül a CSR és a munkahelyi egészségfejlesztés a társadalmi pillérben található (COCHRAN, 2007; STAWICKA, 2018). A vállalati társadalmi felelősségvállalás egyik vezető elméletét Carroll CSR-piramis keretrendszere jelenti, amely a CSR 4 dimenzióját (gazdasági, jogi, etikai és filantróp) különbözteti meg (19. ábra) (CARROLL, 1979; CARROLL, 2016).



19. ábra: Carroll CSR piramisa

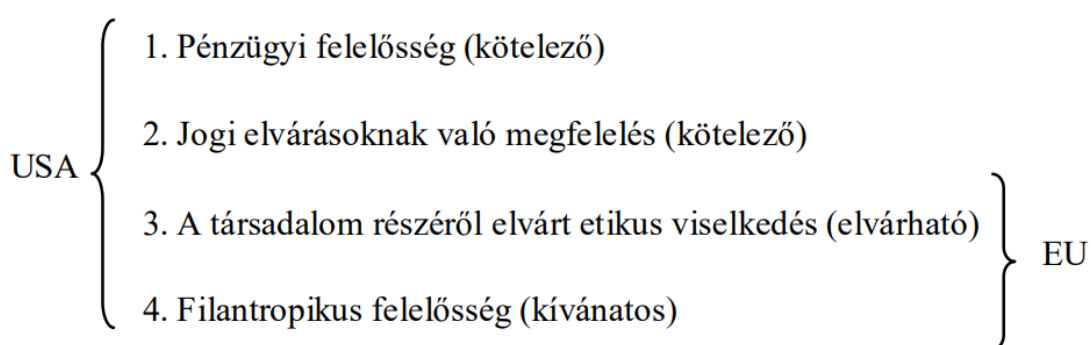
Forrás: saját szerkesztés CARROLL (1991) alapján

A gazdasági és jogi felelősség a vállalati felelősségvállalás azon részei, melyek a működőképesség előfeltételei, a társadalom által megkövetelt területek, míg az erkölcsi felelősség magában foglalja az előző két szintet és túl is mutat azokon az emberi jogok tiszteletben tartásával (ami társadalmilag

elvárható). Lényegében a filantróp felelősség szintjével érünk el a társadalmi felelősséghez, hiszen a piramis legfelső szintje azt jelképezi, hogy a vállalat a vele kapcsolatban álló közösségek felé is felelősséget vállal (ez már csak kíváncsi a társadalom részéről) (CSIBI-KUTI és LÁZÁR, 2017). DUNAY et al. (2021) empirikus tanulmányban bizonyította, hogy a filantróp, az etikai és a jogi tevékenységek pozitívan befolyásolják a szervezeti teljesítményt.

Carroll CSR piramisából kiindulva CSÁFOR (2009) megvizsgálta a CSR szintjeit amerikai-európai összehasonlításban, és elemezte a CSR kialakulásának történetét, valamint megközelítésének sokszínűségét. A CSR európai és amerikai koncepciójának összefüggését, a két értelmezés közti különbséget a 20. ábra szemlélteti. A különbség legfőbb oka, hogy az USA-ban sokkal korábban nyúlik vissza a CSR történeti, illetve, hogy az amerikai helyzettel eltérően Európában a jóléti államok sokáig betöltötték azokat a funkciókat, amelyeket csak mostanában kezdenek átvenni bizonyos mértékig a vállalatok.

A CSR szintjei



20. ábra: A CSR amerikai és európai koncepciójának összefüggései

Forrás: CSÁFOR (2009, 50.o.)

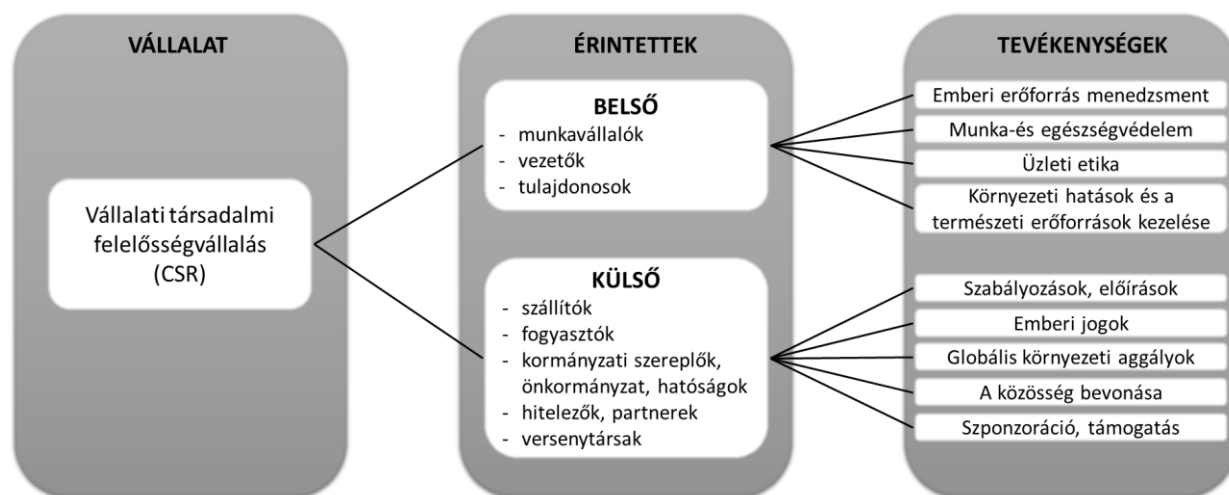
DAHLSRUD (2008) kutatásában akkurátusan összefoglalta és rendszerezte az elérhető CSR-definíciókat, és kidolgozta saját modelljét is, amely a CSR alábbi 5 dimenzióján alapul: érdekelt felek, társadalmi, gazdasági, önkéntességi és környezeti dimenziók. Ezek a dimenziók összefüggésben vannak a fenntarthatóság fő pilléreivel (társadalmi, gazdasági és környezeti dimenziók) is, a környezeti dimenzió azonban általában a többinél ritkábban jelenik meg a definíciókban.

A fent említett modellhez hasonlóan KOT (2014) a CSR üzleti előnyeinek alábbi 5 fő területét különböztette meg: pozitív hatás a vállalat imázsára és hírnevére; pozitív hatás a munkavállalók motivációjára, megtartására és toborzására; költségmegtakarítás; a bevételek növekedése a magasabb eladások és piaci részesedés miatt, illetve a CSR-al kapcsolatos kockázatsökkentés és -kezelés. Láthatjuk tehát, hogy a vállalati társadalmi felelősségvállalás, mint fogalom vagy kifejezés domináns szerepet játszik a szervezetek életében, különösen, ha azt a társadalmi tőke szempontjából vizsgáljuk. A társadalmi tőke vizsgálatának kezdetén a kutatók elsősorban gazdasági és politikai hatásait vették tekintetbe (HANIFAN, 1916; COLEMAN, 1988; PUTNAM, 1995; BOURDIEU, 1997). Az elmúlt időkben azonban már számos terület, mint például az egészségügy, az oktatás és a szociális ellátás képviselői is érdeklődést mutatnak az emberei/társadalmi kapcsolathálóknak rejlő egyéni és kollektív erőforrások iránt. értelmezésében a társadalmi tőke fogalma a kultúra, a társadalmi rendszer interakciójának, az egyén pszichoszociális életének mechanizmusaira utal, és megfelel az egyének és szervezetek tevékenységének különböző területein folyó csere elveinek, egyesítve őket az életminőség erkölcsi és anyagi értelemben vett javítása érdekében. A társadalmi tőkét és a CSR-t tehát általában a társadalmi kapcsolatok, a társadalmi interakciók általános összefüggéseiben elemzik (COLEMAN, 2005; MYERS, 2008), amelyben az érintettek céljai (érdekei) dominálnak.

3.3.2.2. Külső és belső CSR tevékenységek

FREEMAN (1984) fogalmazta meg elsőként, hogy a vállalatnak közvetlen és közvetett érintettjei lehetnek, ez a tipológia később elsődleges és másodlagos stakeholderek illetve belső és külső érintettek formájában terjedt el a szakirodalomban (KEY, 1999). Van tehát az érintetteknek egy olyan csoportja, akik közvetlen kockázatot vállalnak egy vállalat működése során, mások pedig csupán közvetett hatással vannak a vállalatra valamilyen formában, vagy épp a vállalat befolyásolja az ő működésüket. A stakeholder elmélet egy későbbi változatában Freeman öt belső érintettet definiált (befektetők, ügyfelek, beszállítók, alkalmazottak és közösségek – a versenytársak kimaradtak a felsorolásból) a megjelölt hat külső érintetten kívül: kormányzat, környezetvédők, civil szervezetek, kritikusok, média és egyéb csoportosulások, amely utóbbi szereplőket nem kötötte össze közvetlenül a vállalattal. (FASSIN, 2008). A stakeholder elméletet alapul véve egyre fontosabbá váltak a belső CSR-hoz kapcsolódó fogalmi meghatározások, melyek középpontjában egyre inkább a munkavállalók, a munkavállalókkal való felelős bánásmód, valamint az alkalmazottak megbecsülése állt (RAFFAY-DANYI és HAJMÁSY, 2021). BERKESNÉ RODEK (2018) elmélete szerint a CSR olyan tevékenységek összességében és olyan vállalati magatartásban mutatkozik meg, ahogy a vállalat az alkalmazottakat kezeli. Ennek fontos eleme a munkavállalók megbecsülése, a munkakörülmények törvényi előírásokon túli fejlesztése. A stakeholder elmélet tehát továbbra is releváns részét képezi a CSR értelmezésének – SZEGEDI et al. (2020) például később a stakeholder elmélettel összhangban dolgozta ki a CSR-indexet, mely a CSR és a pénzügyi teljesítmény kapcsolatát hivatott feltárni. BERMAN et al. (1999) valamint BERMAN és EVANS (2013) kapcsolatot mutattak ki a stakeholder elmélet és a vállalatok pénzügyi teljesítménye között, mely modellt később KARAYE et al. (2014) kiegészítették a vállalatok társadalmi felelősségével való összefüggéssel.

A CSR két legfontosabb területét az érintettek csoportja alapján lehet megkülönböztetni: belső érintettek (alkalmazottak, részvényesek) és külső érintettek (fogyasztók, kormányzat, versenytársak, beszállítók) szerint (21. ábra).

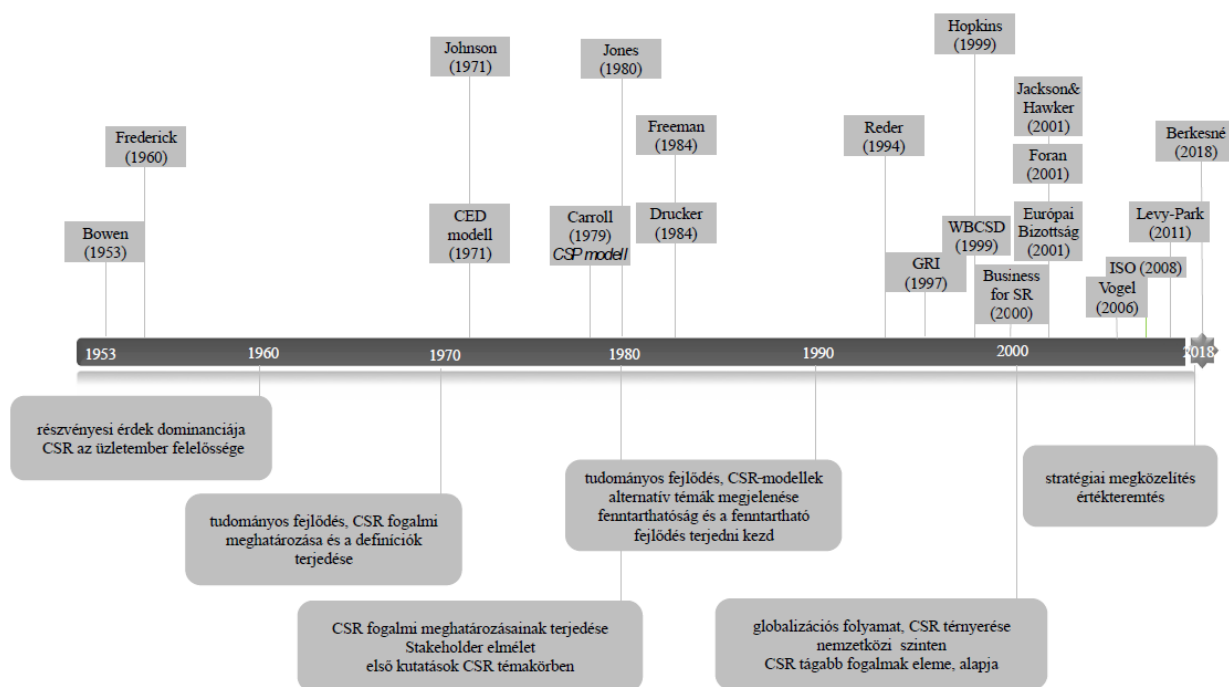


21. ábra: Érintettek csoportjai szerinti CSR tevékenységek (külső és belső CSR)

Forrás: saját szerkesztés KERÉKES és WETZKER (2007), WITEK-CRABB (2019) alapján

A belső CSR értelemszerűen a belső érintettekkel kapcsolatos döntésekben, irányelvekben törekszik egyensúlyra és etikus magatartásra ösztönözni a vállalatokat. Ez magában foglalja a humánerőforrás menedzsmentet, a munkahelyi egészség- és balesetvédelmet, az alkalmazotti jólétet és az üzleti etika kérdéseit is. Belső CSR tevékenységek és kezdeményezések ugyanakkor irányulhatnak a nők és fogyatékkal élők foglalkoztatására és esélyegyenlőségére, az alkalmazottak érdekképviselésére, munkahelyi képzések szervezésére, de akár a családbarát munkahely létrehozására, a rugalmas munkaszerződésekre vagy az alkalmazottakkal való nyílt kommunikációra is (MILTON és ZILAHY, 2011, CAVAZOTTE és CAHNG, 2016;

GORGENYI-HEGYES and FEKETE-FARKAS, 2019). A fenti meghatározás alapján a munkahelyi egészségfejlesztés is a belső CSR tevékenységek körébe tartozik, mivel a munkavállalókkal kapcsolatos intézkedésekre vonatkozik. A külső CSR dimenziói pedig kifejezetten a külső érintettekkel való interakciókra és döntésekre irányulnak, azonban ez a disszertációmban nem kerül részletezésre. Annak ellenére, hogy a legtöbb kutatás továbbra is a külső CSR tevékenységekre összpontosít (LICHTENSTEIN et al., 2004; SEN et al., 2006), néhány tanulmány kezdi felismerni a belső CSR jelentőségét, és vizsgálja a vállalatok CSR-tevékenységének hatását a munkavállalók elégedettségére és innovatív viselkedésére (BRAMMER et al., 2007; TURKER, 2009; ZHU et al., 2012; LI et al., 2021). A tanulmányok azt találták, hogy a CSR pozitív és hosszú távú hatással van a társadalom egészségére is, különösen a fejlődő országokban és a társadalmilag kirekesztett népességcsoportok körében (WERNER, 2009). A CSR fejlődéstörténetének belső CSR szerinti áttekintését szemlélteti a 22. ábra.



22. ábra: A CSR fejlődéstörténete a belső CSR szemszögéből

Forrás: RAFFAY-DANYI és HAJMÁSY (2021)

A CSR jelentőségét azonban nem csupán vállalati szinten hangsúlyozzák, hiszen ma már a nemzetközi szervezetek és az egyes országok helyi kormányzatai is egyre inkább felismerik annak fontosságát, hogy nem csupán jogi szabályozással lehet befolyásolni a lakosság szemléletmódját egy fenntarthatóbb jövő érdekében, hanem a munkahelyi intézkedéseknek is igen erős tudatosság és magatartás formáló szerepe van.

Emiatt kétségtelen, hogy az emberi erőforrás menedzsment (HRM) a mai modern vállalatok lényeges, sőt, kritikus területévé vált, és mára már a különböző CSR tevékenységek kérdése is a vállalati stratégia szerves részét képezi (CZUBALA, 2016; VOEGTLIN és GREENWOOD, 2016). A motivált munkavállaló a vállalat érdekeit is szolgálja: egyrészt jövedelmezőségük és versenyképességük egyik kulcsfontosságú tényezője, másrészt társadalmi felelősségvállalásuk érdekében tett tevékenységeik pozitívan befolyásolják a vállalat megítélését, imázsát is (ENWHP, 2007). CHO et al. (2019) szintén bizonyították, hogy az egyes vállalatok CSR-tevékenységei részben pozitív összefüggésben vannak a jövedelmezőséggel és a vállalat értékével. A SROKA ÉS SZÁNTÓ (2018) által végzett kutatás vitatott ágazatokban vizsgálta az üzleti etikát és a CSR-t, és hangsúlyozta, hogy a vállalati társadalmi felelősségvállalás és üzleti etika (mint belső CSR-tevékenység) szerepe és fontossága különösen nyilvánvaló a gazdaság olyan szektoraiban, mint pl. gyógyszeripar, alkohol és dohányipar. Sőt, GRABARA et al. (2016) tanulmányukban azt is

kijelentették, hogy maga a társadalmi felelősségvállalás a fejlődés jelentős dimenziójává vált mikro- és makroökonómiai, nemzeti és nemzetközi szinten is a gazdaság legtöbb területén. Hasonló álláspont található SHPAK et al. (2018) tanulmányában is, amely kiemelte, hogy a CSR-stratégia megvalósítása az üzleti életben fontos tényezőnek tekinthető az ipari potenciál versenyképességének növelésében. A humán erőforrás menedzsment funkciói ennek következtében jelentősen átalakultak az elmúlt években: a hangsúly egyre inkább áttevődik a munkaerő megtartására a toborzás vagy kiválasztás helyett. Számos kutatás is alátámasztja, hogy szignifikáns kapcsolat van a HR funkciói, valamint a munkaerőpiac helyzete között (GAJDA, 2017; ČESYNIENĚ et al., 2013).

A munkahelyi egészségfejlesztés, mint belső CSR tevékenység

Ahhoz azonban, hogy egyértelműen meg tudjuk határozni az egészség szerepét és helyét a vállalatok belső CSR tevékenységében, szükség van további fogalmi lehatárolásokra is. EISENHAUER és SMITH (2008) is hangsúlyozta, hogy az egészségmegőrzés és a betegségmegelőzés, illetve az ezzel kapcsolatos ismeretek átadása, az edukáció az egyik leglényegesebb eleme az egészségügynek – nem csupán egyéni, hanem össztársadalmi szinten is. Többek között ezért is van hatalmas jelentősége a munkahelyi egészségfejlesztésnek, melynek az egészségmegőrzés kapcsán lényeges eleme a már korábbiakban részletezett megelőzés. A WHO 1950 óta foglalkozik a foglalkozás-egészségüggyel, hangsúlyozva, hogy nemcsak a munka és a munkahely befolyásolja a munkavállalók testi és lelki egészségét, hanem a munkavállalók egészsége is befolyásolja a vállalat működését és annak üzleti teljesítményét (SZABO és JUHASZ, 2019). A WHO (1986) Ottawai Chartában leírt megfogalmazásából is egyértelműen kiderül, hogy az egészségfejlesztés, és az egészségtudatosság növelése nem csupán az egészségügyi ágazat kötelezettsége, ezáltal nem csak állami szinten kell foglalkozni a kérdéssel. Az egészségfejlesztés ugyanis az a folyamat, amely lehetőséget ad az embereknek és tágabb értelemben véve a közösségeknek, társadalomnak, az egészségük fokozottabb kézbe tartására és tökéletesítésére. A teljes fizikai, szellemi és társadalmi jólét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy megfogalmazza és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzék vagy alkalmazkodjon ahhoz (WHO, 1986).

Ha foglalkozás-egészségügyről beszélünk, akkor szükségesnek tartom lehatárolni a munkahelyi egészségfejlesztés (WHP: Workplace Health Promotion) disszertációmban használt és értelmezett definícióját is. A legintegráltabb és legszélesebb körben idézett megfogalmazást az úgynevezett Európai Munkahelyi Egészségfejlesztési Hálózat (ENWHP) szolgáltatja: A munkahelyi egészségfejlesztést modern vállalati stratégiaként írja le, amelynek célja a betegségek megelőzése (beleértve a munkával kapcsolatos betegségeket, baleseteket, sérüléseket, foglalkozási betegségeket és stresszt), valamint az egészséget elősegítő potenciál fejlesztése és ezáltal a munkaerő jólétének fokozása. Ezen célok eléréséhez azonban valamennyi gazdasági szereplő - a munkavállalók, a munkáltatók és a társadalom - hozzájárulására egyaránt szükség a munkaszervezés és a munkakörnyezet javítása, valamint az aktív részvétel és a személyes fejlődés ösztönzése révén. A munkahelyi egészségfejlesztés ezáltal magában foglalja az alábbi tényezőket:

- szervezeti elkötelezettség az alkalmazottak egészségének javítása érdekében
- megfelelő tájékoztatás és átfogó kommunikációs stratégia az alkalmazottak számára
- a munkavállalók bevonása a döntéshozatali folyamatokba
- munkakultúra fejlesztése
- a munkafeladatok és folyamatok megszervezése úgy, hogy azok hozzájáruljanak az egészséghez, ne pedig károsítsák azt
- olyan politikák és gyakorlatok végrehajtása, amelyek javítják a munkavállalók egészségét
- annak felismerése, hogy a szervezetek hatással vannak az emberekre, és hogy ez nem mindig kedvez egészségüknek és jólétüknek (ENWHP, 2007).

Az ENWHP (2007) szerint az egészségfejlesztéssel kapcsolatos különféle intézkedések és tevékenységek legfontosabb területei az életstílus, az öregedés, a vállalati kultúra, beleértve a vezetéskészséget, az alkalmazottak fejlesztése, a munka és a magánélet egyensúlya, a mentális egészség és stresszkezelés, wellness, táplálkozás és fizikai egészség, vállalati társadalmi felelősségvállalás. Mindazonáltal néhány kutatás azt mutatja, hogy a CSR-tevékenységek megfelelően motiválhatják a munkavállalókat és növelhetik az elkötelezettségüket, ugyanakkor nem eredményezik a munkateljesítmény növekedését (HOUGHTON et al., 2009; VLACHOS et al., 2014).

Más kutatások azt mutatják, hogy az egészségesebb alkalmazottak már rövid távon képesek jobban teljesíteni fizikailag és szellemileg, és egészségtudatosabbá, hatékonyabbá, produktívabbá, elégedettebbé, motiváltabbá és hűségesebbé válnak (SZABÓ és JUHÁSZ, 2019; OZMINKOWSKI et al., 2016; HENDRIKSEN et al., 2016; GUBLER et al., 2017). Ezenkívül DUMITRESCU és SIMIONESCU (2015) empirikus elemzésükben számviteli mutatókon keresztül is vizsgálta a CSR és a vállalat pénzügyi teljesítményének összefüggéseit. A növekvő bevételek mellett a CSR egyéb pénzügyi előnyeit is megfigyelték a termelési költségek és a tőke csökkentése révén (MATTHIESEN és SALZMANN, 2017).

Ezen túlmenően, kutatások során azt is igazolták, hogy a munkahelyi egészségfejlesztésnek jelentős pozitív hatása van a munkahely és a munkáltató vonzerejére, és ezáltal javíthatja a vállalat imázsát (FEHÉR és REICH, 2020), ugyanakkor pozitívan befolyásolja a szervezet pénzügyi teljesítményét, termelékenységét és a munkahelyi légkört, valamint csökkenti a hiányzásból fakadó költségeket és a fluktuációt is (GROSSMEIER et al., 2016; SANDERS et al., 2010). A 3. táblázat a munkahelyi egészségfejlesztés, mint belső CSR tevékenység legfontosabb előnyeit foglalja össze rövid, közép és hosszú távon.

3. táblázat: A munkahelyi egészségfejlesztés vállalati előnyei

Rövid táv (néhány hónapon belül)	Közép táv (1-2 éven belül)	Hosszú táv (3-5 év után)
Szorosabb elköteleződés	Magasabb termelékenység és teljesítmény	Kevesebb munkahelyi sérülés
Jobb munkahelyi morál és légkör	Megnövekedett munkaerőmegtartás és vonzerő	Kevesebb betegség és hiányzás, csökkenő költségek
Erősebb csapatszellem, közösségformálás	Pozitív imázs	Kevesebb presenteeism („szükséges jelenlét beteg”)
	Jobb egyéni egészségtudatosság	A képzések és fejlesztések javuló hozamai
	Nagyobb elégedettség	Csökkenő fluktuáció

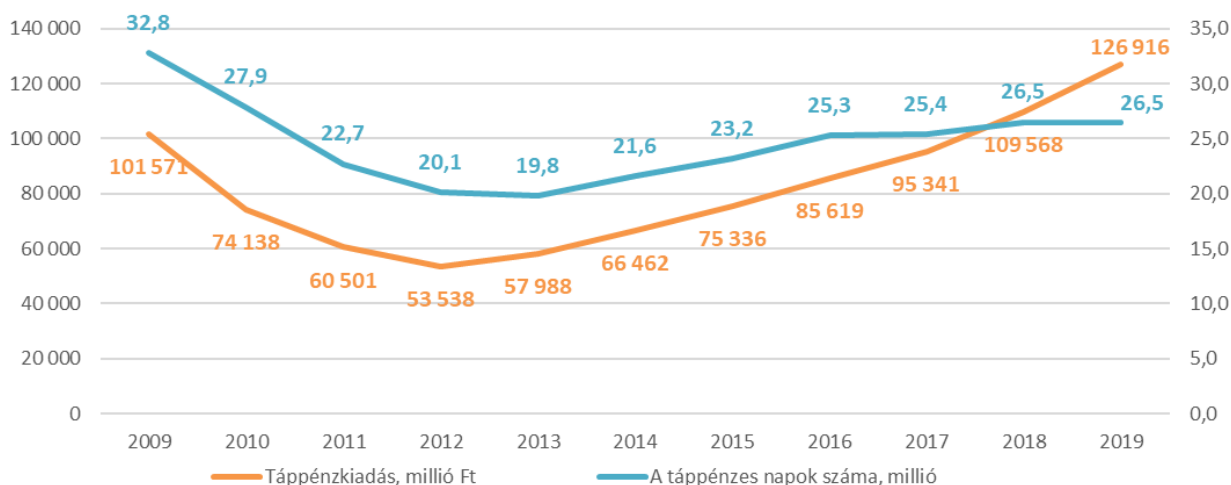
Forrás: saját szerkesztés SZABÓ és JUHÁSZ (2019), TASMANIA (2012), SANDERS et al. (2010) alapján

Ezen a vállalati előnyökön túlmenően a munkahelyi egészségfejlesztésnek számos területen vannak hosszú távú előnyei. A 2007-ben aláírt Luxemburgi Nyilatkozat összefoglalta azokat a kulcsfontosságú kérdéseket és területeket, amelyekben a munkahelyi egészségfejlesztésnek jelentős szerepe van:

- globalizáció
- munkanélküliség
- az információs technológia növekvő használata – digitalizáció

- változások a foglalkoztatási gyakorlatban – részmunkaidő, távmunka
- öregedés – demográfiai változások és kihívások globálisan, társadalmi szinten
- a szolgáltató szektor jelentőségének növekedése
- leépítés
- a KKV-k és az ott dolgozó alkalmazottak számának növekedése
- ügyfélorientáció és minőségirányítás (ENWHP, 2007).

Arra, hogy vállalati szinten is foglalkozni kell az egészségfejlesztéssel, és a munkáltatóknak szükséges olyan HRM stratégiát kialakítani, melynek része a munkavállalók egészségtudatosságának a növelése, ráerősít az a tény is, hogy az utóbbi időszakban nőtt a táppénzes napok száma hazánkban – az egészséges és elégedett munkavállaló kevesebbet hiányzik, ami gazdaságilag is előnyös a munkáltató számára. A táppénzes napok száma a korábbi csökkenő tendenciát megtörve 2013 óta folyamatosan növekszik, és ugyanez a növekedés igaz a táppénzkiadásokra is (23. ábra) (KSH, 2020).



23. ábra: A táppénzes napok száma és a táppénzkiadás alakulása Magyarországon 2009 és 2019 között

Forrás: saját szerkesztés KSH (2020) adatai alapján

Mindemellett empirikus kutatásokon keresztül is kezdik vizsgálni a munkahelyi egészségfejlesztés és az egészségtudatosság növelésének gyakorlati tapasztalatait. Például BULOTAITÉ et al. (2017) három európai országban végzett felmérést az egészségügyi ágazat dolgozóinak körében: Finnországban, Lettországon és Litvániában. Tanulmányuk alapján jelentős különbségek vannak a vizsgált országok között a munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos tevékenységekben, létesítményekben és programokban. A vizsgált országok közül a finn munkavállalóknak volt a legnagyobb lehetőségük arra, hogy éljenek a munkahelyi egészségfejlesztés előnyeivel, míg a litván munkavállalók élvezhették legkevésbé a pozitív hozadékát. A tanulmány egy másik érdekes tény is kiemelt, miszerint az egészségügyi dolgozók egyetértettek abban, hogy az egészségtudatosság növelése saját felelősségük, azonban gyakran nincs elegendő motivációjuk arra, hogy tényleges és valós lépéseket tegyenek annak érdekében, hogy egészségtudatosabban éljék mindennapjaikat (BULOTAITÉ et al., 2017). REICH (2017) szintén alátámasztotta Németországban és Magyarországon végzett empirikus kutatásának eredményeivel, hogy a munkahelyi egészségfejlesztés pozitívan hat a munkavállalók általános egészségi állapotára, javulást előidézve abban. Megállapította azt is, hogy a demográfiai változók közül az életkornak nincs jelentős hatása, vagyis nincs jelentős különbség a fiatalabb és idősebb alkalmazottak munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos elvárásai között. Egy másik tanulmányban ugyanakkor FEHÉR és REICH (2016) azt is megállapította, hogy jelentős különbségek vannak a

fenntartható, hosszú távú munkahelyi egészségfejlesztő programot megvalósító vállalatok és a nem ilyen módon működő vállalatok között.

3.3.2.3. Munkavállalói elégedettség és hűség

A munkával való elégedettség kérdésével körülbelül az 1930-as évek elejétől kezdve foglalkoznak a kutatók. Kezdetben a mérések az egyén érzelmi állapota és a munkavégzés kapcsolatát vizsgálták (BARNA, 2020). Napjainkban azonban egyre fontosabb jelenséggé válnak a munkavállalók elégedettségével és hűségével foglalkozó kutatások akadémiai és vállalati környezetben is (MATZLER et al., 2003; RENZL, 2003). A munkavállalók motivációja és megtartása meghatározó tényezőkké váltak olyan vállalati területeken, mint például a lean menedzsment rendszer megvalósítása (OLÁH et al., 2017). Mivel a munkavállalói elégedettségnek és hűségnek számos pozitív hozadéka van a vállalat számára, ezért nagyon fontos vezetői szinten is tisztában lenni az elégedettséget és hűséget befolyásoló tényezőkkel (RAFFAY-DANYI és HAJMÁSY, 2021). Kétségtelen tény, hogy a munkavállalók elégedettsége fontos változó, amely általános képet ad a munkavállalók munkájával, munkahelyével, munkakörnyezetével kapcsolatos általános érzéseiről és hozzáállásáról, látens determinánsai és komplexitása miatt azonban nehéz azt mérni, mérhetővé tenni.

Az alkalmazottak elégedettségét számos empirikus kutatásban a munkával kapcsolatos általános érzésként, érzelmi állapotként, a munka különféle vonatkozásaihoz kapcsolódó hozzáállásként értékelik és mérik (SPECTOR, 1997). Egyes kutatók már a múlt század elején elkezdték megfigyelni és kutatni ezt a területet. TAYLOR (1911) például felismerte a munkavállalók elégedettségének gazdasági jelentőségét, miszerint az alkalmazottak keményebben dolgoznak, ha valamilyen pénzjutalmat vagy magasabb fizetést kapnak. LOCKE (1976) csaknem 3000 tanulmányt gyűjtött össze, amelyek a munkavállalók elégedettségének valamelyik aspektusával foglalkoznak. Ezek a felmérések többnyire a munkavállalói elégedettség és más tényezők – mint például a feladatmenedzsment, a vezetés, a jutalmazási rendszer, a csoportfolyamatok – közötti összefüggések vizsgálatával foglalkoznak. LOCKE (1976) szerint a munkavállalói elégedettség egy kellemes, pozitív érzelmi állapot, amely a munkavégzéssel, valamint munkahellyel kapcsolatos tapasztalatok értékeléséből adódik. Ebben a megfogalmazásban Locke definíciója szorosan összefügg Taylor eredeti koncepciójával.

HOPPOCK (1935) a munkával való elégedettséget két kérdés segítségével mérte, és eredményei rámutattak arra, hogy a munkavállalók elégedettségét számos tényező befolyásolja. Értelmezésében a munkavállalók elégedettségét olyan kognitív, fiziológiai és környezeti tényezők keverékeként lehet meghatározni, amelyek a munkavállalókat elégedetté vagy elégedetlenné teszi munkájukkal kapcsolatban. Amikor az alkalmazottak elégedettek a munkájukkal, pozitívan viszonyulnak hozzá, és fordítva, ha elégedetlenek, akkor negatív lesz a hozzáállásuk (ARMSTRONG, 2006). HERZBERG (1966) későbbiekben ismertetésre kerülő kétfaktoros elmélete szintén kapcsolatba hozható a dolgozói elégedettséggel, ami a munkát magát és a munkavállaló mentális növekedését, fejlődését helyezi középpontba.

Számos tanulmány talált szoros kapcsolatot a munkavállalói elégedettség, a szervezeti elkötelezettség és a hűség között (pl. MAK és SOCKEL, 2001; MARTENSEN és GRONHOLDT, 2001). Néhányan azt is megállapították kutatásuk során, hogy a munkavállalók elégedettsége negatív összefüggésben van a forgalommal (pl. TEKLEAB et al., 2005; WARD, 1988) és a hiányzásokkal (pl. MUCHINSKY, 1977). Közös értékek mentén és a társadalmilag felelős elkötelezettség megteremtésével a vállalkozások olyan versenyelőnyökhöz juthatnak, mint a versenyképességük növelése, az imázsépítés vagy az elégedett és hűséges munkaerő (SHPAK et al., 2018). Az úgynevezett béren kívüli juttatás olyan anyagi és nem anyagi ösztönzőket jelentenek, amelyeket a vállalat azért nyújt az alkalmazottainak, hogy elkötelezze őket a vállalat mellett. Az alkalmazottak ezeket a juttatásokat a bérükön vagy fizetésükön felül, bizonyos esetekben nyugdíjba vonulásuk után is kapják (KHUONG és TIEN 2013). ARTZ (2010) kutatási eredménye

szerint a munkavállalói juttatások jelentős és pozitív hatással vannak a munkavállalók elégedettségére, és valószínűleg jelentős hatással lesznek ezáltal a munkavállalók hűségére is. Mindemellett motivációs tényezőként szerepet játszhat az alkalmazottak teljesítményének javulásában és a munkavállalók elvándorlásának csökkentésében is (KASPER et al. 2012).

Az utóbbi hónapokban végzett empirikus tanulmányok elkezdtek foglalkozni a COVID-19 világjárvány CSR tevékenységekre, munkahelyekre és magára a munkára gyakorolt hatásaival is. Az egészségügyi érzékenység a pandémia hatására jelentősen megnőtt; a fontos egészségügyi tényezőket már nem csak állami szinten a politikai döntéshozóknak, hanem a munkaadóknak is hangsúlyozniuk kell. Munkáltatói szinten jelentős változások történtek, át kellett szervezni a munkafolyamatokat és újragondolni azokat a jelenlegi egészségügyi kihívásoknak megfelelően, szem előtt tartva a vállalat teljesítményén túlmenően a munkavállalók egészségét is. Az otthonról történő munkavégzésre, a távmunka lehetőségére már korábban is a munkavállaló munka és magánélet közötti egyensúlya növelésének eszközeként tekintettek (AMMONS és MARKHAM, 2004; JOHNSON et al., 2007). A POÓR et al. (2021) által végzett kutatások megállapították, hogy a járvány első és második hullámában a legnagyobb kihívások a belső kommunikáció, a munkaerő megtartása, a távmunka működtetése, a munkaerő biztosítása, a megfelelő dokumentáltság és a motiváció fenntartása területén jelentkeztek (MAJÓ-PETRI és SZABÓ-SZENTGRÓTI, 2021). A pandémia és lezárások eredményeként látható, hogy különösen a jogi, pénzügyi vagy technológiai szektorban tevékenykedő vállalatok – ahol az alkalmazottak otthonról tudtak dolgozni – ugyanolyan produktívak és versenyképesek maradtak a home office-ra való áttérést követően is (DUFFY et al., 2021; ZHANG et al., 2021; O'BRIEN et al., 2021). Az otthoni munkavégzés politikájának az előnyei mellett ugyan van néhány lehetséges kockázata is, amelyeket figyelembe kell venni, de kétségtelen tény, hogy hatékonyan javítja az életminőséget (AZARBOUYEH és JALALI NAINI 2014), a munkavállalói jóllétet, a munkával való elégedettséget (KAZEKAMI 2020) és a kreativitásra való nyitottságot, amely innovációhoz vezet (ELLIS és WEBSTER, 1998).

3.3.3. Fogyasztói, munkavállalói szint

3.3.3.1. Motivációs modellek és szükségletelméletek

A motiváció fogalma a pszichológia szerint az egyén olyan belső tudati állapota, amely arra készteti, hogy meghatározott módon viselkedjen (BRANYICZKI, 1991). A motiváció tehát egy nagyon erős belső késztetéssel járó, dinamikus folyamatnak tekinthető, amely energiával látja el az embereket és az előre meghatározott céljuk elérése felé irányítja őket. A szakirodalomban számos motivációs elmélettel találkozhatunk, azonban mindegyik arra törekszik, hogy megtalálja a választ arra, miért az adott módon viselkednek az emberek. Mi az oka például annak, hogy az egyének egészségesek szeretnének lenni, mi motiválja őket egészségtudatosságuk növelésében? Disszertációmban az egészségtudatosság növelésének lehetőségével foglalkozom, ezért mindenképp szükségesnek tartom áttekinteni azokat a releváns motivációelméleteket és modelleket, melyekben megjelenhet az egyén szintjén az egészség, mint motiváció.

Hagyományos motivációelméletek

1. Maslow szükséglet-hierarchia motivációelmélete

MASLOW (1943) szerint az egyéni szükségletek csoportosíthatók, és hierarchiába rendezhetők. Ez azt jelenti, hogy az egyének egészen addig nem képesek a magasabb szinten elhelyezkedő szükségleteik kielégítésére, ameddig az alacsonyabb szinten lévő, alapvető életszükségleteik nem kerülnek kielégítésre. A kezdeti öttényezős modelljét Maslow később kiegészítette kilenc tényezőre, azonban dolgozatomban az eredeti piramist szemléltetem (24. ábra). A Maslow-piramis szintjei:

- Fiziológiai szükségletek: az alapvető élettani, fizikai és biológiai szükségleteket jelenti (például táplálkozás, víz, alvás, lakhatási lehetőség, az időjárás viszontagságaitól való védelem).

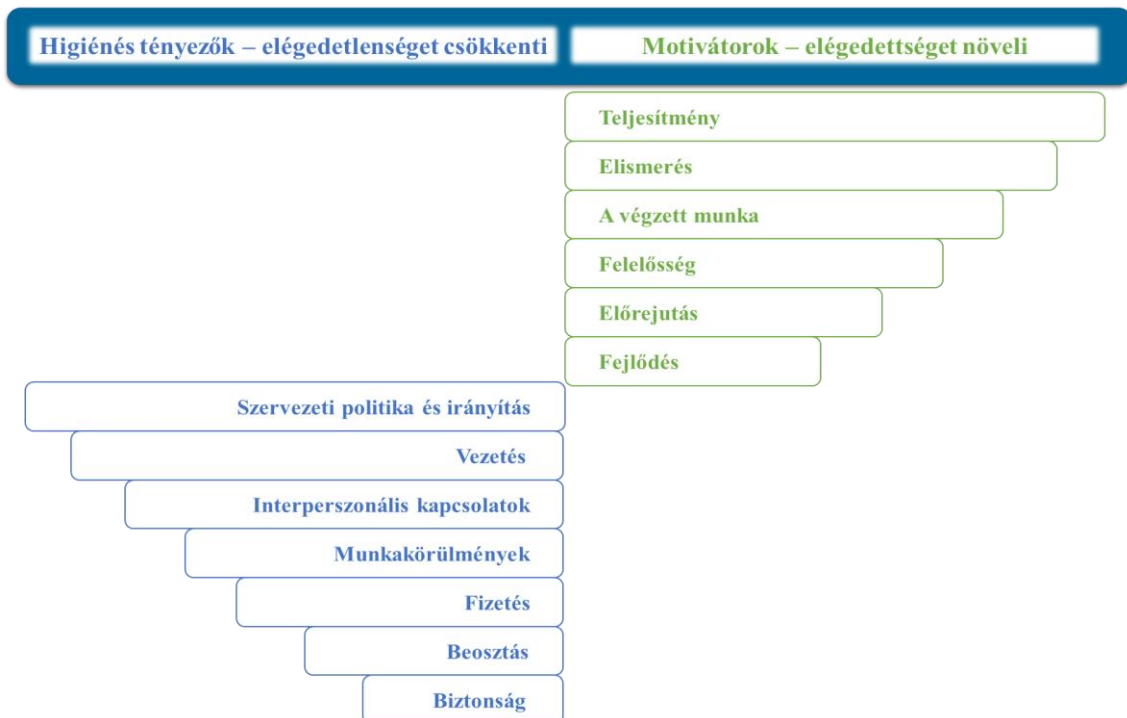
- Biztonsági szükségletek: a fiziológiai szükségletek fenntarthatóságának biztonsága, fizikai és pszichológiai biztonság szükséglete, melynek feltétele a biztos munkahely, a megélhetéshez szükséges jövedelem, biztonságos élet-és munkakörülmények, komfortérzés.
- Szociális szükségletek: a valahová tartozás szükségletét jelenti, ide tartozik a szeretet, a társadalmi aktivitás, csoporthoz tartozás szükséglete, ragaszkodás igénye.
- Elismerés igénye: igény mások elismerésére, olyan visszajelzésre, amely alapján megbecsültnek érezheti magát az ember - önbecsülés, presztízs, elismerés, pozíció iránti igény.
- Önmegvalósítás: személyes fejlődés iránti igény, a belső adottságok, képességek érvényesítésére, kibontakoztatására és fejlesztésére irányuló motiváció.



24. ábra: Maslow-féle szükségletpiramis

Forrás: saját szerkesztés MASLOW (1943) alapján

2. Herzberg kéttényezős motivációelmélete



25. ábra: Herzberg kéttényezős modellje

Forrás: saját szerkesztés Herzberg (1968) alapján

HERZBERG (1968) a munkahelyi elégedettséget vizsgálta, és kutatásai során arra a megállapításra jutott, hogy a munkavállalók ösztönzésére használt módszerek és eszközök nem mindegyike motivál – vannak olyan tényezők, amelyek a munkavállalók elégedettségére, más tényezők pedig a dolgozók elégedetlenségére hatnak, így ennek a két csoportnak a mentén osztotta fel a motivációs tényezőket az alábbiak szerint (25. ábra):

- Higiénés tényezők: azokat a tényezőket tartalmazza, amelyek önmagukban nem tesznek elégedetté, azonban hozzájárulnak az elégedetlenségünk elkerüléséhez. Olyan külső motivációs tényezők, melyek meglete nem eredményez elégedettséget, hiányuk viszont az elégedetlenség forrása.
- Motivációs tényezők: eredményesen tudják motiválni a dolgozót a magasabb teljesítmény elérésére. Ezek a motivátorok, mint belső tényezők jelennek meg, ezáltal a dolgozók elégedettségére hatnak.

3. McGregor X és Y elmélete

Maslow elméletéhez képest MCGREGOR (1960) nem az egyénben felmerülő alapvető szükségleteket vizsgálja, hanem inkább azt, hogy a menedzserek hogyan vélekednek arról, hogyan lehet másokat motiválni (KNIGHTS és WILLMOTT, 2007). Az eredményt tehát nem az egyéntől teszi függővé, hanem a vezetés eredményorientáltságától. McGregor két egymással ellentétes nézetet fogalmazott meg munkája során, melyben a konvencionális vagyis hagyományos nézeteken alapuló X elméletet, valamint az új értékeket valló és hangsúlyozó Y elméletet.

Az X elmélet szerint a vezető feladata, hogy:

- előteremtse az üzleti célok eléréséhez szükséges termelési tényezőket (pénz, eszközök, felszerelés, alapanyag, munkaerő), az egyének természetüktől fogva nem szeretnek erőfeszítéseket tenni, kerülik a felelősséget és nem érdekli őket a teljesítmény
- a vállalati célok elérése érdekében az embereket tiszteletben tartva irányítsa az értékteremtő folyamatot; motiválja, ellenőrizze és szükség esetén megváltoztassa a viselkedésüket
- intervenciókat hajtson végre a szervezeti célok elérésének érdekében, vagyis jutalmazza, vagy büntesse, rábeszélje, ellenőrizze, fegyelmezze és irányítsa a munkavállalók tevékenységét (KNIGHTS és WILLMOTT, 2007, 47. o.).

Az Y elmélet szerint:

- A menedzser feladata, hogy előteremtse az üzleti célok eléréséhez szükséges termelési tényezőket (pénz, eszközök, felszerelés, alapanyag, munkaerő), azonban az egyének nem passzívak a vállalati célokkal szemben, így tapasztalatot szerezhettek a vállalati működésben.
- Az egyénben bene rejlik a motiváció, a fejlődési potenciál, a felelősségvállalási hajlandóság, a készenlét arra, hogy viselkedésükkel támogassák a vállalati célok elérését
- Nem a menedzserek feladata a munkavállalókat egy irányba terelni, ők csak azért felelősek, hogy az emberek felismerjék és fejlesszék saját képességeiket
- A menedzserek feladata, hogy úgy alakítsák a vállalati körülményeket és termelési folyamatokat, hogy az egyének elérjék saját céljaikat, amellyel támogatják a vállalat egészének működését.

4. Vroom Elvárások elmélete (Expectancy Theory of Motivation)

VROOM (1964) elmélete szerint a motiváció az előre látható siker valószínűségének és várható értékének szorzata. Az egyes emberek azért tesznek meg valamit, mert úgy gondolják,

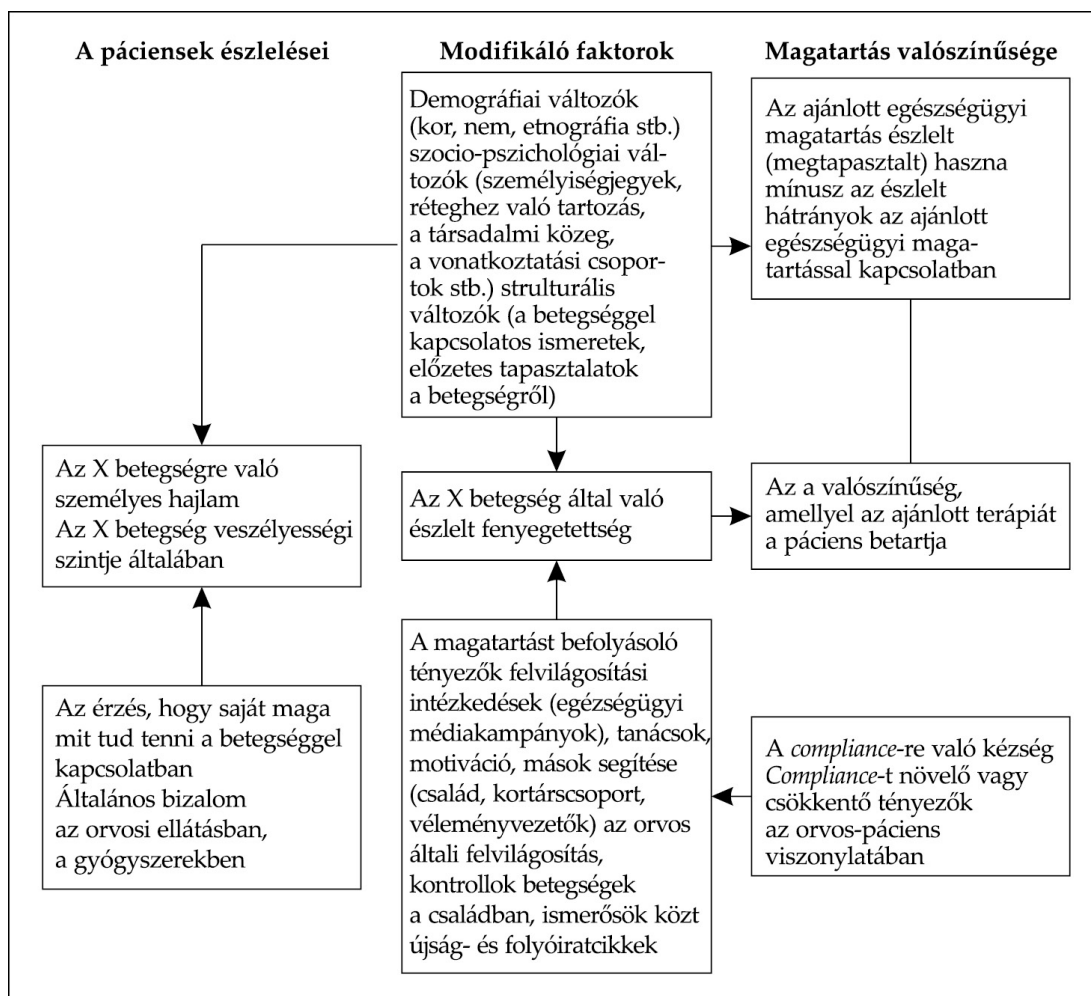
hogy cselekedetük közelebb viszi őket valamilyen kívánt célhoz, vagyis, hogy az általuk vélt jutalomban részesüljenek (ROÓZ és HEIDRICH, 2013). Vroom az alábbi három kapcsolatra helyezi a hangsúlyt az elméletében:

- erőfeszítés-teljesítmény kapcsolata: annak a vélt valószínűsége, hogy az erőfeszítés eredményhez fog vezetni
- teljesítmény-jutalom kapcsolata: annak a mértéke, amennyire az egyén hisz abban, hogy az elért teljesítmény révén jutalmazni is fogják
- jutalom-egyéni cél kapcsolata: annak a foka, ahogy az egyén vélekedik a jutalom mértékéről és az elért egyéni célról (VROOM, 1964).

Egészségmotivációs modellek és elméletek

1. Egészséghit Modell (HBM: Health Belief Model)

Az 1970-es évektől az úgynevezett „egészséghit modell” az egyik legelterjedtebb elmélet az egészségmagatartás kutatások területén. A modell alapja az az elképzelés, miszerint az emberek cselekedeteit hitük és képzeik határozzák meg. Az eredeti modell – ahogy a 26. ábra szemlélteti – négy kockázatpercepcióval kapcsolatos dimenzió szerepel: a kockázat iránti fogékonyság, sebezhetőség, a kockázat súlyossága, a preventív viselkedés kivitelezésének nehézsége (akadályai) és a preventív viselkedés előnyei – később ezeket kiegészítették Bandura nyomán az énhatékonyság fogalmával és dimenziójával (ROSENSTOCK et al., 1994; BANDURA, 1994; MÁRKÁNYKÖVI et al., 2008).

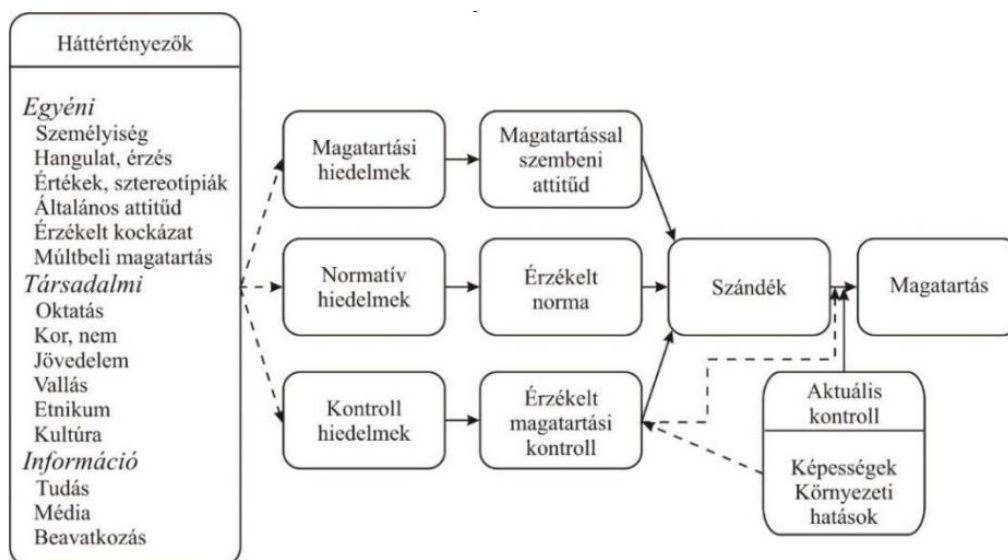


26. ábra: Egészséghit Modell (HBM: Health Belief Model)

Forrás: SIMON (2016)

2. Tervezett Magatartás Elmélete (TPB: Theory of Planned Behavior) és az Indokolt (átgondolt, szándékolt) cselekvés elmélete (Theory of Reasoned Action)

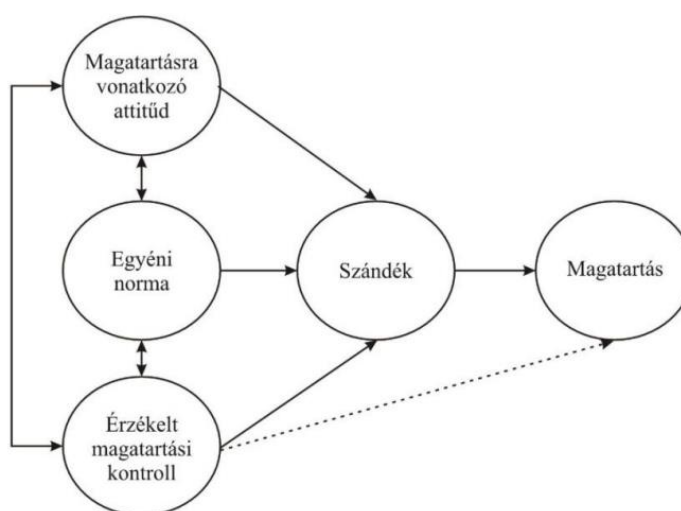
Az Indokolt cselekvés elmélete (27. ábra) szerint az egyén a különböző hiedelmek és információk alapján vezérelve tudatos vagy spontán magatartást valósít meg. A hiedelmek különböző forrásokból származhatnak, például a személyes múltbeli tapasztalatokból, oktatásból, kulturális háttérből, médiából, valamint a családdal és barátokkal való interakciókból. Az eltérő háttérrel vagy személyiséggel rendelkező fogyasztók meggyőződéseik szintén nagyon különbözhetnek (FISHBEIN és AJZEN, 2010; SOÓS, 2019).



27. ábra: Indokolt cselekvés elmélete (TRA-modell)

Forrás: saját szerkesztés FISHBEIN és AJZEN (2010) alapján

A Tervezett Magatartás Modellje, vagyis az úgynevezett TPB-modell kiegészítette az előző elméletet, és azt hangsúlyozza, hogy a cselekvési szándék a viselkedéshez való hozzáállás, a szubjektív norma és az észlelt viselkedéskontroll függvénye. A viselkedéshez való hozzáállás az egyének kiemelkedő viselkedési meggyőződésének függvénye. Az egyéni norma a normatív hiedelmek függvénye, amely leginkább mások preferenciáit képviseli egy viselkedés végrehajtásával kapcsolatban. Az észlelt viselkedéskontroll annak megítélése, hogy képes-e sikeresen végrehajtani az egyén az adott cselekvést (28. ábra) (AJZEN,1991).

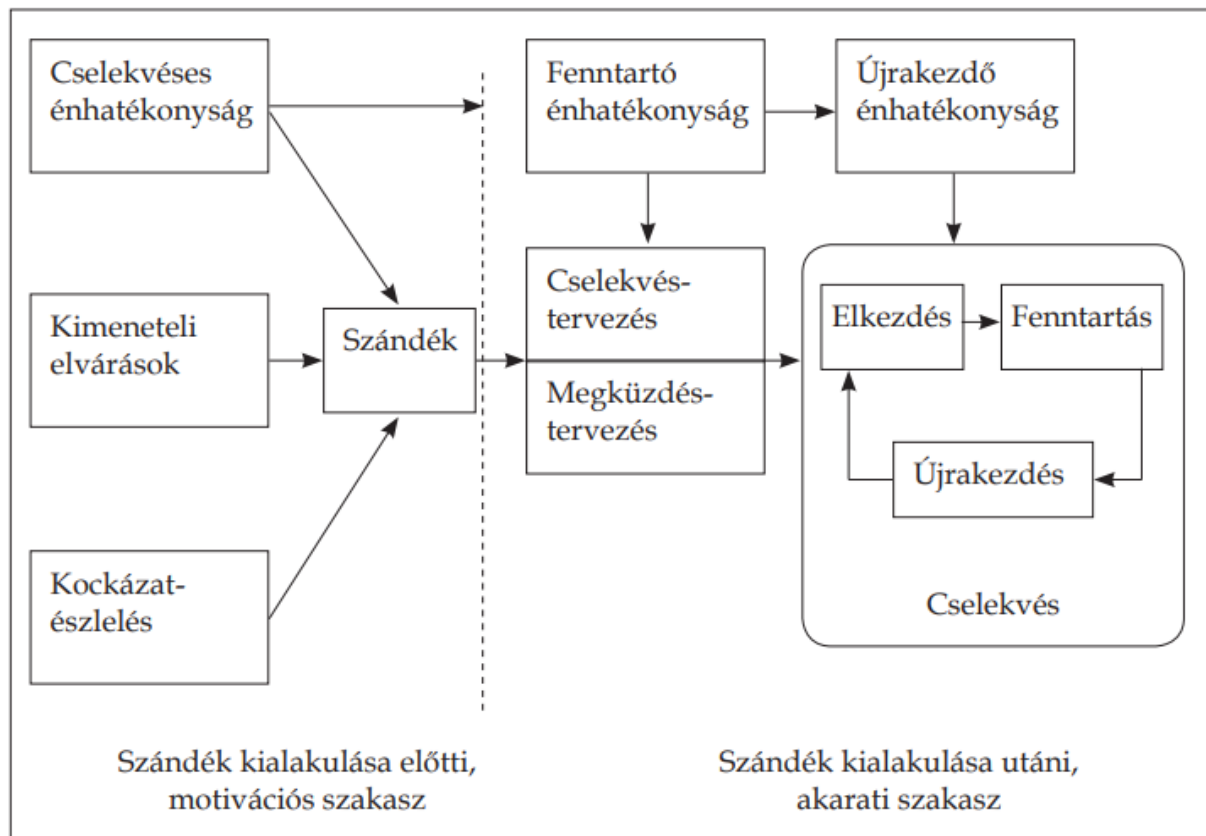


28. ábra: Tervezett Magatartás Elmélete (TPB-modell)

Forrás: saját szerkesztés AJZEN (1991) alapján

3. Az egészségmagatartás változásának folyamatmodellje (HAPA: Health Action Process Approach)

A modell értelmezésében az egészségmagatartás, vagyis az életmód megváltoztatása egy olyan önszabályozó folyamat eredménye, amelyben megkülönböztethető egy motivációs és egy akarati szakasz, melyeket más-más társas-kognitív tényezők jellemeznek (SCHWARZER, 2008). Mielőtt a szokások megváltoztatásához érne, vagyis mondjuk egészségtudatosan kezd viselkedni, az egyénben először ki kell alakulnia az erre vonatkozó motivációnak, explicit szándéknak. Ahogy a 29. ábra mutatja, a motivációs szakaszban a kockázateszlelés, a kimeneti elvárások és az észlelt személyes hatékonyság együttesen tudják befolyásolni a szándék kialakulását. A szándék aztán egy döntés formájában eszkalálódik, ezáltal a viselkedés megváltoztatásának alapvető feltételét jelenti a szándék kialakítása (TELEKI és TIRINGER, 2017).

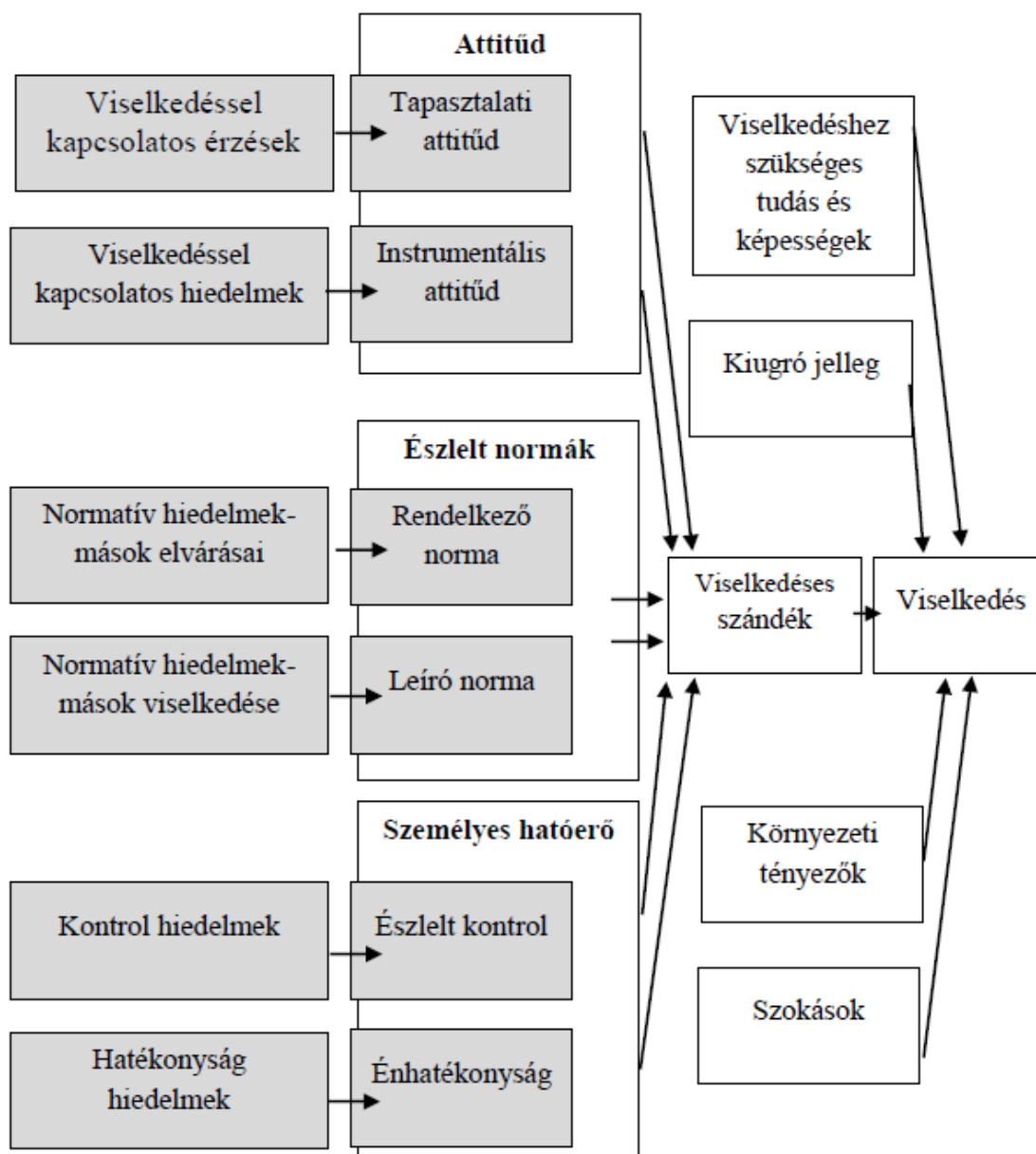


29. ábra: Az egészségmagatartás változásának folyamatmodellje (HAPA-modell)

Forrás: saját szerkesztés SCHWARZER et al. (2011) alapján

4. Integrált Viselkedési Modell (IBM: Integrated Behavioral Model)

Az elmélet a témában született korábbi elméletek és modellek szintézisaként jött létre. A modell szerint a viselkedéses szándék vagy motiváció elengedhetetlen ugyan a viselkedés végrehajtásához, azonban az alábbi négy tényező szintén szerepet játszik benne: a viselkedés végrehajtásához szükséges tudás és képességek, az egyénnek emlékeznie kell a viselkedésre, el kell hárulnia a környezeti akadályoknak, és minél többször kell végeznie a cselekvést, ami így szokássá alakul. Ezek együttes hatására valószínűvé válik a cselekvés. A viselkedéses szándékot három faktor befolyásolja, amely komponensek további tényezőkre bonthatók, ahogy a 30. ábra mutatja. Újszerűsége és komplexitása miatt ez a modell az egyik legnépszerűbb az egészségmagatartás vizsgálatok területén, elsősorban a pszichológia tudományterületén.



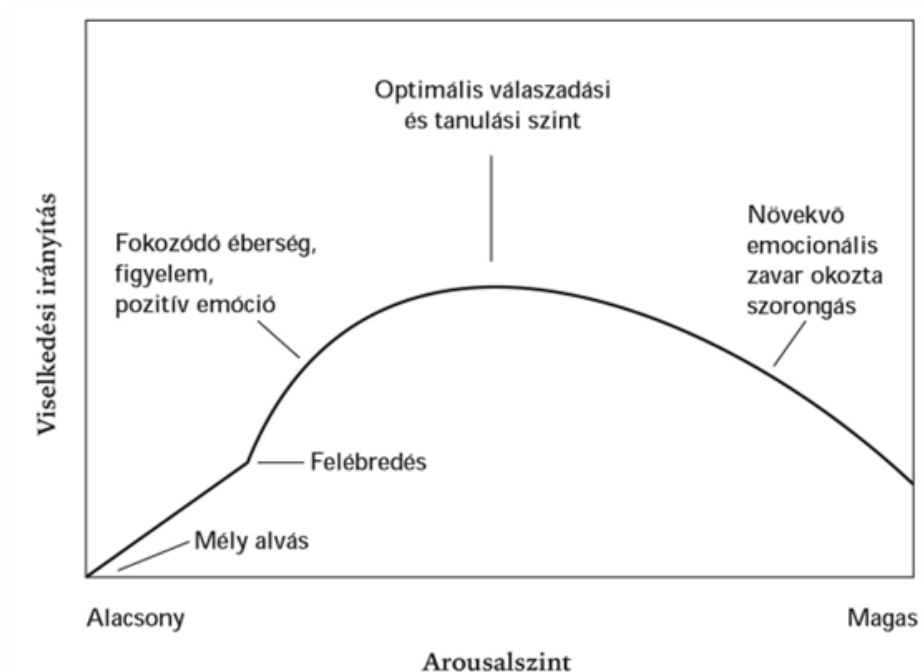
30. ábra: Integrált Viselkedési Modell (IBM-modell)

Forrás: saját szerkesztés MONTANO és KASPRZYK (2008) alapján

3.3.3.2. Az egészséggel kapcsolatos fogyasztói magatartás és döntéshozatal

A racionális fogyasztó „szükségleteinek maximális kielégítésére törekszik, ezért jövedelmének legjobb felhasználásaként azokat a javakat szerzi be, melyek vonzóbbak másoknál” (KOPÁNYI, 1996). A preferenciákon alapuló megközelítés azonban, mint ahogy azt már korábban is említettem, nem veszi figyelembe az úgynevezett pszichológiai tényezőket, vagyis a fogyasztó szokásait, értékrendjét, érzelmi állapotát, a döntési szituációt vagy más személyek befolyásoló hatását. Mikroökonómiai szinten, amikor az egyéni döntéseket, és azok hatásmechanizmusát vizsgáljuk, a fogyasztás nem más, mint az elosztandó javak végső felhasználása, amit általában a szükségletek okozta hiányérzet vált ki. A fogyasztó igényeinek, szükségletek feltárása a gyakorlatközpontú gazdaságtudományokban is kulcsszerepet játszik. Ilyen terület például a modern marketing, amely először felismerte, hogy a specializálódott vállalkozások egyre távolabb kerültek a vásárlóktól, s így egyre kevesebbet tudnak azok szükségleteiről és kívánságairól, majd pedig egyenesen kiindulópontul választotta a fogyasztók igényeinek kielégítését, a fogyasztói szükségletek által generált kereslet kiszolgálását.

A fogyasztói értékrend feltárásához és megértéséhez a motiváció lélektana nyújt segítséget, melyhez azonban szükséges megérteni az aktivációs szintek elméletét. A fogyasztó optimális teljesítményét „arousalszintje” (ébersége, izgatottsága, aktivációja) egy közepes értékénél éri el, a viselkedés szervezése ekkor a leghatékonyabb. Kísérletek sorával igazolható, hogy az ember csaknem állandóan aktivációs szintje optimumára törekszik, ekkor érzi magát kényelmesen, ezt mutatja a 31. ábra is az alábbiakban:

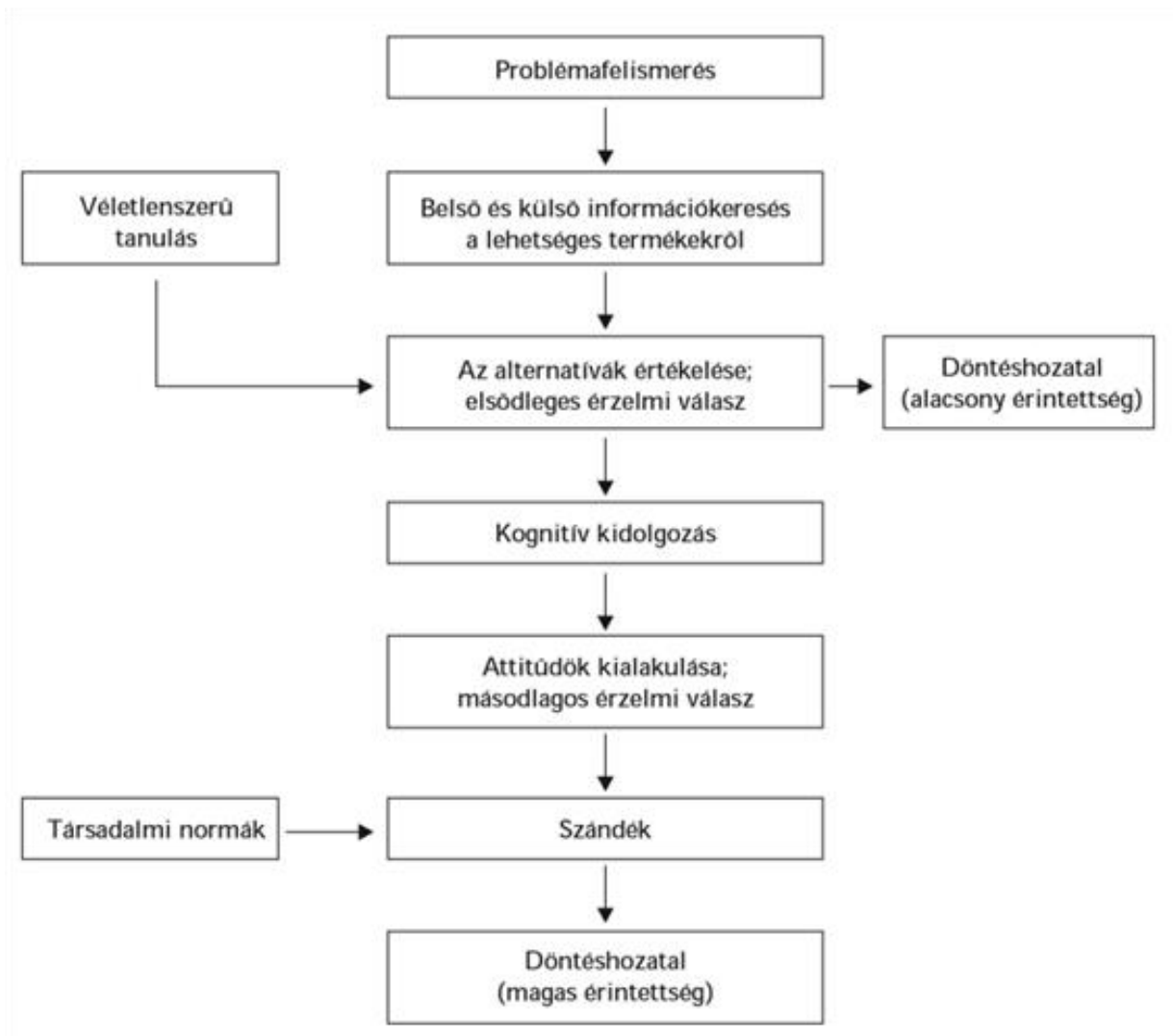


31. ábra: Optimális aktivitási szint

Forrás: ALBERT et al. (2003) alapján

A vásárlói vagy fogyasztói magatartás legfrissebb jellemzői olyan címszavakkal összegezhetők, mint öntudatosság, önmegvalósítás, függetlenség, kiszámíthatatlanság, minőségi igények és divatos igénytelenség, érzelmek erős hatása és szórakozni vágyás, korszerű technikák (pl. multimédia) használata, környezetvédelem és a növekedés határainak érzékelése, egészségmegőrzés és nem utolsósorban a fantázia és a szimbolikusság előtérbe kerülése, valamint a globális fogyasztás és fogyasztói szokások elterjedése. A fogyasztók és fogyasztói mozgalmak számos szerző szerint is egyre jelentősebb szerepet kapnak az iparilag fejlett társadalmak jövőjének alakításában, elsősorban szerepük tudatosulása révén, az új információs technikák és a változó törvényi szabályozás segítségével.

Fontos megjegyezni, hogy a marketingkutatásban is a hagyományos (racionális, haszonmaximalizáló) döntéseméleti modell segítségével azonosítják a fogyasztói döntés fázisait. A fogyasztói döntéshozatal részletes fázisait a 32. ábra szemlélteti, ugyanakkor minden döntés esetében felismerhetők az alábbi lépések: problémafelismerés (érdeklődés), információkeresés, értékelés és végül a döntés, majd a döntés megvalósítása, amit kiegészíthetünk a döntés utáni viselkedéssel és a megelégedettséggel. Érdekes továbbá figyelembe venni azt is, hogy a háztartási fogyasztás döntései sok esetben több személy együttműködésével valósulnak meg, s ebben számos egyéb tényező is fontos szerepet játszik, többek között a döntéshozó csoport összetétele, érdekeltségi viszonyai, belső hierarchiája, valamint az alkufolyamatok és stratégiák. Ennek következtében például az egészséges élelmiszerek vásárlásával kapcsolatos döntéshozatal is többváltozós.



32. ábra: A fogyasztói döntéshozatal modellje

Forrás: VAN RAAJI (1988) alapján

Az egészséggel kapcsolatos fogyasztói döntések viselkedési közgazdaságtan szempontjából történő vizsgálatával kapcsolatban elsősorban KOLTAY és VINCZE (2009) tanulmányára támaszkodtam, jelen dolgozatban az általuk megállapított legfontosabb tényeket szeretném összefoglalni. A szerzőpáros szerint az egészséggel kapcsolatos fogyasztási döntések gyakran olyanok, amelyek intertemporális preferenciákkal függnek össze – mint például az aktív életmódhoz kapcsolódó testmozgás (vagy egyéb, hosszú távon az egészségjavító, de rövid távon kellemetlen és költséges tevékenység) közvetlenül negatív hasznosságot nyújt, ám késleltetett hatása pozitív a jólétünkre. Ugyanakkor mivel ezek a tevékenységek költségesek, beruházásnak is felfoghatók: ma rosszabbul érzem magam azért, hogy javítsam a későbbi teljesítő (kereső) képességemet.

Az egészséggel kapcsolatos döntéseknek ugyanakkor árnyoldalai is vannak, gondoljunk csak a függőséget, szenvedélybetegséget okozó kábítószer-, cigaretta- vagy alkoholfogyasztásra. Ezen termékek esetében a hatás az előzőhöz képest fordított: míg jelenlegi fogyasztásuk élvezettel jár, számíthatunk arra, hogy utóbb nagy kellemetlenségeknek leszünk kitéve hosszú távon. Fogyasztásuk hiánya vagy valamilyen leszokásra irányuló tevékenység is beruházási jellemzőket mutat. Az addiktív javak fogyasztása nem feltétlenül irracionális a hagyományos közgazdasági elmélet szerint. Ha adottak az egyén preferenciái, tökéletesen összefér a racionalitással bizonyos mennyiségű alkohol, cigaretta vagy akár kábítószer fogyasztása is. Fontos, hogy itt tisztán egyéni racionalitásról van szó, azzal nem foglalkozunk, hogy léteznek-e negatív externáliák, ami miatt

érdemes a társadalomnak tiltani vagy adóztatni ezeket a tevékenységeket. Ilyen szempontból tehát ezen jelenség mögött is valamiféle önkontrollproblémát lehet sejteni: saját maguk „irányításának nehézsége miatt a fogyasztók nem képesek meghozni az általuk is legjobbnak tartott döntéseket.

A szerzőpáros kutatásai alapján megállapítható, hogy a jelen felé torzított preferenciák, kombinálva bizonyos túlzott optimizmussal, látszólag jól magyarázzák az irracionálisnak tekinthető viselkedések egy részét – az addikció lényegében egyénileg „racionális” viselkedés (adott preferenciák és kognitív korlátok mellett), de javítható állami beavatkozással: annak valószínűségét kell csökkenteni, hogy az egyén „felelőtlen” cselekvési állapotba kerüljön. Ha hiszünk az egészséges tevékenységek alul- és az egészségtelenek túlfogyasztásában, akkor a piac érdeke lehet, hogy segítséget nyújtson a fogyasztóknak. Egy egészségügyi kampány kapcsán tehát nem árt figyelembe venni a fent említett egészségügyi fogyasztói döntések viselkedés gazdaságtani vetületét is.

KOLTAY és VINCZE (2009) az alábbi négy általános, fogyasztói viselkedéssel kapcsolatos témakört vizsgálta a viselkedési közgazdaságtan szemszögéből:

- keresleti externáliák: közösségi preferenciák, reciprocitás és konformitás hatása a fogyasztói döntésekre
- marketing és reklám: az információ felhasználásával kapcsolatos hibák, „meggondolatlan” fogyasztói döntések, nem stabil preferenciák, lecsillapodási szabályok, márkahűség és közösségi preferenciák.
- szerződések és szerződésváltás: döntési hibák és a megfelelő szerződés kiválasztása, valamint szerződésváltást jellemző fogyasztói tévedések.
- árinformáció feldolgozása és árazási anomáliák: információs túlterheltség, méltányos árak, referenciaárak és az árinformáció elrejtése.

Jelen dolgozatban azonban csupán a marketing és reklám vizsgálata, ezen belül is elsősorban az online marketing/e-marketing, mint az információgazdaság fejlődésének hozadéka kerül részletezésre. A marketinggel kapcsolatban a viselkedési közgazdaságtan arra hívja fel a figyelmet, hogy e tevékenységek növelhetik annak valószínűségét, hogy a fogyasztók döntési hibákat követnek el, mivel érzelmileg motiváltakká és kevésbé megfontoltakká válhatnak a reklám és más marketingtevékenység hatására. Arról azonban kevés információ áll rendelkezésre, hogy ez mennyire befolyásolja a fogyasztói magatartást, vagy milyen hátránnyal jár a fogyasztók számára. Azonban fontos megjegyezni, hogy nem csupán a fogyasztók számára esetlegesen káros gyakorlatot figyelhetünk meg, hanem kedvezőt is. A közösségi preferenciák „kihasználása” például amellet, hogy termékdifferenciálási lehetőséget nyújt a vállalatoknak, és márkahűséget építhet ki, egyben negatív externális hatások kezelésére is alkalmas lehet (KOLTAY és VINCZE, 2009).

3.4. A közösségi média hatása és szerepe az egészségtudatosság fejlesztésében

3.4.1. Fogalmi lehatárolás – a közösségi média fogalma és kategorizálása

Disszertációm fő kutatási irányát az egészségtudatosság tényezőinek feltárása, egészségtudatosság munkahelyen történő növelésének gazdasági hatásai, a fogyasztói magatartás jellemzői adják, valamint, hogy az online kommunikációs eszközök, elsősorban a közösségi média hogyan tudja ezt befolyásolni és hatékonyságát fokozni az online kommunikációs térben. Ezen gondolat mentén nagyon fontosnak tartom a vonatkozó szakirodalmi háttér bemutatását, és a közösségi médiával kapcsolatos legfontosabb folyamatok, összefüggések ismertetését.

Napjainkban a közösségi média használata mindannyiunk életének egyre fontosabb részévé válik – legyen szó akár vállalkozásokról, akik a technikai és technológiai fejlődésekkel lépést tartva próbálnak minél hatékonyabb kommunikációt folytatva eljutni a fogyasztóikhoz, vagy magukról az egyéni felhasználókról, akiket egyre jobban képes befolyásolni a közösségi média egy-egy

döntés meghozatalakor. A technikai fejlődés, a digitalizáció megjelenése azt eredményezte, hogy a kommunikáció módszerei és eszközei megváltoztak, az információáramlás felgyorsult. A változó fogyasztói attitűdöknek köszönhetően már egyre több és fontosabb kommunikáció zajlik az Interneten, azon belül is az úgynevezett web 2.0 alkalmazások révén. A web 2.0 alkalmazások megjelenésével már nem csupán a vállalatok tudnak információt eljuttatni fogyasztóikhoz, hanem a fogyasztók is információgenerátorokká, és megosztókká váltak. Habár az egészségügyi dolgozók (orvosok, nővérek stb.) jelentik továbbra is az elsődleges információforrást a páciensek, illetve családtagjaik számára, azonban a kommunikáció során egyre inkább elterjed az Internet illetve közösségi média használata is például visszajelzések, fórumok, orvosokkal, betegségekkel, tünetekkel kapcsolatos pozitív és negatív tapasztalatok megosztása, edukáció stb. területén (LAPOINTE et al., 2014; BRODALSKI et al, 2011). A közösségi média tehát immáron egy új szintér az információ megszerzésére, átadására, valamint a barátokkal, családtagokkal és hasonló gondolkodású emberekkel történő kommunikációra.

Hasonlóképp új kommunikációs csatorna ez a vállalatok számára is, hiszen egy-egy intézmény kommunikációs stratégiájának kialakítása során a hangsúly egyre inkább áttevődik az online világ nyújtotta lehetőségek kihasználására. A vállalatok által használt marketingkommunikációs eszközök is egyre inkább áttevődnek az online kommunikációs térbe, ahol hatékonyabban és gyorsabban juttatható el az üzenet a fogyasztók (külső kommunikáció révén) vagy a munkavállalók (belső kommunikáció révén) számára. „A marketingkommunikáció olyan tervezett cselekvéssorozat, amely a vállalat marketingrendszerébe illeszkedik, célja egy termék (szolgáltatás), márka vagy vállalat (intézmény) megismertetése, népszerűsítése, a fogyasztó figyelmének felkeltése, vásárlásra ösztönzése, illetve érdeklődésének megtartása kommunikáció segítségével” (FAZEKAS és HARSÁNYI, 2000). A marketingkommunikációs eszközök ezáltal közvetett vagy közvetlen módon információt nyújtanak, tájékoztatják a fogyasztókat a vállalatról, annak termékeiről, szolgáltatásairól.

Értelmezésem és véleményem szerint azonban ezeknek az eszközöknek a segítségével nem csupán a fogyasztók egészségtudatosságának szintjét lehet növelni, hanem a vállalatok használhatják belső kommunikációs eszközként is, és rajtuk keresztül hatékonyan kommunikálhatnak munkavállalóikkal. Ilyen szempontból pedig nem csupán a fogyasztói, hanem a munkavállalói lojalitás eszközeivé is válhatnak. KOTLER és KELLER (2012) az alábbi eszközöket különíti el:

- reklám
- értékesítésösztönzés
- események, élmények
- Public Relations
- direkt marketing
- interaktív marketing
- szájreklám marketing

A marketingkommunikációs eszközök egyik legalapvetőbb csoportosítási módja az ATL, BTL és TTL eszközök megkülönböztetése:

- ATL („above the line”) eszközök: ezeket nevezzük hagyományos eszközöknek, a hagyományos tömegmédiákban való kommunikációt jelenti – ide tartozik a nyomtatott sajtó, plakátok, külterületi reklámeszközök, a televízió és a rádió is.
- BTL („below the line”) eszközök: minden olyan reklám és marketingkommunikációs eszköz, ami nem a klasszikus tömegmédiákat használja, személyes a fogyasztó és termék kapcsolata, lehetővé teszi az interaktivitást, jól célozható és egyedivé tehető – például direkt marketing
- TTL („through the line”): a költséghatékonyság szem előtt tartásának és a reklámpiac fejlődésének köszönhetően létrejött egy mindent átfogó csoport is, ami már az integrált

marketingkommunikációt jelenti, és ide soroljuk az online teret, az interneten történő reklámozást is.

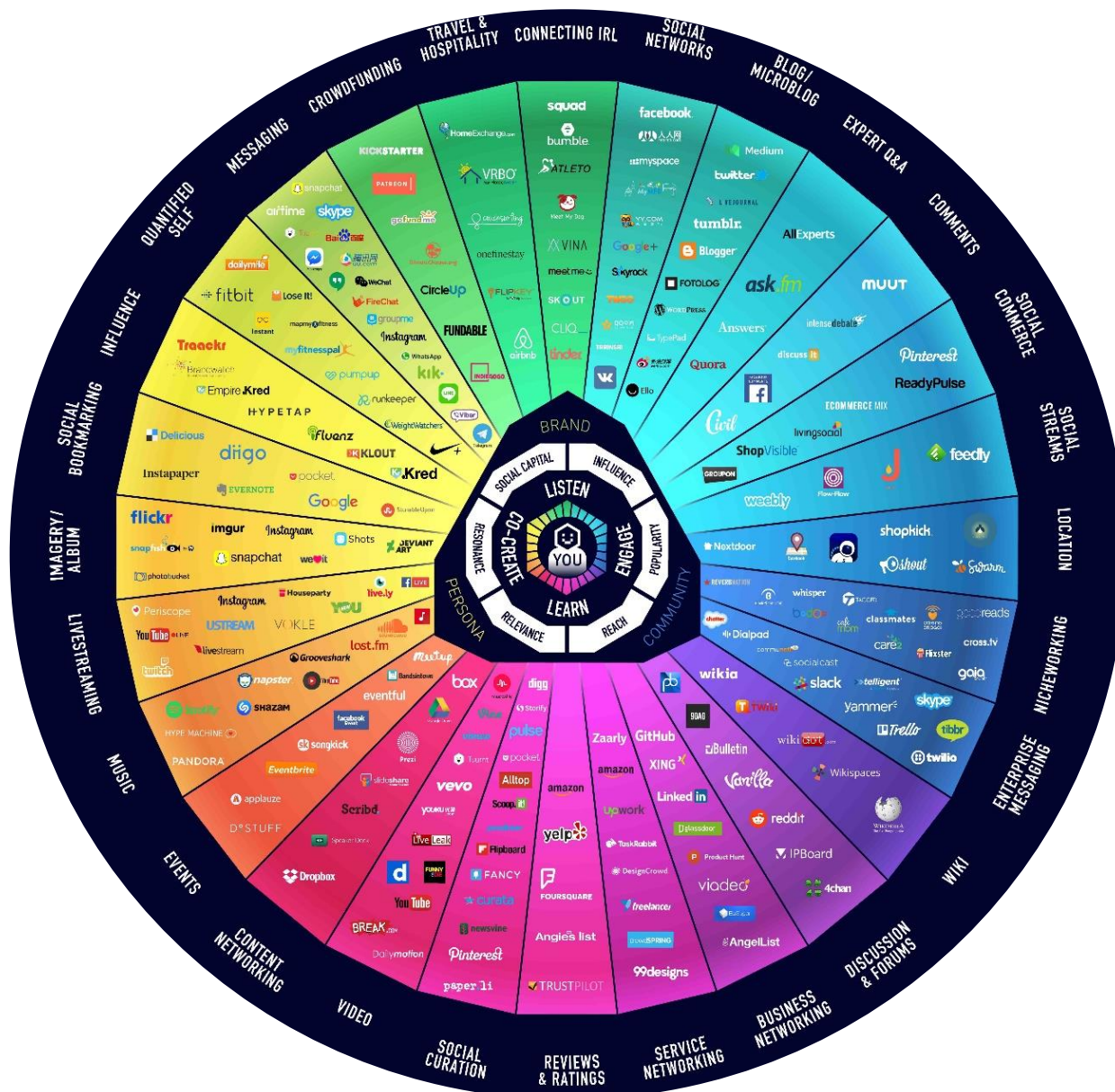
Napjainkban a közösségi média kulcsfontosságú szerepet játszik az online kommunikációban, különösen az 1980 után született Y és Z generációk, vagy úgynevezett „digitális bennszülöttek” (Digital Natives) életében (BOLTON et al., 2013). A Facebook 2004-es alapítása, valamint újszerű üzleti modellje miatt ezt a platformot már szinte minden generációja használja a világ legtöbb országában (VERLAINE, 2020), a Z generáció ráadásul már egyre több időt tölt napi rendszerességgel a virtuális környezetben (DABIJA et al., 2017). A Facebook 2008-ban lényegében konkurencia nélkül jelent meg Magyarországon, és elindulása óta meghatározó közösségi médiaplatform lett. Noha még mindig a Facebook uralja a közösségi média világot, az X generáció és Alpha generáció már egyre több platformot kezd el használni, ezért a marketingstratégia kialakításakor már ezt a tendenciát is figyelembe kellene vennünk, különösen, ha nemzetközi szinten gondolkodunk. DHAOUI és WEBSTER (2021) például számos olyan hasznosítható ajánlást fogalmaz meg a hatékony közösségi média marketing stratégiák kidolgozására és megvalósítására, amelyek ösztönözhetik a fogyasztók pozitív elkötelezettségét.

Ahhoz azonban, hogy megértsük a közösségi média fogalmát, el kell különítenünk azt a web 2.0 jelentésétől, ami magát a platformot jelenti az összes csatlakoztatott eszközzel. A kifejezést először 2004-ben használták a szoftverfejlesztők és felhasználók is a világháló használatának új módjára utalva (KAPLAN és HAENLEIN, 2010). A definíciót 2005-ben O'Reilly alkotta meg: olyan platformként szolgáló szoftver, amely egy folyamatosan frissülő szolgáltatásként több ember számára teszi jobbá a használatot azáltal, hogy többféle forrásból származó adatokat tesz elérhetővé és kombinálhatóvá, illetve hozzáférést enged a mások által generált tartalomhoz. A Web 2.0 legáltalánosabb jellemzői a tartalommegosztás és az interaktivitás (O'REILLY, 2005; EVANS, 2014; BOULOS és WHEELERT, 2007).

A kutatásom szempontjából leginkább KAPLAN és HAENLEIN (2010) értelmezésével értek egyet, miszerint a közösségi médiát a különböző online alkalmazások csoportjaként határozták meg, amelyek a web 2.0 ideológiai és technológiai alapjaira épülnek, és amelyek lehetővé teszik a felhasználó által generált tartalmak létrehozását és cseréjét. NAIR (2011) munkája alapján a közösségi média olyan eszközöket jelent, amelyek főbb elemei a tartalommegosztás, a vélemények megosztása, a média, valamint a kapcsolatok és kötődések a felhasználók és a vállalatok között.

A közösségi média tehát tökéletesen ki tudja szolgálni a fogyasztók egyre növekvő információs igényét, azonban ma már rengeteg lehetősége van a fogyasztóknak, ha választani szeretnének a közösségi média applikációk közül. A 33. ábra összefoglalja a komplex közösségi média univerzumot, amely alapján látható, mennyiféle színtér áll a fogyasztók rendelkezésére a közösségi média használattal kapcsolatban.

Nagyon fontos trend napjainkban, hogy a fogyasztói attitűdök változása következtében egyre több és fontosabb (baráti, üzleti, iskolai stb.) kommunikáció zajlik az Interneten, azon belül is a már említett web 2.0 alkalmazásokon keresztül. A közösségi média nem csupán egyéni, hanem vállalati szinten is életünk egyre fontosabb részévé válik, hiszen új platformot biztosít az információ megszerzésére, átadására, valamint a barátokkal, családtagokkal, ügyfelekkel vagy akár hasonló gondolkodású ismeretlenekkel történő kommunikációra is. A célok egyéni és vállalati szinten is hasonlóak: az általunk fontosnak vélt üzenetek minél hatékonyabban történő eljuttatása a célközönség felé, illetve célközönségként a lényeges információk megtalálása, elérése.



33. ábra: Konverziós prizma

Forrás: SOLIS (2017)

A fogyasztók információgenerátorokból az információ megosztóivá válnak, így nagy szerep jut a fogyasztók közötti különböző hálózatok és az azokban zajló folyamatok minél jobb megismerésének is. Az online tér teljesen újfajta szemléletmódot igényel: a technológia szerepe immár nem a kommunikáció (elő)segítésére korlátozódik, hanem maga válik a kommunikációs tevékenység alapjává (LIEVROUW, 2009). Míg a hagyományos médiában az információt főleg a vállalatok állítják elő, és egy irányban áramlik, addig a közösségi média környezetében az információt a felhasználók állítják elő és terjesztik el (TARIQ-WAHID, 2011). Ez a folyamat az információ és a tudás demokratizálódását támogatja (Evans 2008) és a tartalom eddigi fogyasztóit tartalom előállítókká alakítja (BOTHÁ et al. 2011; MARKOS-KUJBUS és MIRKO, 2012; ESZES, 2012). Következésképpen, a közösségi média applikációk lehetőséget adnak arra, hogy az eddigi B2C irányú kapcsolatokat kiegészítsék és akár felváltsák a C2C irányú kommunikációs folyamatok, melynek megfelelő területe lehet az egészségtudatosság fejlesztése is. Bizonyos területeken ugyanis az emberek jobban megbíznak a többi fogyasztó tapasztalati úton szerzett véleményében, mint a vállalati vagy állami oldalról érkező üzenetekben, azt feltételezve, hogy ezáltal objektív és elfogulatlan információhoz juthatnak (SAS, 2012).

A 4. táblázat a szakirodalom alapján foglalja össze a legfontosabb különbségeket a hagyományos média illetve a közösségi média között, két paraméter: az interaktivitás és az információ megosztás alapján.

4. táblázat: Különbségek a hagyományos média és a közösségi média között

A KOMMUNIKÁCIÓ FORMÁJA	HAGYOMÁNYOS MÉDIA	KÖZÖSSÉGI MÉDIA
INTERAKTIVITÁS	Egyirányú kommunikáció (monológ) (one-to-many)	Többirányú kommunikáció (many-to-many)
	Kapcsolat – csak informálja a felhasználót	Interaktivitás – elkötelezi a felhasználót
	Kisebb a lehetőség az információ elferdítésére – korlátozott véleményezési lehetőség időelcsúszással	Veszélyesebb az információk félreérthetősége szempontjából
	Statikus	Dinamikus
	Csak keresés és böngészés	Közzététel és feliratkozás is
INFORMÁCIÓ MEGOSZTÁS	Fix határidők és ütemtervek (pl. TV, nyomtatott sajtó)	Rugalmas és gyors információ átadás
	Strukturált információ megosztás	Strukturálatlan információ megosztás
	Centralizált és ellenőrzött folyamat az információ disztribúciójára	Decentralizált folyamat az információ disztribúciójára
	Szervezeti kontroll az információ áramlásával kapcsolatban, a felhasználó csak olvasni tudja a tartalmat	A felhasználók nem csak olvasni, hanem írni, szerkeszteni is tudják a tartalmat – ők kontrollálnak - szabadság

Forrás: saját szerkesztés a szakirodalmi források alapján

KAPLAN és HAENLEIN (2010) alapján az 5. táblázat foglalja össze a legfontosabb közösségi média csatornákat, valamint azok rövid leírását és kapcsolódó példákat:

5. táblázat: A közösségi média típusai, osztályozása

KÖZÖSSÉGI MÉDIA	RÖVID LEÍRÁS	PÉLDÁK
Blogok	Olyan speciális weboldalak, amelyeket általában fogyasztók, magánszemélyek birtokolnak és szerkesztenek, leginkább naplóra hasonlítanak. Ezek az oldalak rendszeresen frissített, dátummal bélyegzett bejegyzéseket tartalmaznak, fordított időrendi sorrendben.	Technológia: Blogger, WordPress Oldalak: HealthLiveBlog

Kollaboratív projektek	Olyan online fórumok vagy vitaoldalak, amelyek lehetővé teszik az emberek bizonyos csoportjainak együttműködését az online tartalom létrehozása érdekében. A tartalom előállítása több felhasználó által közösen történik.	Google Groups Business Forums
Tartalommegosztó oldalak	Olyan online csatorna, amely lehetővé teszi az emberek számára a különböző médiatartalmak (fotók, videók, klipek stb.) megosztását másokkal.	videó: YouTube, TikTok kép: Flickr zene: Spotify, jamendo
Mikroblogok	A blogok egy speciális formája, lehetővé teszi a felhasználók számára, hogy kis mennyiségű digitális tartalmat osszanak meg - például rövid mondatokat, videolinkeket vagy képeket. A fő különbség a blogokhoz képest a kisebb tartalomméret.	Twitter Tumblr WeiBo
Podcastok	Weboldalakon terjesztett digitális média tartalom (audio vagy video) sorozata.	Podomatic
Vélemények és értékelő oldalak	Olyan weboldalak, amelyek lehetővé teszik a felhasználók számára, hogy megosszák saját véleményüket, visszajelzést adjanak termékekről, szolgáltatásokról más emberek számára.	Booking.com FourSquare Tripadvisor.com Amazon.com
Közösségi oldalak	Online közösségek információmegosztáshoz, társadalmi kapcsolatokhoz és egyéb interakciókhoz.	Facebook, MySpace üzleti: LinkedIn
Virtuális valóság, virtuális világ	Háromdimenziós világot szimuláló platformok csoportja, amelyben a felhasználók ebben a való élethez hasonló környezetben kölcsönhatásba, interakcióba léphetnek másokkal.	World of Warcraft Wizard of Oz Second Life
Wiki	Olyan weboldalak, amelyek lehetővé teszik a felhasználók számára, hogy egyszerű nyelvet és webböngészőt használva könnyen szerkesszék és közzétegyék az összekapcsoló oldalakat.	Ekopedia Familypedia Wikipedia
Widgetek/badgek/gadgetek	Olyan kis alkalmazások, amelyek könnyen megoszthatók vagy beágyazhatók más webhelyekre.	

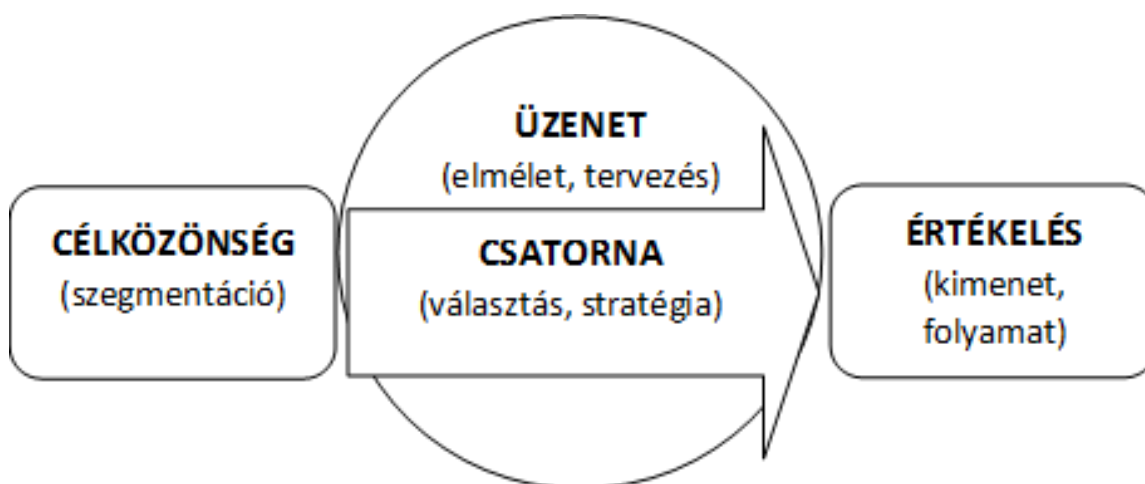
Forrás: saját szerkesztés KAPLAN és HAENLEIN (2010) alapján

3.4.2. A hatékony kommunikáció kulcsa – az üzenetfejlesztés

Az egészségügyi kampányok során az intézmények, vagy a kampány szervezői általában egy jól meghatározott üzenetfejlesztési folyamatot követnek annak érdekében, hogy hatékonyan tudjanak kommunikálni a célcsoportjaikkal. A hatékony üzenetfejlesztési folyamat során jól meghatározott lépéseket célszerű követni, amelyet NOAR (2011) foglalt össze a legkomplexebb módon az

ACME keretrendszerben (34. ábra). A keretrendszer bemutatja az egészségügyi kampánytervezés, bevezetés és értékelés során alkalmazott legfontosabb alapelvek közötti kapcsolatot:

- célközönség (Audience) – a célközönség megfelelő szintű szegmentációja
- csatorna (Channel) – a kommunikációs csatorna kiválasztása, stratégia kialakítása a kampány bevezetésére
- üzenet (Message) – elmélet, tervezés
- értékelés (Evaluation) – eredmény, folyamat.



34. ábra: ACME keretrendszer az egészségügyi kommunikációs kampányokra

Forrás: saját szerkesztés NOAR (2011) alapján

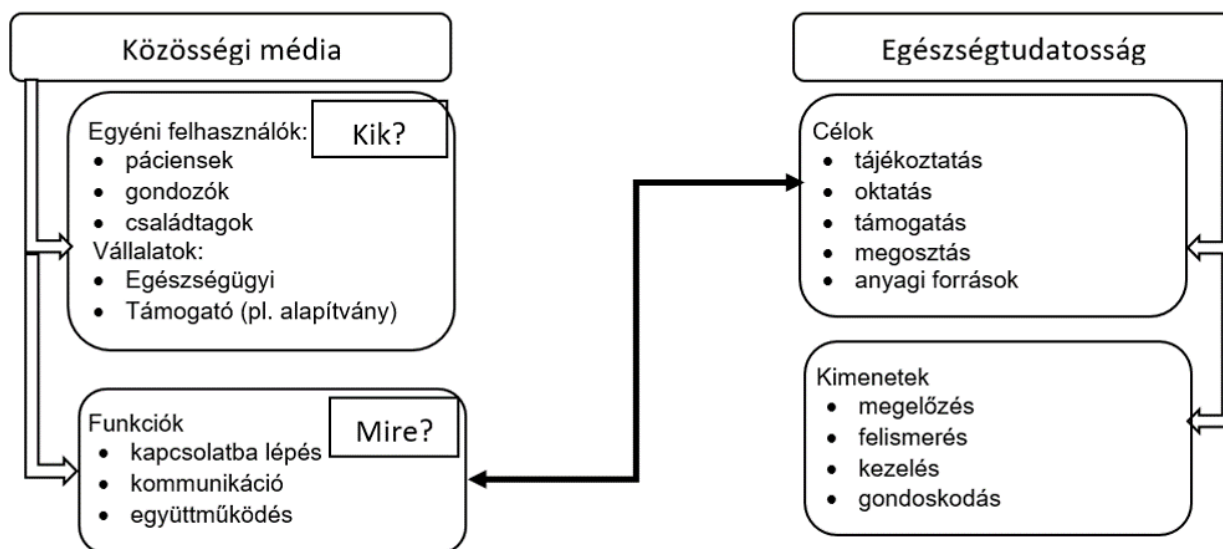
A keretrendszer alapján tehát egyértelműen látható a négy legfontosabb tényező, illetve az is megállapítható, hogy a hatékony üzentnek célközönség-központúnak kell lennie, és fókuszálni kell a megfelelő csatorna kiválasztására a tudatosság növelése érdekében. Azonban ezen tudás és a lépések ismerete gyakran nem elég. MORRISON et al. (2005) kutatásuk során beazonosította az egészséggel kapcsolatos üzenetek legfőbb összetevőit:

- az üzenet címzettje – a már beazonosított célcsoportokat jelenti
- egészségügyi fenyegetések – azokat a legfőbb egészségügyi problémákat és kockázati faktorokat takarja, amelyekkel kapcsolatban az egészségügyi intézmények kommunikálni szeretnének egy egészségügyi kampány során
- a fenyegetések csökkentésére irányuló tevékenységek, akciók – az összes olyan tevékenységet tartalmazza, amely a problémák megelőzésére, kezelésére vagy megoldására irányul
- a tevékenységeket követően elért előnyök – leírja azokat a további előnyöket, amelyek a tevékenységek elvégzését követően érhetőek el.

Összegezve tehát, a hatékony üzenetfejlesztési folyamatnak a tipikus egészséggel kapcsolatos üzenetek fent említett fő összetevőire és jellegzetességeire kell fókuszálnia, és követnie kell a fő folyamatlépéseket.

3.4.3. A közösségi média és az egészségtudatosság összefüggése

Az egészséggel kapcsolatos kommunikációban az információ terjesztése, célközönséghez történő eljuttatása az egészségtudatosság építésének a kulcseleme, és ezáltal döntő tényező a primer, szekunder és terciér prevencióban, valamint a krónikus betegségek korai felismerése során. LAPOINTE et al. (2014) egy átfogó ábrában (35. ábra) magyarázzák el a közösségi média alapú együttműködések szerepét és hatásukat az egészségtudatosság fejlesztésére vonatkozóan.



35. ábra: A közösségi média és az egészségtudatosság összefüggései

Forrás: saját szerkesztés LAPOINTE et al. (2014) alapján

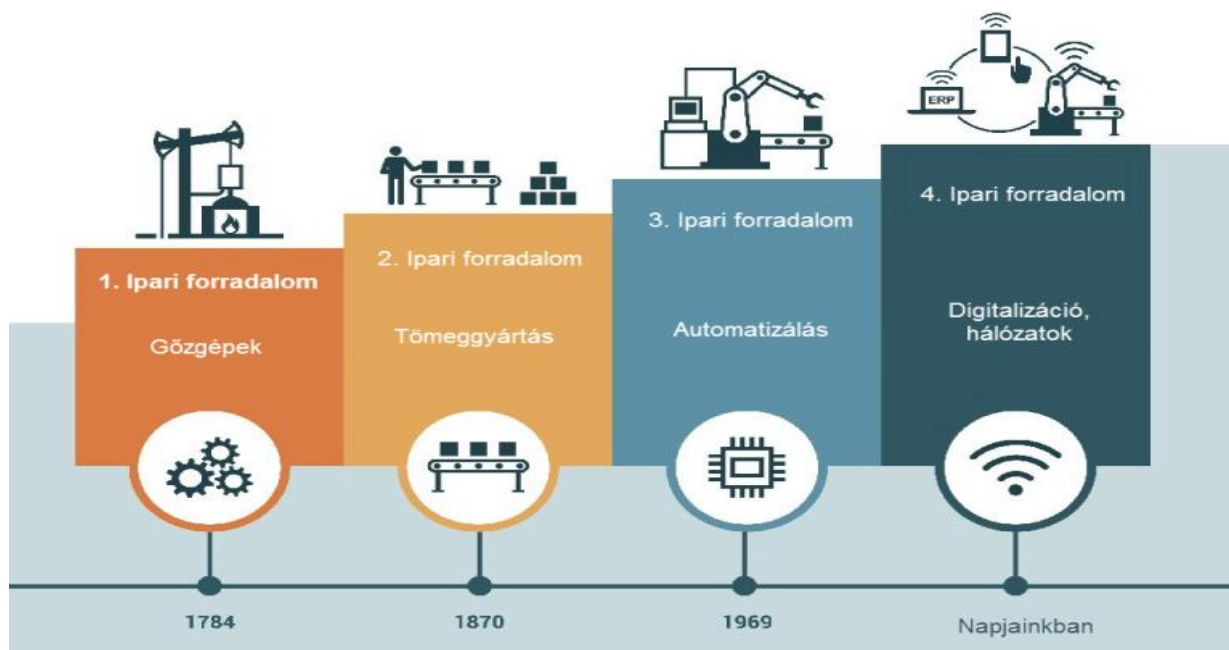
Az ábrán látható, hogy az egyéni illetve a vállalati felhasználók különböző okokból használják a közösségi média eszközöket, azonban mindkét csoport aktívan a felhasználók között van – a vállalatok ezen a platformon keresztül is megpróbálják elérni az egyéni felhasználókat. Hasonlóan elmondható, hogy az egészségtudatosság kialakításával kapcsolatban több célt lehet megfogalmazni, mint például a tájékoztatás vagy oktatás, és az egészségtudatos fogyasztói magatartás hatására különböző kimeneteket lehet elkülöníteni.

Az ábrán egyértelműen látható, hogy az egészségtudatossággal kapcsolatos célok eléréséhez használnunk kell a közösségi média funkcióit, és ez viszont is igaz, ilyen módon a közösségi média funkciói valamint az egészségtudatossággal kapcsolatos célok hatnak egymásra. KOT és BRZEZIŃSKI (2015) vizsgálták, és megállapították, hogy a vállalatok marketing tevékenységének közvetlen hatása van a fogyasztói magatartásra, vagyis a különböző kampányok nem csupán a vásárlói döntéshozatalt képesek befolyásolni, hanem hosszú távon a fogyasztás minőségét és az életstílust is. Emiatt tehát nagyon fontos az egészségügyi kampányok pontos megtervezése és lebonyolítása. A rendkívül gyors technológiai fejlődésnek (pl. okostelefonok, tabletek, egyéb mobil technológiák megjelenése) köszönhetően ráadásul a közösségi média jelentősége folyamatosan növekszik. Ezen eszközöknek köszönhetően az információ már közvetlenül, földrajzi távolságra és időre való tekintet nélkül jut el a fogyasztókhoz.

3.5. A tudásmenedzsment eszközrendszere az egészségtudatos döntéshozatalban

3.5.1.1. A tudás alapú gazdaság és tudásmenedzsment térhódítása

Az utóbbi évtizedekben a fenntartható fejlődés koncepciójának kiszélesedése mellett, azzal párhuzamosan egy másik fejlődési folyamat is végbement, mégpedig a technológia robbanásszerű fejlődése, az 1970-es években kezdődő új ipari forradalmaknak köszönhetően. Az ipari forradalmak mindig jelentős újításokat hoztak életre. Míg a 18. században még a gőzgépek megjelenése és használatának elterjedése hívta életre az 1. ipari forradalmat, napjainkra eljutottunk a negyedik ipari forradalomként, vagy ipar 4.0-ként emlegetett jelenlegi változásokhoz, a digitalizációhoz és hálózatosodáshoz. Az ipari forradalmak sorozatát, és az egyes korszakok legfontosabb újításait az 36. ábra szemlélteti.



36. ábra: Az ipari forradalmak

Forrás: ENTERPRISE COMMUNICATIONS MAGYARORSZÁG KFT. (2017)

Ahogy tapasztalhatjuk, az ipar 4.0 robbanásszerű változásokat hoz az életünkbe: az Internet, robotika, mesterséges intelligencia, big data, adatelemzés csak a kezdet. A technológiai változások üteme felgyorsul – míg 2005-ben csupán 500 millió eszköz csatlakozott az Internethez, mára már 8 milliárd, és egyes előrejelzések alapján ez a szám 2030-ra 1000 milliárd lesz (WORLD ECONOMIC FORUM, 2016).

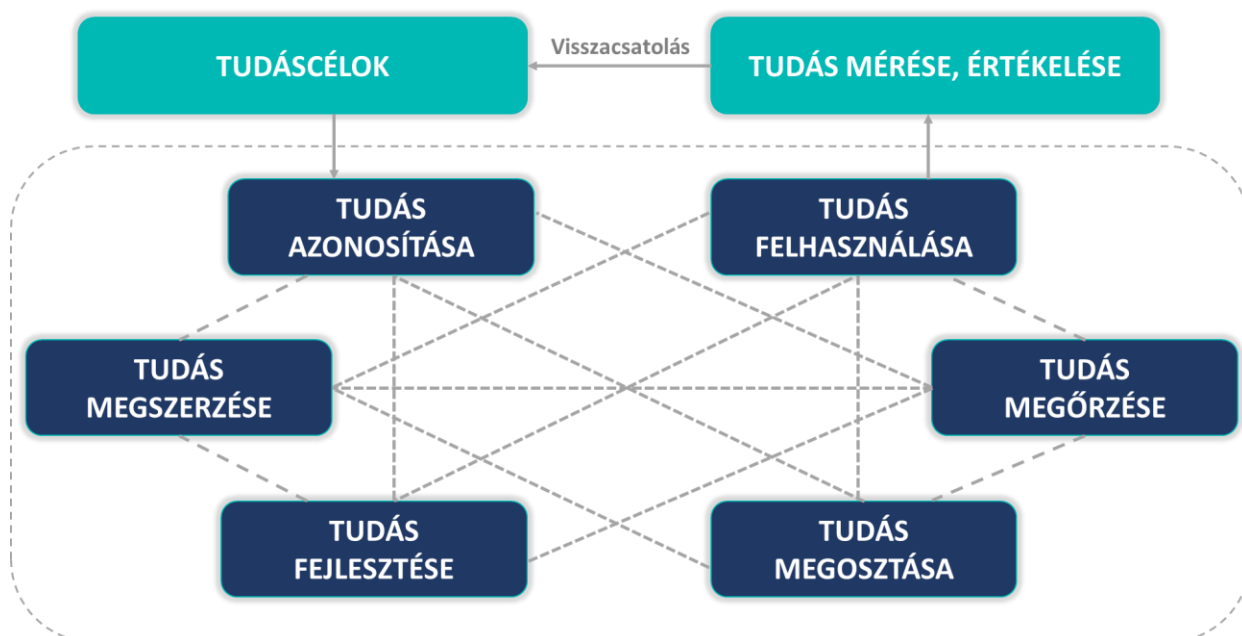
A jelenség által életre keltett fogalom az információs társadalom, mely olyan társadalmat jelent, ahol az információ és az azzal kapcsolatos jelenségek (így a tudás, a kommunikáció, az adatok, a gondolkodás és az adatfeldolgozás) a korábbinál fontosabb, központi szerephez kerülnek. A vállalatok működése szempontjából lényeges változás, hogy sokkal kisebb költséggel, sokkal egyszerűbben, sokkal több ember tud egymással kapcsolatba kerülni.

Az új információ és kommunikációs technológiák (IKT), az Internet, illetve a különböző digitális megoldások megjelenése azonban új kihívásokat jelentett a gazdaság minden szereplője számára. Ezen új technológiai megoldások és lehetőségek ugyanis a gazdaság teljes átalakulásához vezetnek, mivel az Internet és a különféle online applikációk (különösen a közösségi média) egy teljesen új kommunikációs struktúrát is megkövetelnek, amely mind a gazdasági szereplőknek, mind magának a gazdaságnak a magatartását is befolyásolja. A gazdasági szereplők változó magatartása és ennek befolyásolása pedig egy vállalat vagy egy ország sikerének és versenyképességének egyik kulcsa. Azáltal, hogy az információs társadalom, mint fogalom előtérbe került, az egyes IT eszközök és módszerek hatékony használata, a tudástranszfer a vállalati menedzsment számára is jelentős befolyásoló tényezővé vált. „A társadalom most egy olyan korszakba lép, ahol a jövőt alapvetően az emberek azon képessége határozza meg, milyen bölcsen tudják használni a tudást, egy olyan értékes és globális erőforrást, amely a szellemi tőke és technológia megtestesítője” (MUPA et al., 2011). Ebben az új, tudás alapú gazdaságban az IKT eszközök használatával, a digitalizáció nyújtotta lehetőségekkel a tudást sokkal könnyebb beazonosítani, összegyűjteni, rögzíteni, létrehozni, megtanulni és megosztani másokkal. Az 1970-es évektől végbemenő technológiai újításoknak (elsősorban ipar 4.0), valamint a számos, rendelkezésre álló információs és kommunikációs technológiának, az automatizálásnak és a digitalizációnak köszönhetően tudunk beszélni ma az úgynevezett új gazdaságról vagy tudás alapú, információs gazdaságról és társadalomról (KOVÁCS, 2017).

Az Európai Unióban széleskörű egyetértés alakult ki arra vonatkozóan, hogy a tudás, a rendelkezésre álló szellemi tőke minősége kulcsfontosságú tényező a gazdasági fejlődés és versenyképesség szempontjából (LISSZABONI SZERZŐDÉS, 2007). Az egészségügyi intézmények, az állam, a vállalatok célja a célcsoportjukba tartozó fogyasztók kulcsüzenetekkel történő elérése annak érdekében, hogy megosszák a tudásukat, vagyis a tacit tudást explicitté tegyék, ezáltal növelve az egészségtudatosságot.

Ha a fenntartható fejlődéssel való kapcsolatrendszer vizsgáljuk, egyértelmű, hogy a nem fenntartható fogyasztás természetesen gazdasági költségvonzattal is társul. A gazdaság ugyanis a környezet azon képességére támaszkodik, mely azt mind erőforrással, mind pedig egészséges munkaerővel ellátja. Ha ezek biztosítása nem megoldott, az jelentős kihatással van a gazdaság eredményességére, versenyképességére is (CSUTORA és HOFMEISTER-TÓTH, 2011). A társadalmak nem fenntartható magatartásának köszönhetően, ahogy már említettem, az ENSZ 2015-ben újrafogalmazta a fenntarthatósági célokat, és kiemelte, hogy az IKT szektor mekkora átfogó szerepet játszik az átfogalmazott fenntartható fejlődési célok átfogalmazásában, amelyek felgyorsíthatják az ezen célok esetében elért haladást is (GLOBAL E-SUSTAINABILITY INITIATIVE, 2017). Ezeknek a digitális megoldások jelentette új kihívásoknak a hatására a vállalatoknak is szükséges átgondolniuk működésüket, stratégiájukat, és a változó környezethez alkalmazkodva új üzleti és működési modelleket kialakítani.

Ennek következtében nagyon fontosnak tartom, hogy az adott kutatási téma irodalmának és módszertanának fejlesztéséhez strukturáltan, jól felépített módon, a tudásmenedzsment eszközrendszerét is felhasználva járuljak hozzá kutatási eredményeimmel. A tudásmenedzsment folyamatmodelljét véleményem szerint legjobban PROBST (1998) modellje írja le, melynek az építőkövei a tudáshoz közvetlenül kapcsolódó (és egymással is kapcsolatban álló) tevékenységeket mutatja be a belső körben, amely kiegészül a tudáscélokkal, a tudás értékelésével és a visszacsatolással a külső körben. A modell ilyen szempontból hangsúlyozza az egyes tevékenységek egymásra utaltságát, és folyamatként tekint a tudásmenedzsmentre, ahogy azt a 37. ábra is szemlélteti.



37. ábra: A tudásmenedzsment folyamatmodellje

Forrás: saját szerkesztés PROBST (1998) alapján

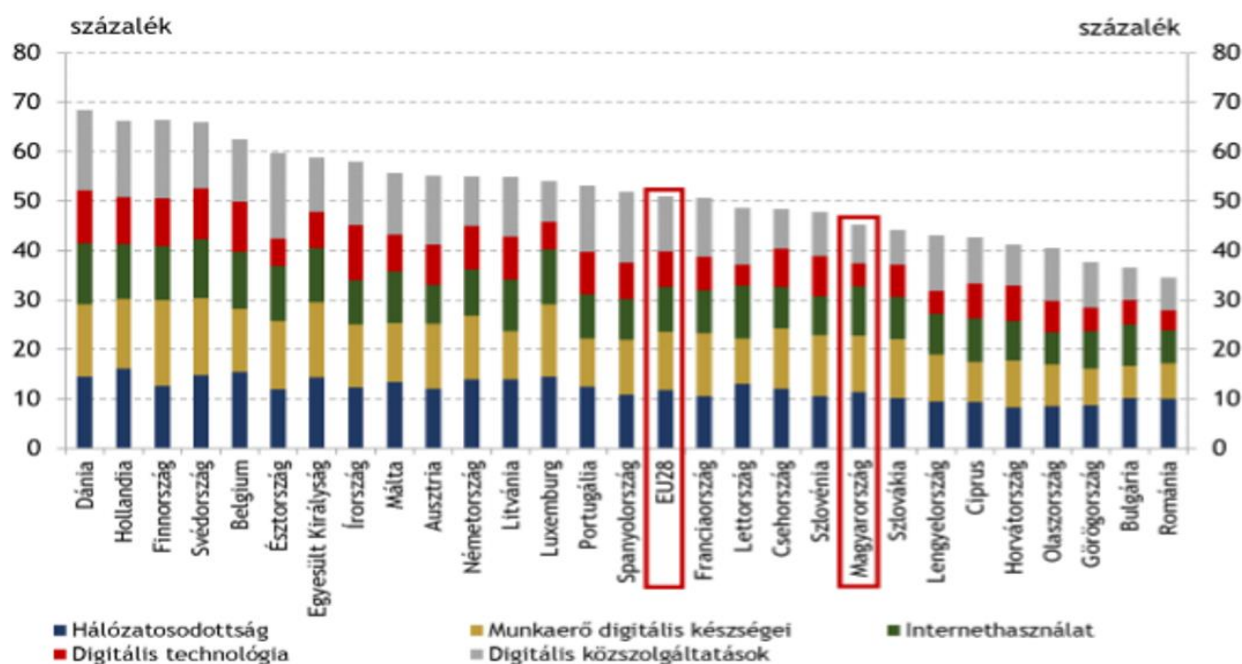
A szakirodalmi áttekintésből egyértelműen kirajzolódik, hogy a tudásmenedzsment nem a „mi”, hanem a „hogyan” kérdés megválaszolására törekszik. A tudásmenedzsment tehát olyan folyamatok összessége, amelyek a tudás feltárását, összegyűjtését, létrehozását, számontartását,

megtartását, elterjesztését, állandó gyarapítását és felhasználását foglalják magukban. Emellett olyan vezetési megközelítés, amely a tudás különböző formáit kezeli annak érdekében, hogy versenyelőnyt biztosítson egy adott szervezet számára. Véleményem szerint a tudásmenedzsment egy olyan keretrendszernek tekinthető, amely a tudás feltárására, áttekintésére, kategorizálására, megosztására szolgáltató megfelelő eszközöket és módszereket, lényeges elemként tekintve a folyamatos visszacsatolásra, és szem előtt tartva a bizalom jelentőségét.

3.5.1.2. Digitalizáció, mint versenyképességi szempont értékelése

HAUSMANN (2017) az alábbiakban foglalta össze, hogy mit jelent a digitalizáció, mint versenyképességi szempont:

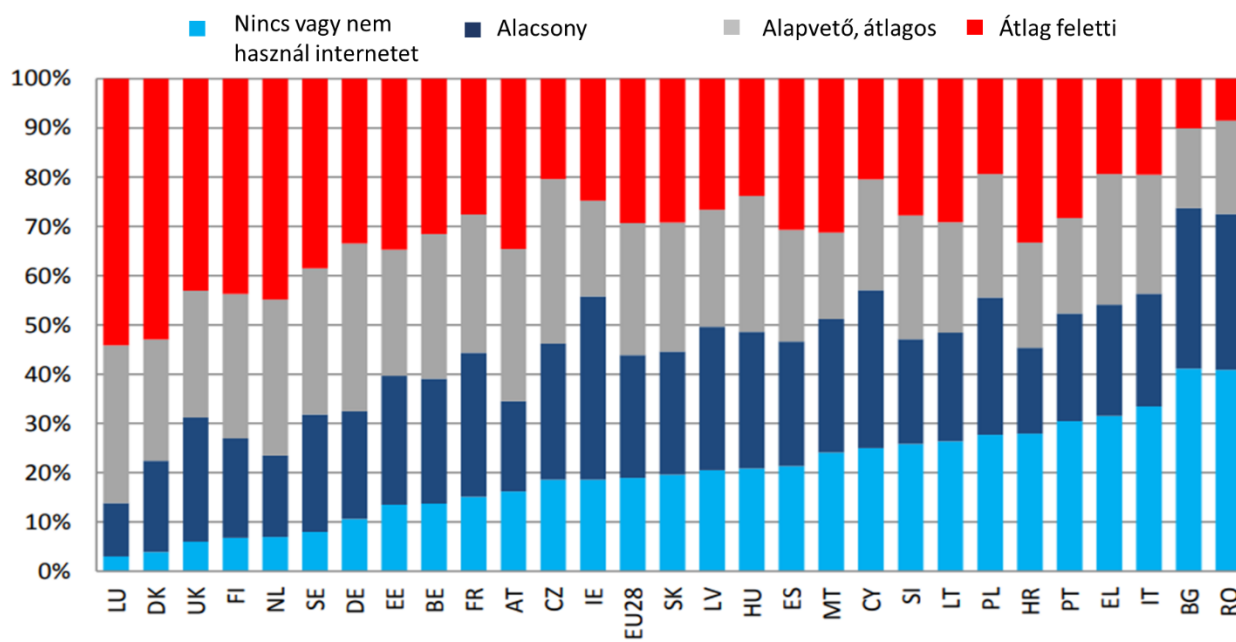
- A digitalizáció az egyik elemi kulcsa a versenyképesség növelésének – egyrészt előfeltétele a sikeres kutatási és innovációs politikának, másrészt pedig eredménye is. Mindemellett, a digitalizációba történő beruházások javítják az országok vagy vállalatok versenyképességét is.
- A digitalizáció jelentőségét mutatja, hogy a versenyképességi rangsorok is mérik a területen elért állami teljesítményt. A Világgazdasági Fórum Globális Versenyképességi Indexe az innovációs és technológiai fejlettségi pilléreken belül vizsgálja a digitalizáció elterjedtségét és minőségét. Az IMD Versenyképességi Rangora pedig a technológiai infrastruktúra alpillérén keresztül kísérel meg a digitális újítások mérését. Az IMD rangsorának technológiai infrastruktúra alpillérében Magyarország 61 ország közül a 2015. évi 46.-ról 2016-ra a 40. helyre javította pozícióját. A digitalizáció terjedését egyéb szakrangsorok is mérik, ilyen például az Európai Bizottság Digitális Gazdaság és Társadalom Indexe, valamint az Európai Unió Innovációs Értékelő Rangora.
- Az Európai Bizottság Digitális Gazdaság és Társadalom Indexe alapján Magyarország (45.3%) a kelet-közép-európai régióban kedvező helyen áll, de az uniós átlagtól (51%) kissé így is elmarad (38. ábra). 2014-hez képest Magyarország – a visegrádi országok átlagos javulási ütemét meghaladva – 6 százalékpontot javított az indexben elért helyezésén.



38. ábra: Az EU tagállamok eredménye az Európai Bizottság Digitális Gazdaság és Társadalom Indexében (2016)

Forrás: EURÓPAI BIZOTTSÁG (2016)

Az EURÓPAI BIZOTTSÁG (2017) által közzétett jelentés szerint 2016-ban az európai lakosság 44% -a nem rendelkezett elegendő szintű digitális készséggel. 19% -uk egyáltalán nem, mivel egyáltalán nem használják az internetet - 2012-hez viszonyítva ez enyhén javuló tendenciát jelent, mivel 2012-ben ez az arány még 23% volt. Az országok között nagy eltérések vannak, a digitális készségek nélküliek aránya Luxemburgban csupán 3%, azonban Bulgáriában és Romániában 41%. 2012-ben a legalacsonyabb arány (6%) Svédországhoz tartozott, a legmagasabb (50%) pedig szintén Romániában volt. 10 országban (Portugáliában, Lengyelországban, Szlovéniában, Horvátországban, Litvániában, Olaszországban, Görögországban, Cipruson, Bulgáriában és Romániában) a lakosság legalább egynegyede nem rendelkezett digitális készségekkel 2016-ban. Továbbá Bulgáriában és Romániában a felnőtt lakosság közel háromnegyedének hiányoznak az alapvető digitális készségei. Az eredményeket összefoglalva a 39. ábra szemlélteti.



39. ábra: Az európai lakosság digitális készségei

Forrás: EURÓPAI BIZOTTSÁG (2017)

A digitális készségek javítása tehát társadalmi érdek. Az eredményekből látszó másik fontos tanulság, hogy ugyan az Y és Z generáció tagjai már teljesen egyértelműnek veszik a különböző mobil és online kommunikációs eszközök használatát, a vállalatok versenyképességének javulásához, és a fenntarthatósági célok megvalósulásához szükség van a teljes lakosság digitális készségeinek javulására, amit elsősorban az oktatáson keresztül lehet elérni. Az oktatás és a fenntartható fejlődés közötti kapcsolat igen összetett, azonban kutatások sora állítja, hogy az oktatás kulcsfontosságú egy nemzet számára a fenntarthatósági céljainak kidolgozásához és eléréséhez (UNESCO, 2005).

4. ANYAG ÉS MÓDSZER

4.1. Szekunder kutatás folyamata és módszertana

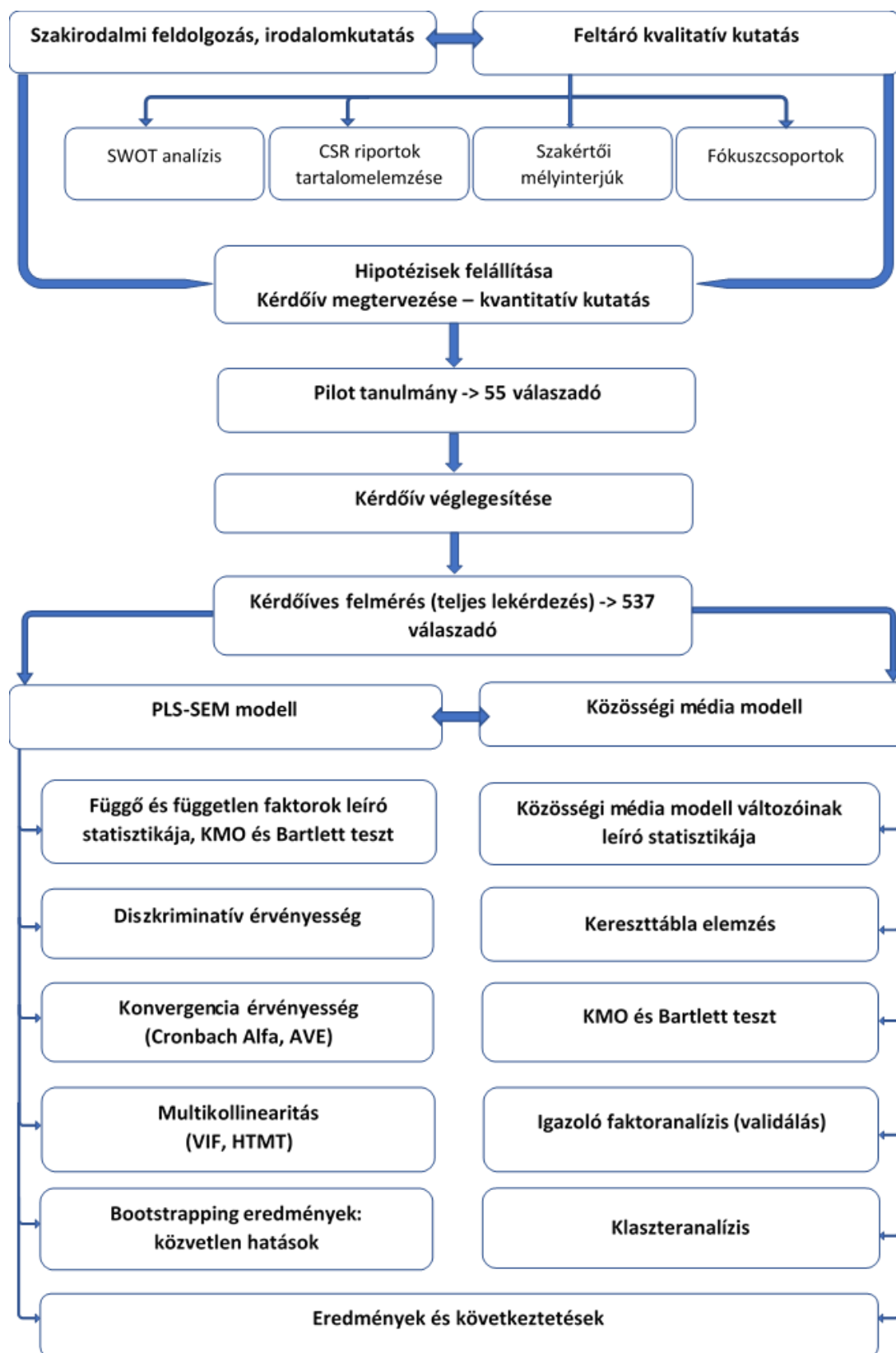
A fogyasztói szokások vizsgálata igen nagy múltra tekint vissza. Már az emberiség létezése óta izgatja a fantáziánkat, hogy a környezetünkben lévők mit fogyasztanak (vadászat, halászat, gyűjtögetés, vásárlás stb. tevékenységeket követően), és miért, mi alapján választják éppen azt. A fogyasztói társadalmak kialakulását követően az egyes tudományágak tudósai és kutatói szintén elkezdtek foglalkozni a kérdéssel annak érdekében, hogy megismerjék a fogyasztói szokásokat, a fogyasztói döntések hátterében álló összetett szempontrendszert, vagyis azt, hogy az egyes fogyasztókat mi motiválja, amikor vásárlásaik során egy adott terméket preferálnak a másikkal szemben. Ilyen módon természetesen a marketing szakma képviselői körében is hatalmas népszerűségnek örvendenek az egyes termékek fogyasztási szokásaival kapcsolatos kutatások. Ezzel párhuzamosan a HR szakma is egyre nagyobb mértékű érdeklődést mutat a munkavállalók jóllétének kérdéskörében, és a jóllétet meghatározó tényezők munkavállalói elégedettséget és hűséget befolyásoló szerepének vizsgálatában. A téma aktualitását talán nem is fokozhatná jobban semmi, mint a 2019-ben megjelenő COVID-19 világijárvány, amely még inkább ráirányította a figyelmet az egészség jelentőségére, és a megelőzés fontosságára. A témában rengeteg szekunder adatforrás áll rendelkezésre, azonban ezek egyike sem ad teljes körű választ azokra a kutatás szerves részét képező kérdésekre és hipotézisekre, amelyek a célkitűzések részben már részletezésre kerültek. A hipotézisek egy része szekunder forrásokból származó adatok elemzésével vizsgálható (H1-H2), azonban a további hipotézisek (H3-H7) esetében mindenképp szükséges konceptuális keretmodell felállítása, és a modellbe beillesztett hipotézisek empirikus kutatás során történő bizonyítása vagy cáfolása.

A vizsgálat módszertanát tekintve egy egyszeri keresztmetszeti kutatásról van szó, amelyen belül természetesen szekunder, illetve primer módon is szükséges adatokat gyűjteni. A célkitűzéseimmel és hipotéziseimmel összhangban az értekezés témájában végzett kutatásom megalapozását az egészségtudatosság, mint társadalmi fenntarthatósági tényező állami (intézményi), vállalati (munkáltatói) és fogyasztói (munkavállalói) szinteken keresztül kapcsolódó releváns elméleti modellek és empirikus kutatások áttekintésével kezdtem. A szekunder források rendszerbe foglalásához végzett szisztematikus szakirodalmi áttekintéshez és irodalomkutatáshoz az EBSCO, ProQuest, ScienceDirect, Scopus, SpringerLink és Web of Science tudományos adatbázisokat használtam, ezen túlmenően pedig a Researchgate és Google Scholar keresőprogramjait. A szakirodalmi forrásokon túlmenően a szekunder adatok gyűjtéséhez statisztikai adatbázisokat és nemzetközi felmérések adatait használtam fel. A szekunder adatok az alábbi intézmények adatbázisaiból származnak: OECD, WorldBank, KSH, Európai Bizottság, ENSZ, Eurostat, Statista. A szekunder kutatás részeként, a közösségi média képességvizsgálatának segítségével nem csupán a fogyasztói magatartást tudjuk elemezni, hanem választ kapunk a különböző, közösségi médiával kapcsolatos kérdésekre is: milyen előnyei, hátrányai vannak, hogyan képesek befolyásolni a magatartásmintákat, képesek-e tudatosság építésére, alkalmasak-e egy társadalmi fenntarthatósági tényező széleskörű megismertetésére, elmélyítésére.

4.2. Primer kutatás folyamata és módszertana

A fentiek támogatására elvégzett primer kutatás eredményei felhasználásra kerülnek a fenntarthatósággal kapcsolatos tudásmenedzsment fejlődéséhez, a tudás minél szélesebb körű megosztásához, fogyasztókkal történő megismertetéséhez. A primer kutatás során természetesen az egészségtudatossággal kapcsolatos fogyasztói magatartás, mint társadalmi fenntarthatósági tényező vizsgálata kerül górcső alá, és várhatóan meghatározásra kerülnek a fogyasztók közösségi média használati szokásai mellett az egészségtudatossággal, valamint fenntartható fejlődéssel kapcsolatos attitűdjei, illetve az egészséggel kapcsolatos munkavállalói juttatások szerepe és közvetlen hatása a munkavállalói elégedettség és hűség kialakulásában. A folyamatok és

magatartásminták megismerésével már felépíthetővé válik egy fogyasztói, vállalati és intézményi szinten is alkalmazható tudás alapú döntéstámogató rendszer, mely segítségével növelhető az egészségtudatosság. A primer kutatás részletes folyamatát és az egyes lépésekhez kapcsolódó módszereket a 40. ábra szemlélteti.



40. ábra: A kutatás módszertani összefoglalója

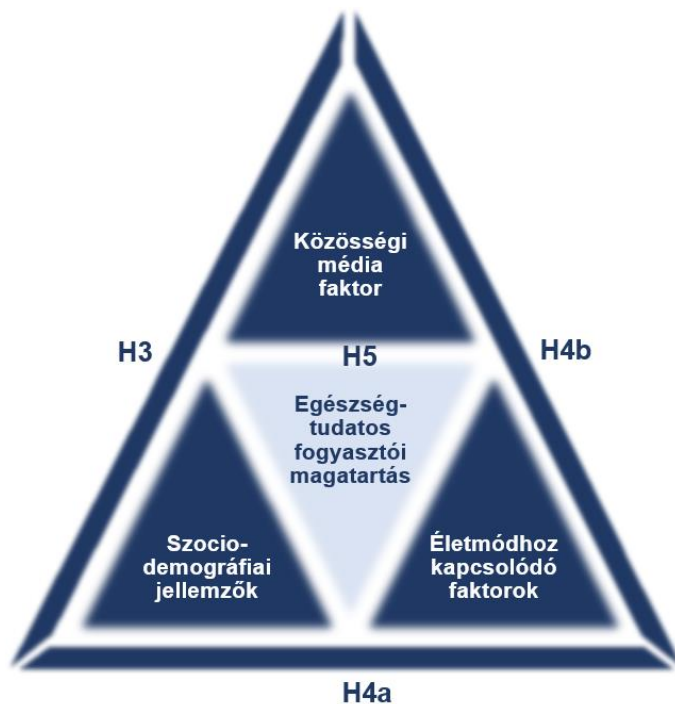
Forrás: saját szerkesztés

A kvalitatív módszert a kutatás kezdeti szakaszában, a szekunder információk kiegészítéseként, információgyűjtés céljából alkalmaztam, a közösség média SWOT elemzése, CSR riportok tartomelemzése, szakértői interjúk és fókuszcsoportok szervezése segítségével, amelyek eredménye jó alapja volt a később végrehajtandó standardizált kérdőíves megkérdezésnek, mint kvantitatív módszernek. A fókuszcsoportos beszélgetések során feltárássra kerültek azok a problémakörök és kérdések, valamint lehetséges faktorok, amelyek segítséget nyújtottak a kérdőívtervezet továbbfejlesztésében, a modell véglegesítésében és a pilot tanulmány előkészítésében.

4.2.1. A közösségi médiára való nyitottság és egészségtudatosság kapcsolatvizsgálatának folyamata és modellje

A primer kutatás elvégzése kettős célt szolgált. Egyrészt szerettem volna megismerni a fogyasztók közösségi média használati szokásait, és megvizsgálni a hozzáállásukat az egészséggel kapcsolatos információk közösségi médián keresztül történő befogadására, illetve a közösségi média használatára való nyitottságukra az egészségtudatosságuk növelése érdekében. Másrészt pedig az egészséggel kapcsolatos munkavállalói juttatások szerepét és hatását szerettem volna feltárni a munkavállalói elégedettség és hűség kialakulásában – megtudni, melyek azok a tényezők, amelyek motiválni képesek az embereket, és amellet, hogy egyéni szinten egészségük és életminőségük javul a juttatásokon keresztül, vállalati szinten gyakorlati jelentősége és gazdasági hozadéka van, ösztársadalmi hasznót is eredményeznek. A téma ilyen irányú komplex, interdiszciplináris megközelítése nem gyakori, ezáltal a primer kutatás jelentősége még inkább felértékelődik, hiszen a hipotézisek egy részének igazolására nem állnak rendelkezésre megfelelő szekunder forrásból származó adatok.

Ennek a fent említett kettős célnak az érdekében két konceptuális modellt alkottam meg a hipotézisek tesztelésére, az egyiket a közösségi média faktor szerepének feltárássára az egészségtudatos fogyasztói magatartás kialakulásában (41. ábra), a másikat pedig a munkavállalói jóllét, elégedettség és hűség egészséggel kapcsolatos faktorainak meghatározására (42. ábra).



41. ábra: Konceptuális keretmodell - közösségi média szerepe az egészségtudatosság növelésében

Forrás: saját szerkesztés

A közösségi média, az életmódhoz kapcsolódó faktorok, valamint a szocio-demográfiai jellemzők egészségtudatos fogyasztói magatartásra való hatásának vizsgálatát a kvantitatív kutatás keretében végeztem, az adatgyűjtéshez a kérdőíves felmérést választottam eszközként, az elemzéshez az ebből származó válaszok szolgáltatták az adatokat. A kérdőíves felmérés 2020. december és 2021. január között történt Magyarországon, és a kérdőív tartalmazta mind a két konceptuális modellhez tartozó kérdéseket.

Első lépésként a szakirodalmi feldolgozás során azonosítottam a modellben használt faktorokat és megfogalmaztam a hozzá tartozó indikátorokat (a kapcsolódó irodalmi források a szakirodalmi áttekintésben kerültek részletezésre):

- szocio-demográfiai jellemzők (DEM): nem, életkor, iskolai végzettség, lakhely, jövedelem, foglalkozás
- életmódhoz kapcsolódó tényezők (ÉM): testmozgás, zöldségfogyasztás, gyümölcsfogyasztás, alkoholfogyasztás, dohányzás, szűrővizsgálatok, munka jellege
- közösségi média faktor (KM) → közösségi médiára való nyitottság az egészséggel kapcsolatban az alábbi indikátorok szerint:
 - KM1: Rendszeresen használom a közösségi média alkalmazásokat arra, hogy az információhoz jussak az egészséges életmóddal kapcsolatban.
 - KM2: Könnyen hozzájuthatok hasznos és megbízható információhoz a közösségi média alkalmazásokon keresztül az egészségtudatossággal kapcsolatban.
 - KM3: A közösségi média alkalmas eszköz arra, hogy ösztönözze az egészségtudatos magatartást (sportos életmód, egészséges táplálkozás, szűrővizsgálatok stb.)
 - KM4: A közösségi média nyújtja a legfrissebb információkat az egészséges életmódról.

A kérdőív ide vonatkozó kérdései három blokkban kerültek megkérdezésre (a kérdőív teljes terjedelemben a 7. mellékletben található):

- egészségi állapottal, életmóddal kapcsolatos kérdések → Ebbe a kérdőívblokkba 13 zárt kérdés tartozott, ami az életmóddal kapcsolatos fent említett tényezőket tartalmazta. Az attitűdök felmérésére egyrészt 5 fokozatú Likert-skálát alkalmaztam, ahol 1=egyáltalán nem fontos, 5=nagyon fontos. Másrészt a jelenlegi életmóddal kapcsolatos szokásokat mértem fel polichotóm kérdések segítségével.
- közösségi média használatával kapcsolatos kérdések → 8 zárt kérdés tartozott a kérdőívblokkba, melyek közül a nyitottságra (mint bizalmi tényezőre) vonatkozó 4 kérdés mérése 5 fokozatú Likert-skála segítségével történt, ahol 1=nagyon nem értek egyet, 5=erősen egyetértek. A további polichotóm kérdések segítségével feltérképeztem, hogy ki, milyen gyakran és milyen típusú közösségi média applikációt használ, illetve használja-e ezeket a platformokat az egészségtudatossággal kapcsolatos információk gyűjtésére, megosztására.
- demográfiai tényezők → 6 demográfiai kérdést tartalmazott a kérdőívblokk.

4.2.2. A munkavállalói jóllétet, elégedettséget és hűséget befolyásoló faktorok kapcsolatvizsgálatának folyamata és konceptuális keretmodellje

A vállalati társadalmi felelősségvállalás, a munkahelyi egészségfejlesztés és az egészséggel kapcsolatos munkavállalói juttatások szerepe erőteljesen felértékelődött.

Disszertációm részeként, a munkáltatói és munkavállalói szint összefonódásához és elemzéséhez kapcsolódóan, az egészséggel összefüggő munkavállalói juttatások szerepét is vizsgáltam a munkavállalói elégedettség és hűség kialakulásában.

Kvalitatív kutatás – Mélyinterjúk és fókuszcsoportok

A szakirodalmi áttekintést és a CSR-ral, valamint egészségfejlesztéssel kapcsolatos riportok tartalomelemzését követően egyéni mélyinterjúkat végeztem a téma szempontjából releváns véleménnyel bíró szakértőkkel – kis-és középvállalatok vezetőivel, valamint egészségbiztosítási szakértőkkel. Összesen 5 mélyinterjút végeztem el személyesen, 2020 augusztusában és szeptemberében. A mélyinterjúk során félig strukturált vezérfonalat követtem, melynek fő kérdéskörei az egészséggel kapcsolatos munkavállalói juttatások voltak. A mélyinterjúk során használt vezérfonal a 4. mellékletben teljes tartalmában megtalálható. Az egyéni mélyinterjúkra való felkészülés és vezérfonal készítés során FONTANA és FREY (2005), BAUER és GASKELL (2000), MALHOTRA (2009) valamint HELTAI és TARJÁNYI (2004) útmutatásait követtem. A kvalitatív kutatás elvégzését elősorban az indokolta, hogy nem voltak a témában a vizsgálat tárgyát képező validált kérdőívblokkok, ezért saját kérdéseket fogalmaztam meg, melyhez a feltáró jellegű kvalitatív kutatás eredményei segítséget nyújtottak.

A mélyinterjúk során feltérképeztem azokat a területeket, ahol munkavállalói juttatások formájában felmerülhet az egészségtudatosság fejlesztése, illetve megkérdeztem, hogy ezek a juttatások milyen haszonnal járnak a vállalatok számára. Ezt követően a szekunder kutatásra támaszkodva felmértem, melyek lehetnek azok az egészséggel kapcsolatos juttatások, amelyeket a kis-és középvállalatok szintjén is alkalmazni lehet, melyek nem igényelnek nagy infrastrukturális és pénzügyi befektetést. Az interjúk elvégzése rávilágított arra a tényre, amely már a szekunder forrásokból is körvonalazódott, miszerint nem minden nagyvállalati vagy multinacionális környezetben motiváló tényezőként működő juttatás lesz hatékony kis-és középvállalati környezetben is. Mindemellett kérdés volt számomra, hogy szakértői szinten mely tényezőket és juttatásokat tekintik motivátorként a munkavállalói elégedettség növelésére. Az eredmények értékelése tartalomelemzéssel történt.

A mélyinterjúk eredményeit és tapasztalatait felhasználva 3 fókuszcsoportos vizsgálatot végeztem Budapesten 2020 októberében. A fókuszcsoportos vizsgálatok forgatókönyvének logikai felépítése hasonló volt a mélyinterjúk vezérfonalához, azzal az eltéréssel, hogy a kérdések feltevése már irányítottabban történt, kiegészülve néhány szabad asszociációs módszerrel és életmódra is vonatkozó kérdéssel. A teljes forgatókönyv az 5. mellékletben található. A fókuszcsoportokon összesen 3 x 5 fő vett részt. A fókuszcsoportokat úgy szerveztem, hogy az első csoportba olyan munkavállalók kerüljenek, akik nagyvállalati, illetve multinacionális környezetben dolgoznak, a második csoportba pedig olyanok, akik kis-és középvállalati környezetben, a harmadik csoportba pedig, akik közigazgatási/állami szférában dolgoznak.

A mélyinterjúk és fókuszcsoportos vizsgálatok segítségével feltérképeztem a munkavállalók lehetséges motivációit, és képet kaptam arról, mely területeket és azon belül milyen egészséggel kapcsolatos juttatásokat tartanak a legfontosabbnak a munkavállalói elégedettség tényezőiként. A szakirodalomból ismert tényezők és juttatások mellett sikerült mélyebb ismeretekre is szert tenni, ezáltal a kvalitatív kutatás eddig kevésbé vizsgált vagy feltételezett összefüggésekre és tényezőkre is ráirányította a figyelmemet. A fókuszcsoportos kutatás során egyértelművé vált számomra, hogy a munkavállalók az egészségtudatosságuk életmódjukon keresztül történő fejlesztését továbbra is első körben saját felelősségi körüknek érzik, nem a munkáltatótól várják. Ez az eredmény elsősorban a kis-és középvállalati csoportban volt szembetűnő, ahol nem, vagy kevésbé jellemzőek a munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos törekvések.

A kvalitatív kutatás eredményeként a legfontosabb tényezőkként az alábbi területek kerültek azonosításra: fizikai egészség, mentális és lelki egészség, egészséges munkakörnyezet, pénzügyi egészség (ide tartozóan a biztosítások), egészséges táplálkozás és prevenció. Ez az eredmény túlnyomórészt egybeesik a szakirodalomban találtakkal, azonban a jelen egészségügyi kihívásokra adott válaszként a fizikai egészséggel kapcsolatos tényezők és a távmunka, illetve biztonságos munkakörnyezet még inkább felértékelődtek munkavállalói oldalról.

Kvantitatív kutatás – Kérdőíves felmérés

A fogyasztói és munkáltatói szinttel kapcsolatos primer kutatást, a munkavállalói oldal és elvárások vizsgálatát kvantitatív kutatás keretében végeztem el, az adatgyűjtés eszköze a korábban már említett kérdőíves felmérés volt. Az ide vonatkozó kérdőívblokkok kialakításához a 6. táblázat foglalja össze a szakirodalom és kvalitatív kutatás alapján legfontosabbnak ítélt, egészséggel kapcsolatos munkavállalói juttatásokat, mint exogén változókat, illetve a munkavállalói jóllétet, munkavállalói elégedettséget és hűséget jelentő endogén változókat, azok rövid leírását, illetve a hozzájuk kapcsolódó releváns empirikus kutatásokat, szakirodalmi forrásokat.

6. táblázat: A munkavállalói elégedettséghez kapcsolódó modell faktorai és irodalmi források

Változók	Faktorok /Tényezők	Kapcsolódó indikátorok rövid leírása	Faktorhoz kapcsolódó irodalmi források
Exogén változók (közvetett változók)	Fizikai egészség (FE)	Sporttevékenységek, munkahelyi torna, vállalati sportesemények, kerékpármegosztó programok sportfoglalkozások szervezése, megfelelő fizikai munkakörülmények biztosítása.	TURKYILMAZ et al. (2011); WAQAS et al. (2014); ROSCOE (2009); AAZAMI et al. (2015); BROWN et al. (2011)
	Lelki egészség (LE)	A munka és magánélet egyensúlyának, a megbecsülésnek és elismerésnek az elősegítése; a diszkrimináció és a zaklatás elleni fellépés; a rugalmas munkaidő és az otthoni munkavégzés támogatása.	BATAINEH (2019); TURKYILMAZ et al. (2011); STRENITZEROVÁ és ACHIMSKÝ (2019); WAQAS et al. (2014); ROSCOE (2009); YASEEN (2020); RANI et al. (2011); GIOVANIS (2019); HAN et al. (2021)
	Mentális egészség (ME)	Stresszkezelés, pszichológiai tanácsadás szervezése, coaching, mediáció, relaxáció, irodai masszázs, családbarát munkahelyi körülmények.	AAZAMI et al. (2015); LEE et al. (2009); MANSOOR et al. (2011); DURAISINGAM et al. (2009); MCDAID et al. (2019); KHUONG és LINH (2020); O'BRIEN et al. (2021); HAN et al. (2021)
	Egészséges táplálkozás (ET)	Lehetőség friss zöldség- és gyümölcsfogyasztásra, vízszűrő automata, egészséges táplálkozással kapcsolatos tanfolyamok, főzőtanfolyamok szervezése és diétás tanácsadás.	TUREN et al. (2017); ANDERSEN et al. (2017); PROPER és VAN MECHELEN (2007); MALDOY et al. (2021)
	Prevenção / Megelőzés (PRE)	Szűrővizsgálatok, oltás, elsősegélynyújtó tanfolyamok, képzések biztosítása, a káros szenvedélyekről leszoktató programok támogatása.	AROCENA et al. (2008); WARNER et al. (2004); SMEDSLUND et al. (2004); WARNER et al. (2004); ASFAR et al. (2019)
	Rehabilitáció (REH)	Egészségpénztári hozzájárulás biztosítása, a felépülés támogatása, regeneráló üdülés.	SKAGEN és COLLINS (2016); KUOPPALA et al. (2008)

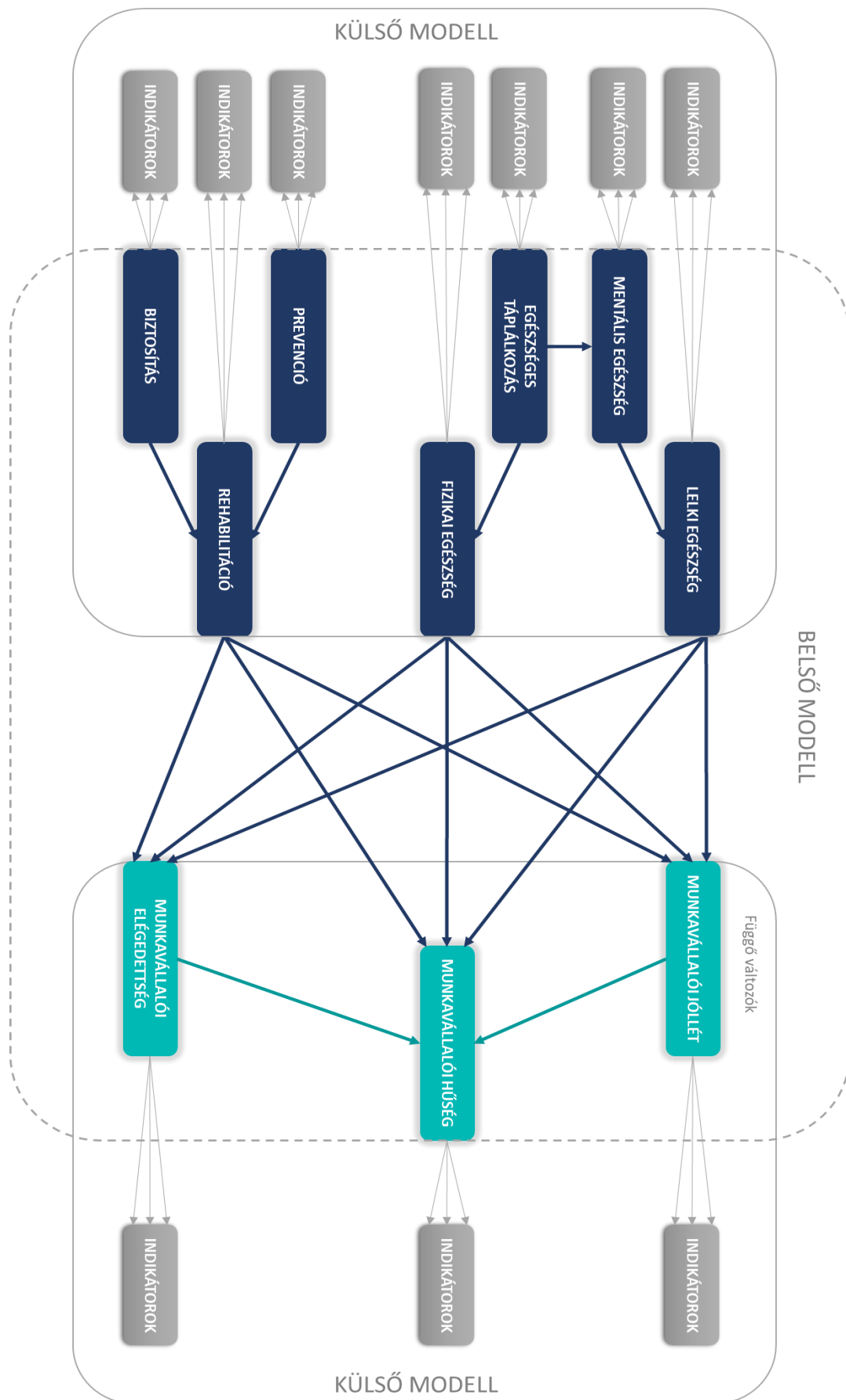
	Biztosítás (BIZ)	Pénzügyi támogatás nyújtása betegség, baleset vagy halál esetén egészségbiztosítással.	SEARS et al. (2014); O'BRIEN (2003)
Endogén változók (közvetlen változók)	Munkavállalói jóllét (MJ)	Az alkalmazottak pozitív érzése a munkahellyel, munkáltatójukkal és magával a végzett munkával kapcsolatban.	ROSCOE (2009); LINTON et al. (2016); ADAMS et al. (1997); MEISELMAN (2016); BAPTISTE (2008); KREKEL et al. (2019)
	Munkavállalói elégedettség (MEL)	Az alkalmazottak elégedettsége munkájukkal, munkahelyükkel, munkáltatójukkal; szeretik a munkájukat, és nem szándékoznak más cégnél dolgozni.	HOMBURG és STOCK (2004); MATZLER és RENZL (2006); TURKYILMAZ et al. (2011); STRENITZEROVÁ és ACHIMSKÝ (2019); HASSAN et al. (2013); KHUONG és LINH (2020); RANI et al. (2011); GIOVANIS (2019)
	Munkavállalói hűség (MH)	A munkavállalók pozitívan beszélnek munkáltatójukról, ajánlják termékeiket és/vagy szolgáltatásaikat; és hosszú távon szeretnének ott maradni.	HOMBURG és STOCK (2000); MATZLER és RENZL (2006); TURKYILMAZ et al. (2011); STRENITZEROVÁ és ACHIMSKÝ (2019); MURALI et al. (2017); HASSAN et al. (2013); KHUONG és LINH (2020); KHUONG et al. (2020); GIOVANIS (2019)

Forrás: saját szerkesztés

Az irodalom és a mélyinterjúk alapján a munkavállalói jóllét, a munkavállalói elégedettség és hűség olyan kiemelt sikertényezők egy vállalatnak, amelyek a vállalat jó hírnevére, sikerességére, versenyképességére, és teljesítményére is hatással vannak, ugyanakkor csak hatékony emberi erőforrás menedzsmenttel (és kapcsolódó CSR tevékenységgel) és stratégiával lehet megőrizni és növelni. Ezek a tényezők ezáltal olyan látens változók, amelyeket közvetlenül nem tudunk mérni, ennek következtében szükség volt egy olyan konceptuális keretmodell felállítására, amelyben a függő, látens változókra ható legfontosabb faktorokat és a faktorok közötti kölcsönhatásokat tudtam vizsgálni. A modell alapján vizsgáltam a szakirodalom és a kutatásba bevont szakemberek tapasztalatai alapján létrehozott faktorok létezését és egymáshoz való kapcsolatát, valamint az endogén változókval való viszonyrendszerét.

A kérdőíves felmérés ide vonatkozó kérdőívblokkjainak kialakításához legtöbb esetben a szakirodalom és kvalitatív kutatás során meghatározott szempontok alapján saját magam szerkesztettem a kérdéseket, azonban a munkavállalói elégedettséghez és munkavállalói hűséghez tartozó kérdések esetében HOMBURG és STOCK (2000, 2004) kutatásait és validált kérdőívét vettem alapul, ezek az indikátorok adaptálásra kerültek a kérdőívbe.

Mivel saját kérdéseket és (nem validált) konstrukciókat használtam az exogén változók esetében, ezért pilot kutatással kezdtem az adatgyűjtést. A tesztelést 55 kitöltött kérdőív vizsgálatával végeztem el. A pilot felmérés során logikai és tartalmi inkonzisztenciát nem találtak a válaszadók. A felmérést követő elemzés alapján 2 indikátor eltávolításra került a végső kérdőíves felmérésből. A pilot kitöltés válaszadóinak válaszai és az eredmények alapján levont tapasztalatok segítségével véglegesítettem a kutatási modellt és a kapcsolódó strukturált online kérdőívet, amelyet az elsődleges adatgyűjtés során használtam. Fontos azonban megjegyezni, hogy a pilot kérdőívől származó válaszokat nem használtam fel elemzési-értékelési céllal a PLS-SEM elemzésben. Az adatgyűjtés önkényes mintavétel módszerével történt (SAJTOS és MITEV, 2007). A kapcsolódó véglegesített kutatási modellt, vagyis a munkáltatói és munkavállalói szint összekapcsolásával létrejött konceptuális keretmodellt a 42. ábra szemlélteti.



42. ábra: Konceptuális keretmodell – a munkavállalói jóllétet, elégedettséget és hűséget befolyásoló tényezők

Forrás: saját szerkesztés

Kutatásom során a kérdőíves felmérésbe mindkét modell változóihoz kapcsolódó kérdéseket beépítettem, ezért a demográfiai kérdések ismertetésétől itt eltekintek (4.2.1. fejezetben már említésre került). A kérdőív PLS-SEM elemzésbe bevont része összesen 48 zárt kérdést (indikátort) tartalmazott, a kérdések mérése 5 fokozatú Likert skála segítségével történt az alábbiak szerint: 1=nagyon nem értek egyet, 5=erősen egyetértek. A kérdések az alábbi felbontásban kerültek be a kérdőívbe (a kérdőív teljes terjedelemben a 7. mellékletben található):

- FE – fizikai egészséggel kapcsolatos munkahelyi juttatásokra vonatkozó kérdések (5)
- ME – mentális egészséggel kapcsolatos munkahelyi juttatásokra vonatkozó kérdések (7)
- ET – egészséges táplálkozással kapcsolatos juttatásokra vonatkozó kérdések (4)
- PRE – prevencióval kapcsolatos juttatásokra vonatkozó kérdések (4)
- REH – rehabilitációval kapcsolatos juttatásokra vonatkozó kérdések (4)
- BIZ – biztosítással kapcsolatos juttatásokra vonatkozó kérdések (6)
- LE – lelki egészséggel kapcsolatos juttatásokra vonatkozó kérdések (5)
- MJ – munkavállalói jóléttel kapcsolatos kérdések (3)
- MEL – munkavállalói elégedettséggel kapcsolatos kérdések (6)
- MH – munkavállalói hűséggel kapcsolatos kérdések (4)

Egyrészt a pandémiás helyzet miatt, másrészt a válaszadók kiválasztási szempontjai miatt (közösségi médiát használók, munkavállalók vagy munkatapasztalattal rendelkező felnőttek) a kérdőíves felmérés teljesen online formában zajlott, direkt e-maileken keresztül megkérdezéssel, illetve a közösségi média platformokon történő megosztással is. Az adatgyűjtéshez a hólabda mintavételi technikát alkalmaztam. Az adatgyűjtést követően 537 teljesen kitöltött és értékelhető kérdőív érkezett vissza adatalemzésre. A COVID-19 okozta egészségügyi helyzetnek és a direkt e-maileknek köszönhetően a kitöltési hajlandóság igen magas volt. A válaszadási hajlandóságból látszott, hogy a téma nagyon foglalkoztatja a fogyasztókat, és egyes juttatások a kialakuló egészségügyi helyzetnek köszönhetően nagy figyelmet és hangsúlyt kapnak, átrendezve az eddigi gondolkodásmódunkat.

4.3. A kutatás során alkalmazott statisztikai módszerek

A megkérdezettek válaszainak elemzéséhez az SPSS statisztikai programcsomag 26-os verzióját és a SmartPLS 3.2.8. verziószámú szoftvert használtam.

Egyváltozós statisztikai módszerek

A szocio-demográfiai adatok bemutatására leíró statisztikai módszert, ezen belül többségében egyváltozós elemzéseket alkalmaztam, melynek segítségével a változókat egyenként, egymástól függetlenül elemeztem. Az egyváltozós elemzések segítségével megtudhatjuk, hogy az adott kérdésre hány értékelhető és nem értékelhető válasz érkezett be, illetve képet kaphatunk egy adott változó mintában való előfordulásának gyakoriságáról is (MALHOTRA, 2009).

Gyakoriságvizsgálat segítségével elemeztem egyrészt a demográfiai kérdésekre adott válaszokat, másrészt pedig a közösségi média használattal kapcsolatos szokásokat és motivációkat. A módszer segítségével került sor tehát a használat lehetséges okainak feltárására.

Átlagszámítást végeztem és ezzel a módszerrel vizsgáltam az egészség egyes területeinek, dimenzióinak a jelentőségét és a fogyasztók jelenlegi életmódjának jellemzőit is. Ennek segítségével sikerült képet kapnom a fogyasztók preferenciáiról, az adott kérdéskörrel kapcsolatos prioritásaikról.

Kétváltozós statisztikai módszerek

A kétváltozós elemzések lehetővé teszik két változó között fennálló összefüggések vizsgálatát. Kétváltozós elemzési módszerek közül a keresztábla elemzést alkalmaztam kutatásom során. A

keresztábra elemzés segítségével két nominális vagy ordinális mérési szintű változó közötti összefüggéseket tudjuk vizsgálni, statisztikai próbája a khi-négyzet próba, mely a változók közötti összefüggés statisztikai szignifikanciájának mérése szolgál (MALHOTRA, 2009). A keresztábra elemzés végrehajtásához a KM1 kérdésre adott válasz alapján megalkottam a NYIT (nyitottság) változót, mely a közösségi média egészséggel kapcsolatos információgyűjtés céljából történő használatára való nyitottságot jelöli a modellemben. A továbbiakban azt tekintetem nyitottnak, aki legalább 3-as értéket adott válaszként erre a kérdésre. A khi-négyzet próba érzékeny a minta nagyságára, ezért nagyon kis elemszámú minta esetében az eredmény torzíthat. A módszer akkor értékelhető, ha az elvárt esetszám értéke különbözik 0-tól, a megfigyelt gyakoriság legfeljebb a cellák 20%-ában kisebb 5-nél, illetve, ha a Pearson-féle khi-négyzet próbával a szignifikancia szint 0,05 alatti értéket mutat. Ha ezek a feltételek teljesülnek, akkor mondhatjuk, hogy a változók között van kapcsolat. A kapcsolat erősségének a vizsgálatára a változók mérési szintjétől függően az alábbi mutatók állnak rendelkezésre:

- Két nominális vagy egy nominális és egy ordinális mérési szintű változó közötti kapcsolat erősségének jellemzésére a Phi és a Cramer's V próba hajtható végre. Ha a Cramer's V mutató értéke 0, akkor nincs kapcsolat a változók között, 1-es értéknél pedig determinisztikus kapcsolat áll fenn a változók között. A gyakorlatban 0,1-0,3 közötti érték esetén gyenge, 0,4-0,6 közötti érték esetén közepesen erős, 0,7 fölötti érték esetén a vizsgált változók között erős a kapcsolat. Phi asszociációs együttható 2x2-es keresztábra elemzése során használható.
- Két ordinális mérési szintű változó közötti kapcsolat erősségének jellemzésére a gamma asszociációs együttes ható alkalmazható, melynek értéke -1 és 1 között lehet, és nem csupán a kapcsolat erősségét, hanem annak irányát is mutatja (negatív vagy pozitív a két változó közötti kapcsolat) (MALHOTRA, 2009).

Az ide kapcsolódó H3 és H4 hipotézisem bizonyítására, az összefüggésvizsgálatok elvégzésére keresztábra elemzést alkalmaztam statisztikai módszerként, továbbá ezt a módszert alkalmaztam a demográfiai jellemzők rétegvizsgálatára és a klaszteranalízis során kialakult klaszterek profiljának elkészítésére is.

Többváltozós statisztikai módszerek

A többváltozós statisztikai elemzések közül a főkomponens elemzés és a klaszteranalízis módszerét alkalmaztam a kutatás közösségi médiával kapcsolatos részében (a H5 hipotézisem bizonyítására). Az egészséggel kapcsolatos munkavállalói juttatások munkavállalói jólétre, elégedettségre és hűségre gyakorolt hatásának vizsgálatára PLS-SEM elemzést hajtottam végre (H6 és H7 hipotézisek vizsgálatára).

A kérdésekre adott válaszok csoportosítására, összetartozásának vizsgálatára először főkomponens analízist végeztem. A módszer alkalmazhatóságának igazolására elvégzett előzetes vizsgálataim a KMO és Bartlett-teszt voltak. Előzetes korreláció vizsgálattal (Kaiser-Meyer-Olkin kritérium, KMO teszt) az összes változóra egyidejűleg szignifikáns kapcsolat fennállása szükséges. A mutatószám a változók faktoranalízis végzésére való alkalmasságának mérőszámai, a következőképpen értelmezhetők:

- ha $KMO < 0,5 \rightarrow$ elfogadhatatlan, a változók között nem áll fenn szignifikáns kapcsolat
- ha $0,5 \leq KMO < 0,6 \rightarrow$ gyenge kapcsolat
- ha $0,6 \leq KMO < 0,7 \rightarrow$ közepes
- ha $0,7 \leq KMO < 0,8 \rightarrow$ megfelelő
- ha $0,8 \leq KMO < 0,9 \rightarrow$ nagyon jó
- ha $0,9 \leq KMO \rightarrow$ kiváló

A kapcsolatot ezen kívül megerősítheti a korrelációs mátrix egységmátrixtól való szignifikáns eltérését leíró Bartlett féle szférikus próba. Az előzetes próbák, vagyis az anti-image korrelációs mátrixból számított KMO-érték és a szignifikáns Bartlett-próba eredményei alapján dönthető el, hogy a faktorelemzés valóban releváns próba a változóink vizsgálatára (MALHOTRA, 2009).

A főkomponens elemzés (PCA) egy gyakran használt többváltozós matematikai-statisztikai módszer a változók közötti kapcsolat-és összefüggésrendszer feltárására, vizsgálatára. A PCA módszer során a kölcsönösen összefüggő eredeti változók adatredukciójával látens háttérváltozók jönnek létre, melyek már nem tartalmazzák a nem releváns információkat, ezáltal a változók száma csökken és további vizsgálatokra nyílik lehetőség. A módszer lehetővé teszi azt is, hogy megbizonyosodjunk róla, hogy azok a változók, amelyeket közös dimenzióba tartozónak feltételeztünk, valóban összetartoznak-e. A módszer segítségével létrejövő új, korrelálatlan változók, az úgynevezett főkomponensek segítségével a vizsgálni kívánt jelenségek átláthatóbbá válnak, és értelmezésük, elemzésük is könnyebb lesz, továbbá lehetővé válik az adatok mögött rejlő nem korreláló feltételezett változók azonosítása (MALHOTRA, 2009). Az egyes komponensek egyértelmű elkülönítéséhez, a faktorok forgatására Varimax (ortogonális) rotációt alkalmaztam (SAJTOS és MITEV, 2007). A kérdések belső konzisztenciájának mérésére a Cronbach-Alfa mutató értékeit vizsgáltam. MALHOTRA (2009) alapján a mutató értéke legalább 0,6 kell, hogy legyen a megfelelő belső konzisztencián alapuló megbízhatósághoz, azonban vannak olyan esetek – például intelligenciatesztek – ahol a mutató értéke 0,8 körül mozog (HORVÁTH, 1997).

A főkomponens elemzést követően a közösségi média alkalmazások használóinak szegmentálásához klaszteranalízist végeztem el, ennek megfelelően a válaszadókat homogén csoportokba (klaszterekbe) tudtam rendezni (SIMON, 2006; SZELÉNYI, 2004). A klaszteranalízis során nem hierarchikus klaszterelemzést végeztem, K-közép módszerrel. A különbségeket akkor tekintettem szignifikánsnak, ha $p < 0,05$. A klaszteranalízis során nincsenek előzetes matematikai feltevések a változók eloszlására vonatkozóan, illetve a klaszterek számát tekintve (SZÜLE, 2019), így az eredmények értékelésénél általában a klaszterek közötti távolságot és a klaszteren belüli közelséget vesszük figyelembe. Az optimális klaszterszám kiválasztásához számos módszer és mutatószám létezik, a könyökmódszer használatánál az értékek nagymértékű meredekségváltozása, sziluettmódszer esetében pedig az átlagos sziluettérték maximuma alapján tudjuk meghatározni a klaszterek optimális számát (SIMON, 2006; ROUSSEUW, 1987; KOVÁCS, 2014). A program által felajánlott klaszterelemzési módszerek közül a kétlépcsős klaszterelemzést végeztem el. A módszer egyik előnye, hogy nem szükséges előzetesen megadni a klaszterek számát, másrészt véletlenszerű lekérdezés eredményeként létrejött, nagyszámú (100-nál több) válasz vizsgálatára alkalmas.

Az egészséggel kapcsolatos munkavállalói juttatások kapcsolatrendszerének vizsgálatára a többváltozós módszerek közül a PLS-SEM (Partial Least Square Structural Equation Modeling – variancia alapú strukturális egyenletek modellje, vagy PLS-útvonalelemzés) elemzést alkalmaztam. Évekig a kovariancia-alapú strukturális egyenlet modellezés (CB-SEM) volt a domináns módszer a megfigyelt és látens változók közötti komplex összefüggések elemzésére, azonban az utóbbi évtizedben megnövekedett a tudományos kutatások területén a PLS-SEM használatának gyakorisága (HENSELER et al., 2009). A módszer széleskörűen használható a különböző tudományágakban és területeken, beleértve például a szervezeti menedzsmentet (SOSIK et al., 2009), a humán erőforrás menedzsmentet (RINGLE et al., 2019), a marketingmenedzsmentet vagy viselkedés kutatásokat (HAIR et al., 2012a, HENSELER et al., 2009, GONDA et al., 2020), a stratégiai menedzsmentet (Hair et al., 2012b), az egészségmenedzsmentet (TURKIYALMAZ et al., 2011), vagy éppen az ellátáslánc menedzsmentet (KAUFMANN és GAECKLER, 2015). Látható tehát, hogy a társadalomtudományok, elsősorban a menedzsment tudományok területén egy igen közkedvelt és népszerű módszerről van szó. Ennek a népszerűségének az egyik legkézenfekvőbb oka, hogy nem

csupán a faktorokat, hanem a faktorindikátorokat is modellezni tudja, ezáltal a viselkedésgazdaságtan területén faktorokkal lehet modellezni a látens változókat, mint például a fogyasztói attitűdöket vagy munkavállalói hozzáállást (STREUKENS és LEROI-WERELEDS, 2016). Ezen kutatások eredményeit felhasználva alkottam meg az elemzéshez használt, fent ismertetett konceptuális keretmodellt (42. ábra). A SEM modell esetében a változók lehetnek mérhető úgynevezett manifeszt változók, közvetlenül nem megfigyelhető, nem mérhető, úgynevezett látens változók. A látens változók a közvetlenül mérhető manifeszt változókon keresztül, azok segítségével válnak elemezhetővé. A modell az úgynevezett útvonalelemzés során, egy útdiagramon szemléltethető a legjobb módon, mely diagram tartalmazza a modellben fontos és elemzésben szereplő változókat, valamint azok kapcsolatrendszerét (HAIR et al., 2010; Koltai, 2013). A modellben betöltött szerepük alapján endogén és exogén változókat tudunk megkülönböztetni. A modell két fő részből áll: az úgynevezett mérési modellből (measurement model, külső vagy reflektív modell), illetve a belső strukturális modellből (structural model, szervezeti modell). A szakirodalomban az eredmények ismertetésére kétlépcsős eljárást javasolnak, mely egyrészt a külső, mérési modell, másrészt pedig a belső, strukturális modell elemzését és eredményeinek bemutatását tartalmazza (HENSELER et al., 2009; GEFEN et al., 2011; MÜNNICH és HIDEKGÚTI, 2012; NEUMANN-BODI, 2013). A továbbiakban ezekre a modellekre külső és belső, illetve mérési és strukturális modellként fogok hivatkozni a disszertációmban. A már említett kovariancia alapú SEM modellel szemben a PLS alapú modellek nagy előnye, hogy kevésbé érzékenyek a körülményekre (például mintanagyság, eloszlás normalitása stb.). Míg a CB-SEM módszert leginkább azokban a helyzetekben érdemes használni, amikor nagyméretű minta áll rendelkezésünkre az elemzéshez, az adatok normál eloszlásúak, és a modellt helyesen specifikáltuk (HAIR et al., 2010; HENSELER et al., 2009; REINARTZ et al., 2009; BACON, 1999), addig a PLS-SEM modellezés használata többek között az alábbi feltételek fennállása esetén javasolt HAIR et al. (2019) alapján:

- amikor az elemzés egy elméleti keretrendszer predikciós szempontból történő tesztelésével foglalkozik
- amikor a strukturális modell összetett és sok konstrukciót, mutatót és modellkapcsolatot tartalmaz
- amikor a kutatási cél a növekvő komplexitás jobb megértése a megalapozott elméletek elméleti kiterjesztéseinek feltárásával (feltáró kutatás az elméletfejlesztéshez)
- amikor az útmodell egy vagy több formálisan mért konstrukciót tartalmaz
- amikor a kutatás esetleg hiányos szekunder vagy archivált adatokon alapul
- amikor kis elemszámú a minta, vagyis egy kis populáció korlátozza a minta nagyságát (pl. vállalkozások közötti kutatás), ugyanakkor a PLS-SEM nagy mintaméretű mellett is nagyon jól alkalmazható
- amikor olyan aggályos kérdések merülnek fel, mint például a normalitás hiánya.

A rendelkezésre álló adatbázis, illetve a strukturális modell komplexitásának következtében a kutatásom során a PLS-SEM módszer alkalmazása mellett döntöttem, mely ötvözi a faktoranalízis, korrelációelemzés és regresszióelemzés módszereket. A SEM modellek elemzésére többféle statisztikai programcsomag és szoftver használható, melyek közül a SmartPLS 3.2.8 verziószámú szoftvert használtam az adatelemzésre (SmartPLS GmbH., 2019; SARSTEDT et al. 2014; SARSTEDT et al. 2011; RINGLE et al. 2013; NATHAN et al. 2019; VICTOR et al. 2019). Az útelemzés során az egyes változópárok közötti korrelációk összetevőkre bontása történik meg. Az útdiagramon a változók közötti utak mutatják meg, hogy az egyik változótól milyen utakon juthatunk el a másik változóig. Ezáltal értelmezhetővé és mérhetővé válnak a modellben látens változóként szereplő munkavállalói jóllét, elégedettség és hűség – pontosan meg tudjuk mondani az elemzést követően, hogy mely juttatások hatnak közvetlenül ezekre a látens változókra és milyen mértékben (mindemellett a módszer lehetőséget ad a közvetett hatások elemzésére, és az egyes változók mediátor hatásának feltérképezésére is).

5. EREDMÉNYEK ÉS AZOK ÉRTELMEZÉSE

5.1. A közösségi média képességvizsgálatának eredményei

Az utóbbi évtizedek új technológiai fejlesztéseinek megjelenésével és elterjedésével a közösségi média jelentősége is folyamatosan növekszik. Az új, tudás alapú rendszereknek köszönhetően az információkat és ismereteket közvetlenül egymással tudják megosztani a fogyasztók, bárhol és bármikor, vagyis földrajzi távolságtól és időtől függetlenül. Ennek következtében a közösségi média tökéletesen ki tudja szolgálni az újonnan felmerült fogyasztói igényeket - az embereknek megnövekedett az információigényük, és valós időben szeretnének kommunikálni, illetve információt megosztani egymással.

Disszertációmban ennek a viszonylag új területnek a vizsgálatát is célul tűztem ki, összekapcsolva azt az egészségtudatosság növelésének lehetőségével. Ezen célom elérése érdekében megfogalmazott hipotézisem bizonyítására elsősorban szekunder adatokra támaszkodó kutatást végeztem, illetve saját, korábban végzett primer kutatásomat egészítettem ki új ismereteimmel. A vizsgálati szinteket tekintve jelen fejezet eredményeinek bemutatása elsősorban a vállalati szinthez kapcsolódik, azonban a közösségi média lehetőségeinek kihasználásával mégis érintve az intézményi és fogyasztói szinteket és összekapcsolódva azokkal.

A képességvizsgálat során első lépésként a szakirodalmi forrásokat összegezve, az irodalmi áttekintésben is használt csoportosításban és tipológiával, megvizsgáltam az egyes közösségi média csatornákat aszerint, hogy milyen erősségei és korlátai vannak, illetve melyek az úgynevezett „jó gyakorlatok” az adott eszköz egészségügyi üzenetek terjesztésével kapcsolatos használatára vonatkozóan. Az eredményeket a 7. táblázat foglalja össze.

7. táblázat: A közösségi média csatornák erősségei, korlátai és a kapcsolódó "jó gyakorlatok"

KÖZÖSSÉGI MÉDIA CSATORNÁK	ERŐSSÉGEK	KORLÁTOK, VESZÉLYEK	„JÓ GYAKORLATOK”
Blogok (pl. HealthLiveBlog)	• lehetővé teszi a szervezetek számára, hogy fogyasztóikat rendszeresen tájékoztassák • magában foglalja a véleménynyilvánítást és az ismeretek megosztását másokkal • beépített RSS-hírcsatornák és keresőbarát felület • ingyenes és könnyen kezelhető felület • nincsenek tartalmi korlátozások • megbízható	• folyamatos frissítést igényel (a potenciális olvasók elveszhetnek frissítések nélkül) • könnyen beindítható, de nehéz fenntartani • helyet biztosít a visszajelzéseknek • nehéz lehet a friss és releváns tartalmak rendszeres közzététele	• többi hasonló témájú blog monitorozása, figyelése • linkek használata • rövid üzenetek megfogalmazása • következetes stílus és tartalomalkotás • kulcsszavak stratégiai használata (SEO) • a blog reklámozása (kommunikálás egyéb felületeken), keresztmarketing • megjegyzések és visszajelzések kezelése • webanalitika az értékeléshez (pl. Google Analytics)

Kollaboratív projektek (pl. Google Groups)	• hatékony módszer az új emberekkel való találkozásra és információcserére • információmegosztás lehetősége hasonló gondolkodású és érdeklődési körű emberekkel	• a részvétel csak a meglévő tagok között lehetséges. • a szövegalapú tartalom miatt viszonylag korlátozott interakció.	• proaktív problémamegoldás • célzott forgalom • szakértelem, hozzáértés megmutatása
Tartalommegosztó oldalak (pl. YouTube, TikTok, Flickr)	• több lehetőség a tartalom színesítésére, az érdeklődés felkeltésére • a felhasználók több meghatározott vitacsoporthoz férhetnek hozzá • ideális a gyors tartalommegosztáshoz	• kisebb fókusz jut a személyes interakciókra, kapcsolatokra. • bizonyos esetekben tartalom – vagy méretlimit (pl. TikTok esetében a videó hossza 15 vagy 60 mp, Twitter esetében a karakterlimit 280 karakter)	• alaposság a médiafájlok elnevezésének, leírásának és címkézésének kiválasztásában • címkék, megjegyzések hozzáadása • figyelem a speciális célcsoportokra (pl. különböző kultúra, vallás stb.) • legyen rövid a videó vagy audió felvétel • további információkhoz URL megadása • jó minőségű legyen a tartalom technikailag
Mikroblogok (pl. Twitter, Tumblr)	• könnyen olvasható • gyors és célzott beszélgetéseket tesz lehetővé • jó interakciót, sebességet és kényelmet kínál a felhasználóknak	• limitált tartalomméret • lehetőség a virtuális exhibicionizmusra, mivel az összes bejegyzés elérhető keresőmotorokon	• a tartalom legyen rövid és egyszerű • további információkhoz URL megadása • rendszeres ellenőrzés, webanalitika használata
Podcastok	• segít az információk kényelmes és élvezetes formátumban történő átadásában • megtekinthető weboldalakon és hordozható eszközökön (például okostelefonokon, táblagépeken) keresztül is • könnyen legyártható és könnyen letölthető	nehéz jó minőségű tartalmat előállítani, erre ügyelni kell szükség van hozzá digitális hangrögzítőre és valamilyen tartalomszerkesztő, -vágó szoftverre	• figyelni kell arra, hogy csak a közönség számára releváns tartalmat gyártsunk • figyelembe kell venni a hosszúságot • javasolt az átirat készítése • keresztmarketing használata • adjunk meg további információkat (URL)

Véleménymegosztó és értékelő oldalak (pl. Amazon, Tripadvisor)	• lehetővé teszi a szervezetek és vállalatok számára, hogy megtudják, mit gondolnak az emberek • szükséges egy jó ügyfélszolgálat kialakítása az visszajelzések figyelemmel kísérésével és a negatív visszajelzések megválaszolásával • hirdetési lehetőség	• növeli a „negatív marketing”, a negatív véleményeknek való kitettség kockázatát	• az értékeléshez rendszeresen figyelemmel kell kísérni a szervezettel kapcsolatos megjegyzéseket • fejlesztések elvégzése a visszajelzések alapján • megjegyzések és visszajelzések kezelése
Közösségi oldalak, közösségi hálózatok (pl. Facebook, LinkedIn)	• költséghatékony mód és csatorna az üzenetek továbbítására • interaktív - a felhasználók megjegyzéseket tehetnek és válaszolhatnak (lájkolhatnak, kommentelhetnek, megoszthatják egymás vagy saját tartalmaikat) • segítséget nyújt és megkönnyíti a különféle forrásokból származó információk beszerzését • a vállalkozások, szolgáltatások, termékek és weboldalak népszerűsítésének eszközeként szolgál	• növeli az negatív véleményeknek való kitettség kockázatát • az információk hitelességének és megbízhatóságának kérdései, mivel a felhasználók ellentmondásos információkat tehetnek közzé → nincs kontroll • költséghatékony, de sok ember és idő szükséges a felületek kezelésükhöz	• gondoskodni kell az erőforrásokról (rendelkezésre kell állnia az időnek és a személyzetnek) • óvatosság a megjegyzések kezelésével – a megjegyzések és visszajelzések megfelelő kezelése • hozzászólások írása, melyek növelik a felhasználók elkötelezettségét, hűségét • partnertartalmak figyelemmel kísérése • folyamatos webanalitika, elemzés → össze kell gyűjteni és tárolni a megjegyzéseket és statisztikákat (like, komment, megosztás) • hírnév javítása
Virtuális valóság, virtuális világ (pl. Second Life, Minecraft, World of Warcraft)	• az oktatás és a tudatosságnövelés élvezetes módja • a kollaboráció új módja, még magasabb szintű interakcióval és összetettséggel • személyesebb, mint a többi csatorna • segítséget nyújthat a fogyatékossgal élő embereknek	• magas technológiai igény – megfelelő technikai eszközökre van szükség (hardver és szoftver) • alacsony önértékeléshez, értéktelenség és jelentéktelenség érzéséhez, de akár önpusztító	• világos, tömör, hiteles és meggyőző tartalom • legyen átgondolt, jó minőségű (képek, hang- vagy videofájlok) • egyszerű nyelvezet használata javasolt

	különböző helyek és élmények megtapasztalásában, és segíthet a betegségekből való felépülés során (pl. agyvérzés)	cselekedetekhez is vezethet • a társadalmi elszigeteltség veszélye • magas költségek	
Wiki (pl. Wikipedia, Ecopedia)	• a tömeges együttműködés legfőbb eszköze • a tartalom könnyen szerkeszthető és frissíthető	• pontatlan vagy félrevezető információ fordulhat elő (kevésbé hiteles) • bárki szerkesztheti - lehetővé teszi mások számára, hogy töröljék vagy megváltoztassák mások munkáját	• figyelni arra, hogy csak hiteles és megbízható tartalmat készítsünk • adjunk meg URL-t további információkért • egyszerű nyelvezet használata
Widgetek/badgek/gadgetek/gombok	• könnyen hozzáadható más weboldalakhoz vagy közösségi oldalakhoz • interaktív információkat és friss tartalmat biztosít minimális felhasználói karbantartással • a tartalom automatikusan frissíthető • költséghatékony megoldás	• interakciós korlátozások	• írjunk egyszerű egészségfejlesztéssel kapcsolatos üzenetet • készítsünk megfelelő grafikát • színes és vonzó, vagy figyelemfelkeltő képek használata • figyelni kell arra, hogy mindig helyes URL cím legyen megadva, belinkelve

Forrás: saját szerkesztés a következő irodalmi források alapján: KAPLAN és HAENLEIN (2010), KANKANAMGE et al. (2020), FOTIS (2015), HUBERT (2018), MARKOS-KUJBUS és GÁTI (2012)

Összefoglalva a fenti kategóriák szerinti következtetéseket, elmondható, hogy a közösségi média alkalmazások használata az egészségügyi kommunikációban hatalmas lehetőséget rejt magában mind a szervezetek (legyen szó akár vállalatokról vagy állami intézményekről), mind a fogyasztók számára is, mivel:

- A közösségi média növelheti az egészségmegőrzéssel és egészségfejlesztéssel kapcsolatos információk megosztását és lehetséges pozitív hatásait – tértől és időtől függetlenül.
- A hagyományos marketingkommunikációs eszközökhöz képest változatosabb célközönség érhető el a közösségi média csatornákon keresztül → elsősorban a hagyományos csatornákon keresztül nehezen elérhető fiatalabb generációk is hozzáférhetővé válnak.
- A közösségi média platformok megkönnyítik az információk megosztását.
- Könnyen személyre lehet szabni az egészségügyi üzeneteket, melyek célzottan eljuttathatók az adott célközönség számára (tudás alapú megoldások, a mesterséges intelligencia segítségével személyre szóló üzenetek adott betegséggel, kezeléssel, diétával stb. kapcsolatban).

- A közösségi média megkönnyíti az interaktivitást, az online kapcsolattartást és a nyilvánosság bevonását, így az egészségtudatosság fejleszthető vagy növelhető általa, a fogyasztók elköteleződése fokozódhat.
- Megerősítheti, támogathatja és motiválhatja a fogyasztókat abban, hogy mindennapi életük során egészségesebb és biztonságosabb döntéseket hozzanak.

BRODALSKI et al. (2011) kutatása alapján a 8. táblázat szemlélteti az egyes csatornák erőforrás- és költségigényét, a fogyasztók elköteleződésének függvényében, vagyis megmutatja, hogy a különböző közösségi média alkalmazások mennyire fontosak és hatékonyak az egészségtudatosság kialakításában, és mekkora erőforrás szükséges a szervezeteknek az egészségügyi kommunikációs célkitűzéseik eléréséhez.

8. táblázat: A közösségi média eszközök besorolása az erőforrásigényük és a fogyasztók elköteleződési szintje alapján

TERJESZTÉS ↓ ELKÖTELEZŐDÉS	ESZKÖZÖK	ERŐFORRÁSOK					
		Idő/Emberi erőforrás			Költségek		
		Alacsony	Közepes	Magas	Alacsony	Közepes	Magas
	Gombok/Badgek	✓			✓		
	Tartalom szindikálás		✓		✓		
	RSS hírek	✓			✓		
	Képmegosztás	✓			✓		
	Podcast közzététele	✓			✓		
	Online videómegosztás	✓			✓		
	Widgetek	✓			✓		
	Mikroblogok		✓		✓		
	Podcast gyártás		✓			✓	
	Online videógyártás		✓			✓	
	Blogok		✓			✓	
	Mobil technológiák /SMS, MMS		✓				✓
	Virtuális világok		✓				✓
	Közösségi hálózatok, oldalak			✓	✓		

Forrás: saját szerkesztés BRODALSKI et al. (2011) alapján

Jól látható, hogy a szervezetek a virtuális világokkal és a közösségi hálózatokkal tudják a leghatékonyabban fejleszteni a fogyasztók elköteleződését, vagyis ezek azok az eszközök,

melyeken keresztül leginkább növelhető az egészségtudatosság – az üzenet célcsoportjainak elkötelezettségi szintje ebben a két esetben a legmagasabb. A megfelelő ár/érték arány eléréséhez azonban össze kell hasonlítani az elkötelezettség szintjét az erőforrásigénnyel. Például az üzenet virtuális világokon keresztül történő terjesztése ugyan több költséget igényel, azonban ezek a háromdimenziós szimulált platformok üzemeltetéséhez kevesebb időre és emberi erőforrásra van szükség az automatizált működés miatt. Ezzel szemben a közösségi hálózatok sokkal több emberi erőforrást és időt igényelnek, azonban működtetésük kevesebb költségvonzattal jár. Ennek következtében a vállalatoknak és egészségügyi intézményeknek (esetleg államnak) elsősorban a közösségi hálózatokra kell összpontosítaniuk egészségtudatosságot fejlesztő menedzsment folyamatuk során, hiszen minimális készpénz-befektetéssel könnyen elkötelezhetik célcsoportjaikat.

A közösségi médiában rejlő számos lehetőség és előny ellenére azonban számolnunk kell néhány olyan hátránnyal is, amelyek az egészségtudatossággal kapcsolatos kommunikáció szempontjából nagyon fontosak lehetnek. Az alábbi lista egy része már bemutatásra került a különböző közösségi média eszközökön keresztül is, azonban összegzőként mindenképp fontosnak tartottam felsorolni a korábbi kutatások alapján és egészségügyi kampányok szempontjából általam legfontosabbnak ítélt aggályokat:

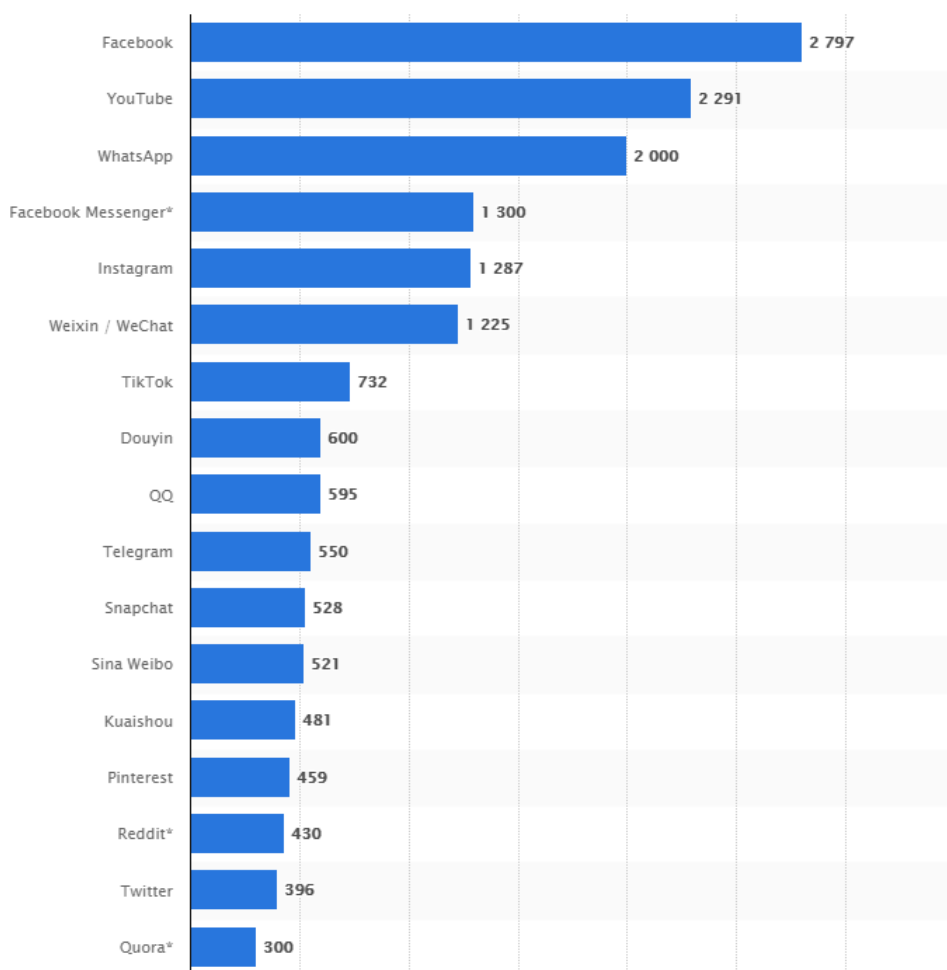
1. Az erőforrások rendelkezésre állása, kapacitása: bár a közösségi média könnyen implementálható, azonban az oldalak üzemeltetése, működtetése és vonzóvá tétele folyamatos erőforrás felhasználást igényel - mind technikai (például hardverbeszerzés, szoftverbeszerzés vagy fejlesztés stb.), mind emberi erőforrásokat. Az intézmények, vállalatok oldaláról fontos szempont lehet a közösségi média felületeiket kezelő alkalmazottak foglalkoztatása vagy cégek megbízása a vállalat előre meghatározott céljainak elérése érdekében. Ezenkívül a folyamatos ellenőrzési és értékelési folyamat szintén idő-és szakemberigényes (pl. moderátorok, SEO szakértők, UX designerek, stb.). (BRODALSKI et al., 2011)
2. Az ellenőrzés hiánya, a félretájékoztatás veszélye: a közösségi média lehetővé teszi a szervezetek számára az üzenetek gyors terjesztését, helytől és időtől függetlenül, azonban a megosztott üzenetek ellenőrzésének felelőssége és kötelessége már nem a szervezeteké. Az üzenetek feletti ellenőrzés hiánya téves információkhoz is vezethet, amely különösen veszélyes lehet egészségügyi témákban. (KAPLAN és HAENLEIN, 2010)
3. Névtelenség, anonimitás: bizonyos típusú közösségi média csatornákon a felhasználók névtelen megjegyzéseket írhatnak, és néha ezeket a hozzászólásokat nehéz ellenőrizni, ezáltal más felhasználókat elbizonytalaníthat az üzenet vagy információ hitelessége. Ez ugyancsak teret adhat az úgynevezett kiberzaklatásnak, ami rendkívül súlyos problémát jelent napjainkban, különösen a fiatalok körében. (ABAIDO, 2019)
4. Hitelesség és bizalom hiánya: az ellenőrzés hiánya és az anonimitás miatt a közösségi média platformokról (pl. Wikipédia) származó információk gyakran kevésbé hitelesek, így téves információkhoz és következtetésekhez vezethetnek, egészségügyi kommunikáció szempontjából aggályos lehet, azonban kifejezetten egészségkampányokkal kapcsolatban kevés kutatás készült. (JENKINS et al. 2020; SAFORI et al., 2016) A hitelesség kérdésében véleményem szerint csak egy megfelelő és egységes, valid mérési mutató nyújtana segítséget.
5. Tartalomlimit: egyes esetekben a felhasználóknak nincs lehetőségük hosszabb üzenetek továbbítására - pl. a 280 karakteres korlátozással rendelkező Twitter kis teret hagy a fontos egészségtudatossággal kapcsolatos üzenetek közlésére. Ezenkívül az ilyen típusú üzenetterjesztés hatékonysága valószínűleg alacsony, mivel egy adott tweetre fordított figyelem az új tweetek számának növekedésével egyenes arányban csökken.
6. Túlzsúfolt közösségi média platformok: az információgazdaság térnyerésének és az ipar 4.0 által életre hívott technológiai fejlődésnek és fejlesztéseknek köszönhetően hatalmas

mennyiségű információ érhető el egyszerre a különböző közösségi média platformokon, és emiatt nehéz eldönteni, mire figyeljünk, nehéz megtalálni a fókusz és a releváns üzenetet.

7. Korlátozott célközönség: a közösségi média felhasználók demográfiai és egyéb statisztikai alapján a közösségi média tipikus felhasználói a fiatal felnőttek, elősorban az Y és Z generáció tagjai (azonban egyre több és szélesebb spektrumban már az Alfa generáció tagjai is használják a közösségi média alkalmazásokat). Ezenkívül fontos megemlíteni, hogy egyes potenciális célcsoportok (pl. különböző krónikus betegségekben szenvedő idős emberek) korlátozott mértékben vagy egyáltalán nem rendelkeznek internetkapcsolattal, ami nagyon megnehezítheti az elérésüket a közösségi médián keresztül.

A szakirodalmi áttekintésből is egyértelműen kiderült, hogy milyen sokféle eszköz és platform áll rendelkezésünkre, ha közösségi médiáról beszélünk. A különböző csatornák előnyeit és hátrányait megvizsgálva az is láthatóvá vált, hogy a kutatási témám szempontjából leginkább releváns és hatékony csatornát a közösségi oldalak jelentik. A képességvizsgálat további részletezéséhez a szekunder adatok alapján beazonosítottam a legnépszerűbb közösségi oldalakat, és a képességvizsgálat további részében ezeket a felületeket vettem górcső alá.

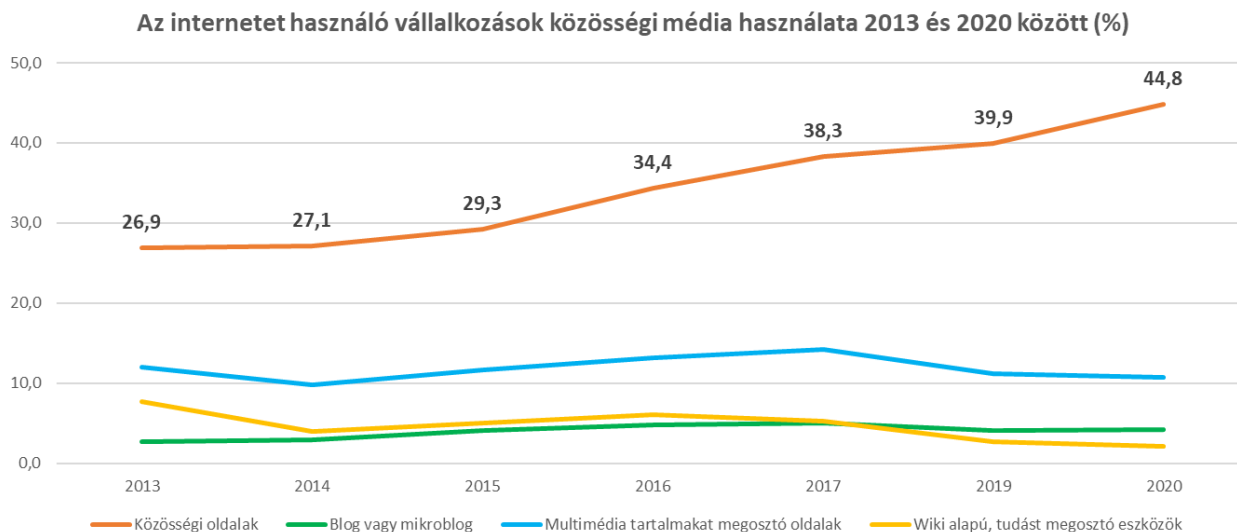
A fent említett hátrányok és aggályok ellenére a közösségi média eszközöket világszerte nagyon sokan használják. A közösségi hálózatok népszerűségét általában a havi aktív felhasználók számával (MAU: monthly active users) szoktuk mérni, és az egyes oldalakat ez alapján tudjuk rangsorolni. A STATISTA (2021) adatai szerint a legnépszerűbb oldalak a Facebook és a Youtube (43. ábra).



43. ábra: A világszinten legnépszerűbb közösségi média oldalak az aktív felhasználók száma alapján (millió fő)
Forrás: STATISTA (2021)

Magyarországon – ahogy nemzetközi szinten is – a legnépszerűbb és legtöbb aktív felhasználóval rendelkező oldal a Facebook. A RESEARCH CENTER (2021) adatai és felmérése alapján a Facebook-ot a magyar lakosság 94%-a ismeri és 85%-a legalább heti szinten használja. A második legnépszerűbb oldal a YouTube, melyet a lakosság 90%-a ismer, és 67%-a heti szinten használja is. A magyar lakosság körében harmadik legnépszerűbb oldal az Instagram, 66%-os ismertséggel és a lakosság 30%-ának heti szintű használatával. Ezeken az oldalakon kívül még magas ismertséggel bír még hazánkban a Pinterest, azonban ezt a felületet leginkább a nők használják (a felhasználók 75%-a nő). Mindemellett a szakmai kapcsolatok építésére és ápolására létrehozott felület, a LinkedIn is kedvelt közösségi hálózat a magyar lakosság körében, azonban elsősorban a felsőfokú végzettségűek körében (ők teszik ki a felhasználók 66%-át). Mindemellett fontos megemlíteni az egyik legfiatalabb oldalt, a TikTokot is, amely különösen a nagyon fiatal generációk (14 év alattiak) körében népszerű (RESEARCH CENTER, 2021). A közösségi oldalak részletes képességvizsgálatába a hazánkban népszerű oldalak mellett a leginkább nemzetközi szinten fontos Twittert vontam be. A részletes eredményeket a 8. melléklet tartalmazza.

A közösségi média oldalak azonban nem csak az egyéni felhasználók körében népszerűek hazánkban, hanem vállalati szinten is. A vállalkozások egyre inkább felismerik annak szükségességét, hogy jelen legyenek a közösségi médiában, és a közösségi oldalakon keresztül is kommunikáljanak célközönségükkel. Következésképpen, a kutatási témám szempontjából is nagy jelentőséggel bír, hogy mind fogyasztói, mind vállalati szinten növekszik a felhasználók száma, ezzel is alátámasztva a tényt, hogy hatékony kommunikációs eszköz lehet az egészségtudatosság növelésében is. A 44. ábra alapján látszik, hogy a vállalkozások is elsősorban a közösségi oldalakat részesítik előnyben Magyarországon, hiszen az arányuk az elmúlt években majdnem megduplázódott, 2020-ban már az internetet használó vállalkozások 45%-a használta a közösségi oldalakat, vagyis ebben a csatornában van a legnagyobb potenciál. A többi csatorna használata viszont nem változott jelentősen az elmúlt időszakban.



44. ábra: Vállalatok közösségi média használata

Forrás: saját szerkesztés a KSH (2021) adatai alapján

A szakirodalomban ismertetett trendeket felismerve, a technológia ugrásszerű fejlődésével és a közösségi média elterjedésével egyidejűleg a szolgáltató szektornak is változtatnia kellett a kommunikációs stratégiáján – egyre inkább áttevéődik a hangsúly az online világ adta lehetőségek kihasználására, amely azonban a rengeteg előnye ellenére számos akadályt is gördíthet a hatékony kommunikáció elé. A 9. táblázat foglalja össze a szakirodalom és korábbi kutatásom (egészségügyi kampányok elemzése) alapján leglényegesebbnek ítélt erősségeket, gyengeségeket, lehetőségeket

és veszélyeket a közösségi média használatával kapcsolatban egy SWOT analízis formájában. A részletes SWOT analízist és a kapcsolódó kritériumokat a 8. melléklet tartalmazza.

9. táblázat: A közösségi oldalak SWOT analízise

ERŐSSÉGEK	GYENGESÉGEK
Világos, célzott és jól strukturált üzenetekkel jól targetálható a közönség, az üzenetek személyre szabhatóságának köszönhetően mindenkire a saját egészségi helyzetével és érdeklődésével kapcsolatos célzott üzenetek jutnak el.	Túlszűfolt platformok, az információ hatalmas mennyisége és gyors időbeli változása megnehezíti a lényeges üzenetek megtalálását, befogadását.
A kétirányú kommunikáció elősegíti az interaktivitást, a fogyasztók elköteleződését, ezáltal növelni képes az egészségtudatosságot.	Helyhiány – egyes platformok esetében (pl. Twitter, TikTok) karakter- vagy időlimit van előírva.
A csatornák szempontjából legmegfelelőbb formátum és stílus, gyors és rugalmas üzenetátadás. Megkönnyíti az információ megosztását, könnyen hozzáférhetővé válik.	Földrajzi régiótól függően eltérő szabályozás. – nincs központi kontroll, tartalommenedzsment, hitelességvizsgálat.
Változatos célközönség – időtől és helytől független (elméletileg végtelen) elérés.	Sok esetben csak egyoldalú kommunikáció folyik, nincs megfelelő tartalommenedzsment.
Alacsony költségigény, magas hatékonyság.	Megbízhatóság és ellenőrzés hiánya
Képes megnövelni az egészséggel és biztonsággal kapcsolatos információ potenciális hatását, valamint időbeni megosztását.	Erőforrások hiánya, kapacitáshiány miatt gond az oldalak folyamatos frissítése – sok esetben nincsenek folyamatos frissítések.
LEHETŐSÉGEK	VESZÉLYEK
Magas minőségű tartalmi elemek használatának lehetősége (audio, video, kép).	Félelmet keltő képek használata egészségügyi témában – ellenérzést válthat ki.
„Jó gyakorlatok” követése, rendszeres frissítések.	Ellenőrzés hiánya, félretájékoztatás veszélyei az anonimitás következtében.
A célközönség mérete – hatalmas tömeg érhető el egyidőben, gyorsan és nagyfokú érdeklődést lehet generálni.	Megbízhatóság hiánya, hiteltelenség veszélyei.
Több platform is használható, bevonható egy kampány során, linkek más oldalakra – még inkább növelhető az elköteleződés, tudatosság (pl. virtuális világok bevonásával.)	Eszközök és tartalmak korlátozása – csökkenő hatékonysághoz vezethet.
Hagyományos és közösségi média eszközök oldaláról is egymás támogatása az egészségtudatosság növelése érdekében.	A frissítések hiánya csökkentheti az interaktivitást – az interaktivitás hiánya csökkenti az elköteleződést.
Képessé teheti a fogyasztót az egészségtudatosabb döntések meghozatalára.	A közönség korlátozott elérése (pl. demográfiai akadályok, területi internethiány).
Költséghatékonyság – a humán és anyagi erőforrások mértéke az egyéb platformok használatától, bevonásától függ.	Az eltérő szabályozásoknak köszönhetően nincs központi kontroll → ez egészséggel kapcsolatos tartalmaknál különösen aggasztó.

Forrás: saját szerkesztés

H1 A közösségi média hatékony eszköz az információk átadására, azonban veszélyforrást is jelent, ha az egészségmegőrzéssel és betegségmegelőzéssel kapcsolatos információk nem kontrolláltak.

A szekunder kutatás alapján egyértelműen látszik, hogy a közösségi média egyre nagyobb népszerűségnek örvend. A felhasználók számának folyamatos emelkedéséből és az irodalmi kutatásból arra lehet következtetni, hogy a közösségi oldalak használata egyre inkább kiegészíti a hagyományos média eszközök használatát az egészségmegőrzéssel, betegségmegelőzéssel kapcsolatos információk megosztása esetében is. A közösségi oldalak használata azonban nem csupán egyéni felhasználói szinten növekszik, hiszen a KSH adataiból az is látszik, hogy az internetet használó vállalkozások száma 2013 óta 18%-ponttal nőtt, és mára már ezen vállalatok közel fele használja a közösségi médiát, vagyis a szakirodalmi források és a szekunder adatok is alátámasztják, hogy a C2C kommunikáció mellett a B2C kommunikációban is hatékony eszköznek tekinthető. A SWOT analízis során kiderült, hogy az egészségmegőrzéssel, betegségmegelőzéssel kapcsolatban szívesen támaszkodnak a felhasználók a többi felhasználó személyes tapasztalataira, nagyszámú kommunikáció zajlik C2C szinten. Mindemellett, ezek az információk nem kontrolláltak, a tartalom hitelessége nem ellenőrzött, ami elsősorban a nem egységes szabályozásnak köszönhető. A szakirodalmi források is megerősítettek abban, hogy a hitelesség és megbízhatóság hiánya, valamint az adatvédelmi aggályok rendkívül komoly problémát jelentenek a közösségi média eszközök esetében. A probléma jelentős része az anonimitásból fakad, és véleményem szerint csak a szabályozás egységesítésével, központi kontroll segítségével, és egy átlátható mérési mutatóval lehetne javítani a helyzeten. A SWOT analízis, az irodalmi kutatás és a szekunder adatok (Statista, KSH, Research Center) eredményeire támaszkodva a H1 hipotézist bizonyítottnak tekintem.

5.2. Az egészségtudatosságot befolyásoló egyéni életmódtényezők szekunder vizsgálatának eredményei

5.2.1. Rizikófaktorok szerinti helyzetértékelés

A rizikófaktorok szerinti helyzetértékeléshez kapcsolódó egyváltozós elemzés az irodalmi áttekintés erre vonatkozó alfejezetében (3.2.3. fejezet) már bemutatásra került, mert logikailag az ott részletezett tartalomhoz szorosan kapcsolódott. Az eredmények értékelésénél azonban természetesen ezek a leíró statisztikák is számításba kerülnek. A rizikófaktorok helyzetértékelése során a leíró statisztikán túlmenően arra törekedtem, hogy összevonjam az egyes főbb területekhez tartozó mutatószámokat, és ez alapján találjak összefüggéseket, és vonjak le következtetéseket. Az irodalmi áttekintésben látszott, hogy a várható élettartam növekedése egy tendencia, a legtöbb fejlett ország esetében tapasztalható jelenség. A várható élettartam általánosan emelkedő tendenciája mögött egyrészt az életkörülmények javulása és az orvostudomány fejlődése, másrészt pedig az egészségtudatos magatartás terjedése állhat. Jelen eredmények bemutatásával az a célom, hogy megvizsgáljam, az egészségtudatos magatartás valóban növekszik-e Magyarországon, és hogy valóban lehet-e szerepe ennek a várható élettartam növekedésében. Az eredmények értékelése elsősorban az állami, intézményi szinthez kapcsolódik – természetesen a fogyasztói magatartáson keresztül szorosan összefonódva a fogyasztói szinttel –, mert a szekunder adatok elemzése során társadalmi szinten vizsgálom a kérdést. Az elemzés elvégzéséhez az Eurostat, WHO és OECD adatbázisainak adatait vettem alapul.

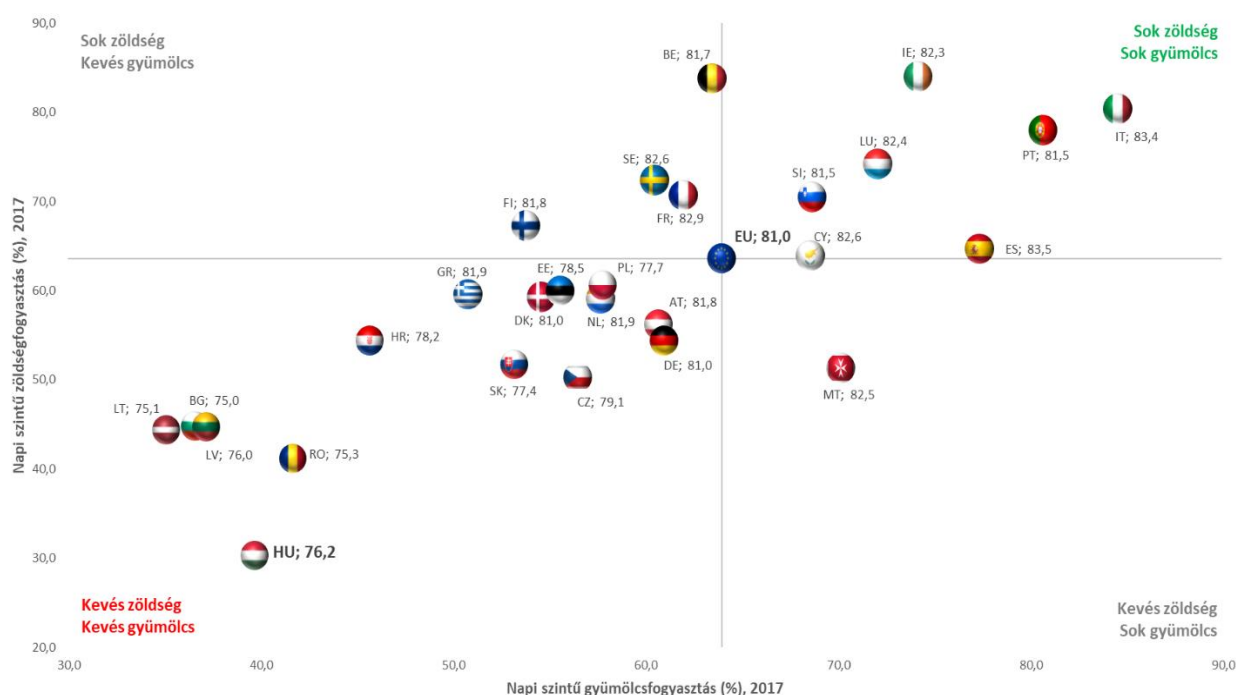
Az eredmények bemutatásakor az irodalmi áttekintésben meghatározott, alábbi kockázati faktorok mentén végzem el az adott területhez kapcsolódó helyzetértékelést:

- táplálkozás dimenzió → várható élettartam a zöldség- és gyümölcsfogyasztás függvényében
- káros szenvedélyek dimenzió → várható élettartam a káros szenvedélyek (dohányzás és alkoholfogyasztás) függvényében

- testmozgás dimenzió → várható élettartam a fizikai inaktivitás és elhízottság mértékének függvényében

Minden dimenzió mentén megvizsgáltam, hogy az uniós átlaghoz képest milyen irányban helyezkednek el a vizsgált országok, majd az adott dimenzió mentén legjobban és legrosszabbul teljesítő nemzetek születéskor várható élettartamának átlagát hasonlítottam össze.

Az Európai Unió országait először a táplálkozás dimenzió mentén ábrázoltam (45. ábra) – a tengelyeken a zöldség- és gyümölcsfogyasztás lakosságarányos értékei szerepelnek, míg a buborékok nagysága a születéskor várható élettartamot jelzi, a tengelyek metszéspontjai pedig az uniós átlagokat. Mivel az élettartam tekintetében nincsenek akkora eltérések, amelyek jól látszódnának a buborékméretben, ezért az egyes országok mellé ezek az adatok kerültek. A zöldség- és gyümölcsfogyasztás esetében az adatok a naponta legalább egyszer zöldséget vagy gyümölcsöt fogyasztó lakosság %-os megoszlását jelentik. A jobb felső szektorban helyezkednek el azok az országok, ahol a lakosság az uniós átlaghoz viszonyítva nagyobb arányban fogyaszt napi szinten zöldséget és gyümölcsöt, vagyis a táplálkozás dimenzióban a legjobban teljesítenek ezen két változó mentén. Velük szemben, a bal alsó szektorban a legrosszabbul teljesítők, vagyis azok az országok kaptak helyet, ahol a lakosság az uniós átlaghoz képest kisebb arányban fogyaszt napi rendszerességgel zöldséget és gyümölcsöt. Ha megvizsgáljuk az elhelyezkedés mellett az adott országokban a születéskor várható élettartamot, az adott szektorokban lévő országok átlagát tekintve a legjobban teljesítők átlagosan 4 évvel élnek többet a legrosszabbul teljesítőkhöz képest (10. táblázat). A legjobban teljesítő országok mindegyikében meghaladja a születéskor várható élettartam az uniós átlagot, míg az uniós átlag alatt elhelyezkedő országok mindegyike – köztük Magyarország is – a legrosszabbul teljesítők között foglal helyet.



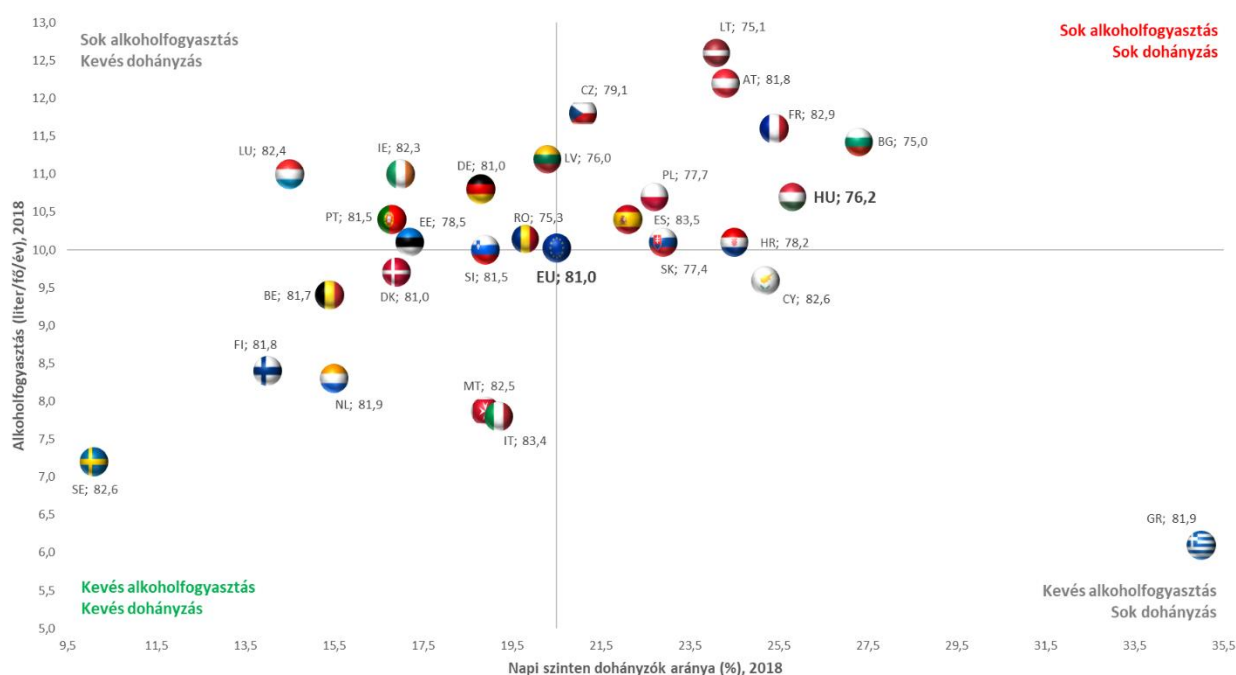
* a zöldség- és gyümölcsfogyasztási adatok 2017-re, a születéskor várható élettartam adatai 2018-ra vonatkoznak

45. ábra: Várható élettartam a zöldség- és gyümölcsfogyasztás függvényében

Forrás: saját szerkesztés, OECD/EU (2019, 2020), EUROSTAT (2019) adatai alapján

A következő vizsgált dimenzió a káros szenvedélyekhez kapcsolódott. Megvizsgáltam a jelenlegi helyzetet az alapján, hogy a napi szinten dohányzók aránya, illetve az éves átlagos (egy főre vetített) alkoholfogyasztás függvényében hol helyezkednek el az uniós országok, és az előző ábrához hasonlóan, mit tudunk megállapítani a születéskor várható élettartamról a káros szenvedélyek függvényében. Az eredményeket a 46. ábra illusztrálja. Ebben az esetben a

legjobban teljesítő országok az ábra bal alsó részében helyezkednek el – itt találhatók azok a nemzetek, ahol a lakosság az uniós átlaghoz képest kevesebb alkoholt fogyaszt átlagosan éves szinten (liter/fő/év), illetve ahol kisebb a napi rendszerességgel dohányzók lakosság aránya az adott ország teljes népességéhez viszonyítva. Ide tartoznak a skandináv országok és a Benelux-államok is (Luxemburg kivételével, ahol az alkoholfogyasztás meghaladja az átlagot), valamint Olaszország és Málta. Érdekes módon Görögországban a legmagasabb a dohányosok aránya, és a legkevesebb az éves átlagos alkoholfogyasztás. A jobb felső részben az uniós átlaghoz képest nagyivó, dohányos nemzetek találhatók. Az irodalmi áttekintésben már kiderült, hogy Magyarország mindkét szempontból az uniós átlag alatt helyezkedik el, ezért nem meglepő módon a bal felső szektorban foglal helyet a többi V4-es országgal együtt. A legjobban teljesítő országok lakói átlagosan 3,4 évvel élnek többet a legrosszabbul teljesítőkhöz képest (10. táblázat). A zöld zónában elhelyezkedő országok mindegyike eléri, vagy meghaladja a születéskor várható élettartam terén a 81 éves uniós átlagot, míg az uniós átlagot nem hozó nemzetek többsége (kivéve Észtország és Románia) a piros zónában helyezkedik el.

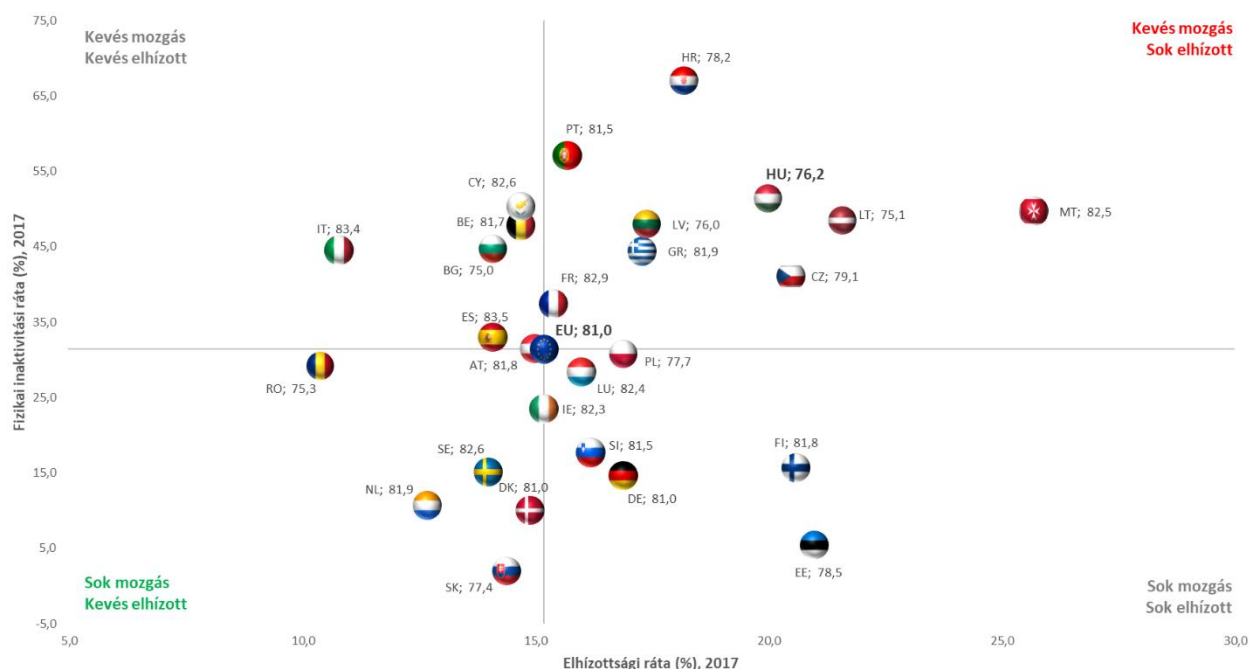


46. ábra: Várható élettartam a káros szenvedélyek függvényében

Forrás: saját szerkesztés, OECD/EU (2019, 2020) adatai alapján

A harmadik dimenzió a fizikai inaktivitás és elhízottság mentén került kialakításra. Az inaktivitási ráta esetében az adatok az adott ország azon népességének a teljes lakossághoz viszonyított arányát mutatják, akik kevesebb, mint egy órát végeznek valamilyen fizikai aktivitást a munkájukon kívül. A WHO ajánlása szerint, ahogy az irodalmi áttekintésben olvasható, legalább 30 perc fizikai aktivitás lenne szükséges legalább öt alkalommal egy héten (összesen 2,5 óra) ahhoz, hogy hatékonyan tegyünk az egészségünk megőrzése és fejlesztése érdekében. Ebben a mutatóban ezáltal a már kritikusnak tekinthető inaktivitást számítottam bele. Az elhízottsági ráta a BMI index alapján számított lakosságarányos mutató – azoknak az embereknek a megoszlását mutatja a teljes lakosságon belül, akik esetében a BMI index meghaladja a 30-as értéket. Ezen két változó mentén szintén elhelyeztem az országokat a 47. ábra segítségével. Ebben az esetben az jelenti a legjobb teljesítményt, ha az uniós átlaghoz képest kisebb arányú az elhízottak száma, illetve kisebb arányban inaktív a lakosság. Ezek az országok található a zölddel jelölt bal alsó zónában. Ide tartozik Svédország, Dánia, Írország, Szlovákia és Románia. A kritikus zónában (kevés mozgás, sok elhízott) azon nemzetek helyezkednek el, ahol magas a fizikai inaktivitási ráta, vagyis a lakosság nagy hányada csak legfeljebb 1 órás mozgást végez hetente, és emellett magas az

elhízottak aránya. Ebbe a zónába tartozik Magyarországon kívül Franciaország, Görögország, Litvánia, Portugália, Lettország, Csehország, Horvátország és Málta. A legjobban teljesítők esetében számolt átlagos születéskor várható élettartam majdnem egy évvel haladja meg a legrosszabbul teljesítők esetében számolt átlagos értéket (10. táblázat).



* az elhízottsági ráta és a fizikai inaktivitási ráta adatok 2017-re (kivéve Dánia, Németország, Görögország, Olaszország és Svédország, ahol a legutolsó elérhető adat 2014-re vonatkozik), a születéskor várható élettartam adatai 2018-ra vonatkoznak

47. ábra: Várható élettartam a mozgás és elhízottság függvényében

Forrás: saját szerkesztés, OECD/EU (2019, 2020), EUROSTAT (2019) adatai alapján

10. táblázat: Európai országok besorolása a három dimenzió mentén

	Legrosszabbul teljesítők	Legjobban teljesítők	Eltérés várható élettartamban
Káros szenvedélyek	CZ, PL, ES, SK, HR, HU, BG, FR, AT, LT	SE, FI, NL, IT, MT, BE, DK, SI	+3,4 év
Táplálkozás	AT, DE, PL, NL, EE, DK, CZ, SK, GR, HR, RO, LV, BG, LT, HU	CY, SI, LU, ES, IE, PT, IT	+4 év
Testmozgás	FR, GR, LV, PT, CZ, HR, HU, LT, MT	RO, SK, NL, SE, DK, IE, AT	+0,8 év

Forrás: saját szerkesztés

Az egyes rizikófaktorok mentén történő vizsgálatok eredményei alapján tehát általánosságban elmondható, hogy a fizikai aktivitás, a táplálkozási szokások és a káros szenvedélyektől mentes életmód mindegyike pozitívan befolyásolja a várható élettartamot. Ez a megállapítás összecseng az irodalomkutatás során feltárt összefüggésekkel és eredményekkel.

A magyarországi helyzet értékeléséhez azonban nem csupán az aktuális helyzet értékelését szerettem volna elvégezni, hanem az uniós összehasonlítást követően meg akartam vizsgálni azt is, hogy önmagához képest hogyan teljesít a vizsgált három dimenzió mentén. Az ide kapcsolódó eredmények egy részét már az irodalmi áttekintés is tartalmazza, azonban a 11. táblázat

segítségével összefoglaltam a főbb kockázati faktorok szerinti változásokat a 2008-as adatokhoz viszonyítva.

A várható élettartam 2008 és 2018 között 6,2 évvel nőtt Magyarországon. A várható élettartam növekedését az orvostudomány fejlődése és az életkörülmények folyamatos javulása mellett az életmódbeli tényezők is befolyásolják, ahogyan azt láthattuk az előzőekben.

A három vizsgált dimenzió mentén azt a következtetést lehet levonni, hogy a magyar lakosság – bár még az uniós átlaghoz képest rosszabb helyzetben van – a káros szenvedélyek területén pozitív irányban fejlődött az elmúlt években, mivel nem csupán a napi rendszerességgel dohányzók száma csökkent 2008-hoz képest, hanem az átlagos éves alkoholfogyasztásunk is kevesebb lett több, mint egy literrel fejenként. Az elhízottsági ráta egy kisebb emelkedést követően visszaesett a 2008-as szintre, de még mindig a lakosság ötödének van jelentős súlyfeleslege (BMI>30). A táplálkozás területén viszont elkeserítőek az adatok – a zöldségfogyasztás több mint 20%ponttal csökkent Magyarországon, míg a gyümölcsfogyasztás majdnem 30%ponttal. Ez azt jelenti, hogy a magyar lakoságnak kicsit kevesebb mint egyharmada fogyaszt napi rendszerességgel zöldséget, és kicsit több mint harmada gyümölcsöt.

11. táblázat: Magyarország helyzete a vizsgált dimenziók mentén

Változás a vizsgált dimenziók mentén		2008	2018	Változás eü szempontból
Várható élettartam		70,0	76,2	↑
Táplálkozás*	Napi zöldségfogyasztás (lakosság %-a)	52,0	30,3	↓
	Napi gyümölcsfogyasztás (lakosság %-a)	68,0	39,7	↓
Testmozgás*	Elhízottság (lakosság %-a)	20,0	20,0	↔
	Fizikai inaktivitás (lakosság %-a)	n.a.	51,4	
Káros szenvedélyek	Napi dohányzás (lakosság %-a)	26,5	25,8	↑
	Átlagos éves alkohol-fogyasztás (liter/fő/év)	11,8	10,7	↑

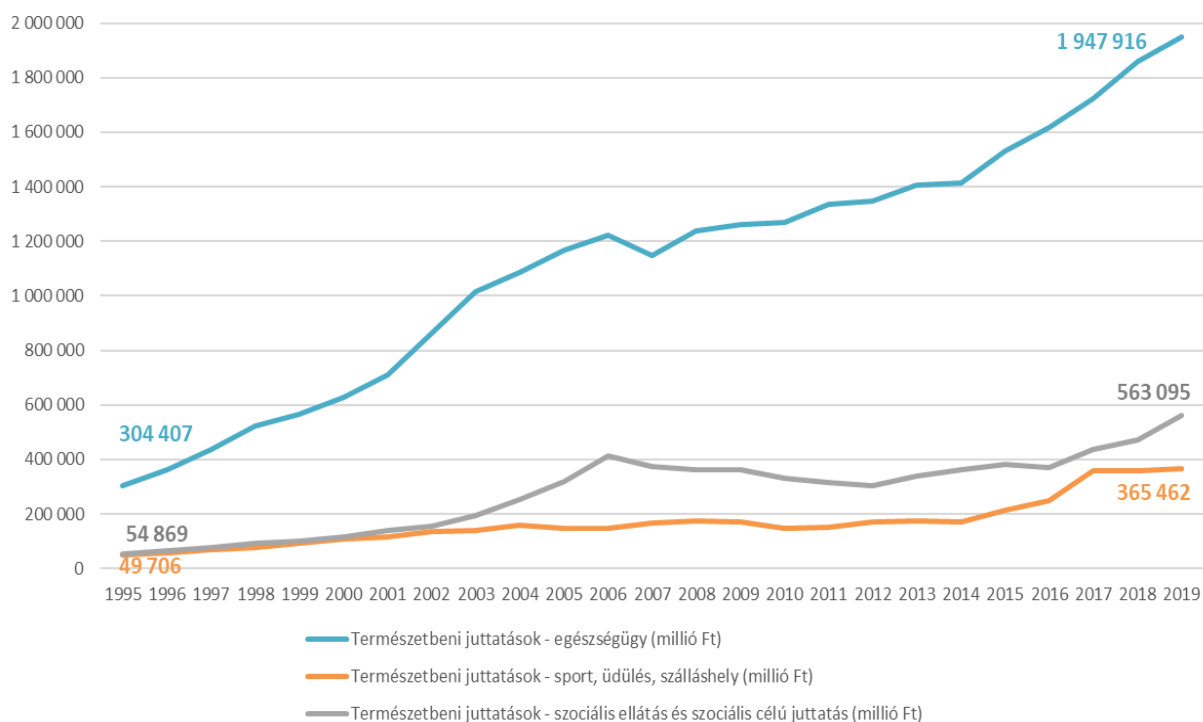
* a friss adatok 2017-re vonatkoznak

Forrás: saját szerkesztés

5.2.2. Életminőség javítására irányuló intézkedések és szolgáltatások

Az egészségügyi rendszer áttekintésére és helyzetének értékelésére az irodalomkutatás során már kitértem, azonban jelen alfejezetben szeretném bemutatni azokat a területeket, és összefoglalni azokat a törekvéseket, amelyek mentén az egészséghez kapcsolódó szolgáltatások fejlődése megmutatkozhat állami, intézményi szinten.

A gazdaság nemzeti számláit megvizsgálva láthatjuk, hogy a háztartásoknak folyósított egészségügyi, sportcélú (sport, üdülés, szálláshely) és szociális célú természetbeni juttatások összege folyamatosan növekszik Magyarországon. Az egészségügy terén háztartásoknak nyújtott természetbeni juttatások nagysága több, mint hatszorosára növekedett 1995-höz képest, de a 2008-as pénzügyi válságot követően is folyamatosan emelkedő tendencia jellemzi. A sportcélú juttatások nagysága mára már több, mint hétszerese az 1995-ös szintnek (mindemelllett az utóbbi években a világjárvány megjelenéséig dinamikus növekedés jellemezte), míg a szociális célú juttatások nagysága megtízszereződött (48. ábra).



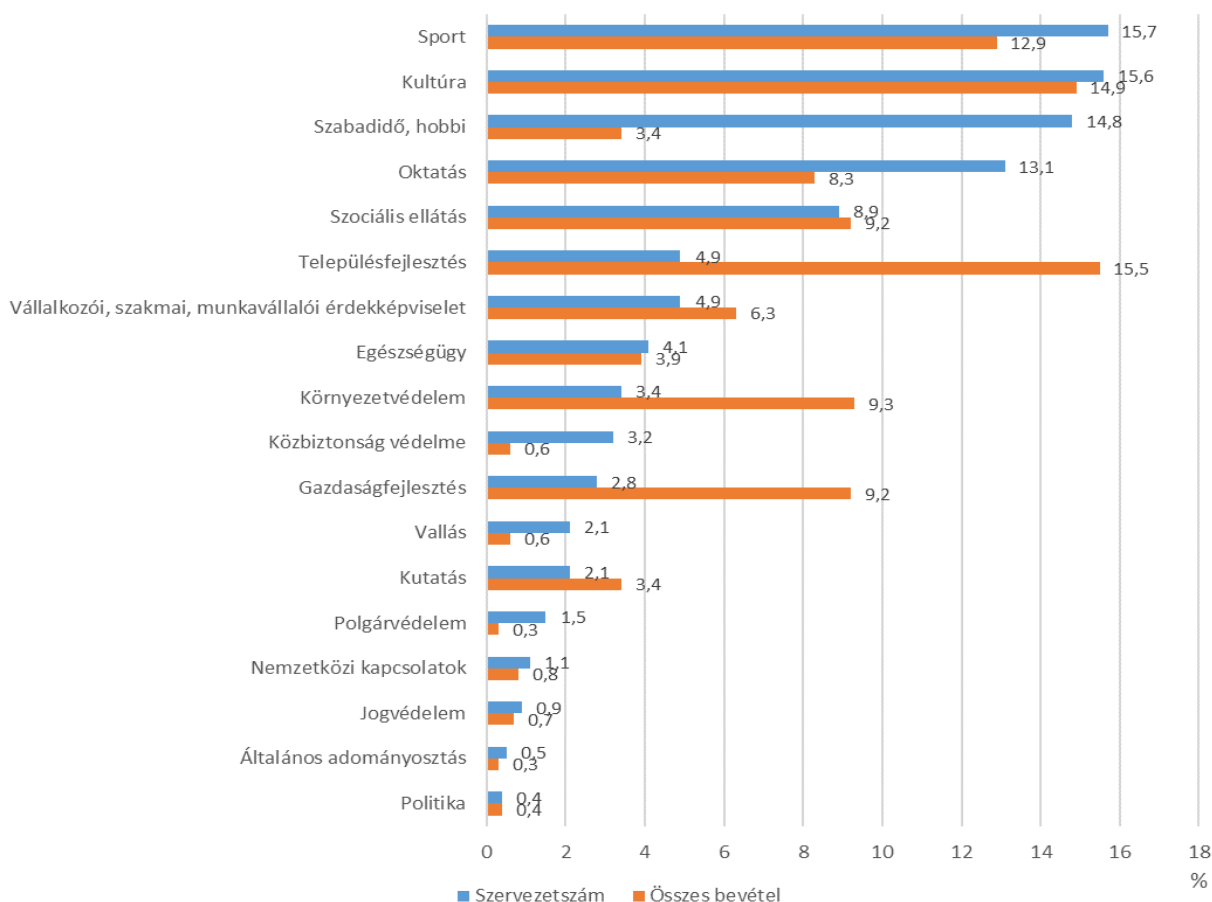
48. ábra: A háztartásoknak folyósított egészségügyi és sport-rekreációs célú természetbeni juttatások alakulása

Forrás: saját szerkesztés, KSH (2020) adatai alapján

A háztartásokhoz közvetlenül érkező állami kiadások mellett azonban a nonprofit szektor szereplői is jelentősen részesülnek a különböző támogatásokból, illetve hozzájárulnak a lakossági szintű egészségfejlesztéshez, ennek következtében rajtuk keresztül szintén javítható a lakosság tudatossága, fejleszthető az egészsége. Az intézményi szinthez kapcsolódóan tehát a nonprofit szektor teljesítményét is megvizsgáltam, fókuszálva természetesen a tevékenységek közül a sportra.

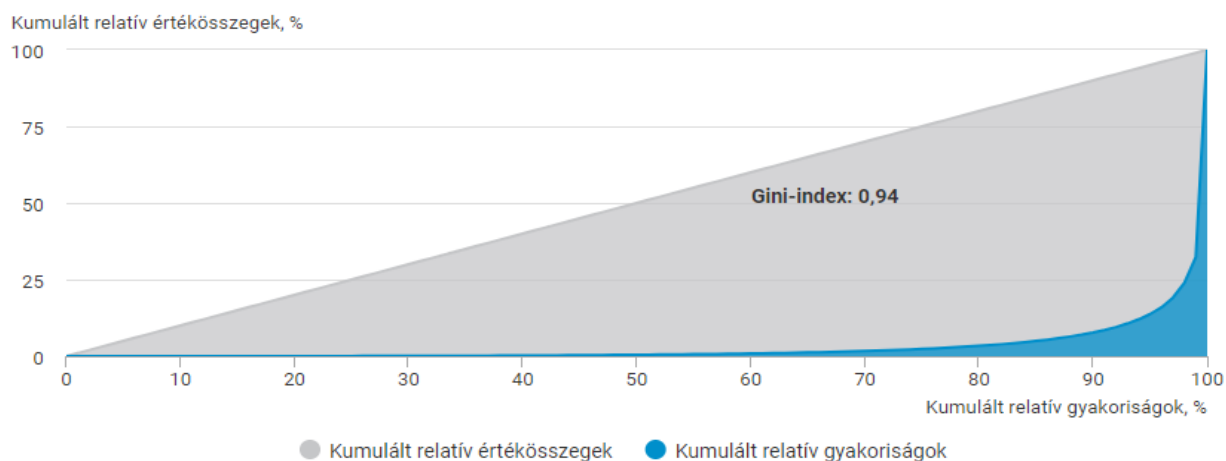
A KSH (2020) adatai szerint a nonprofit szektorban tevékenykedő szervezetek száma 2019-ben 60 890 volt, melyek egyharmada alapítványi formában, kétharmada társas szervezetként működött. A társas szervezetek tekintetében a sportegyesületek aránya (22%) volt a legnagyobb. A sporttal (mint a fizikai egészség meghatározó tényezőjével) és a kultúrával (mint a mentális és lelki egészségre ható tényezővel) kapcsolatos szervezetek jelentős számát bevételük nagysága is tükrözi (49. ábra).

Mindazonáltal a szektoron belül nagyon nagy a koncentráció, vagyis a rendelkezésre álló források jelentős része a szektor egy nagyon kis hányadának kezében összpontosul, amit alátámaszt a Gini-index magas értéke is (50. ábra).



49. ábra: Nonprofit szervezetek számának és összes bevételének megoszlása tevékenységszámok szerint

Forrás: saját szerkesztés, KSH (2020) adatai alapján



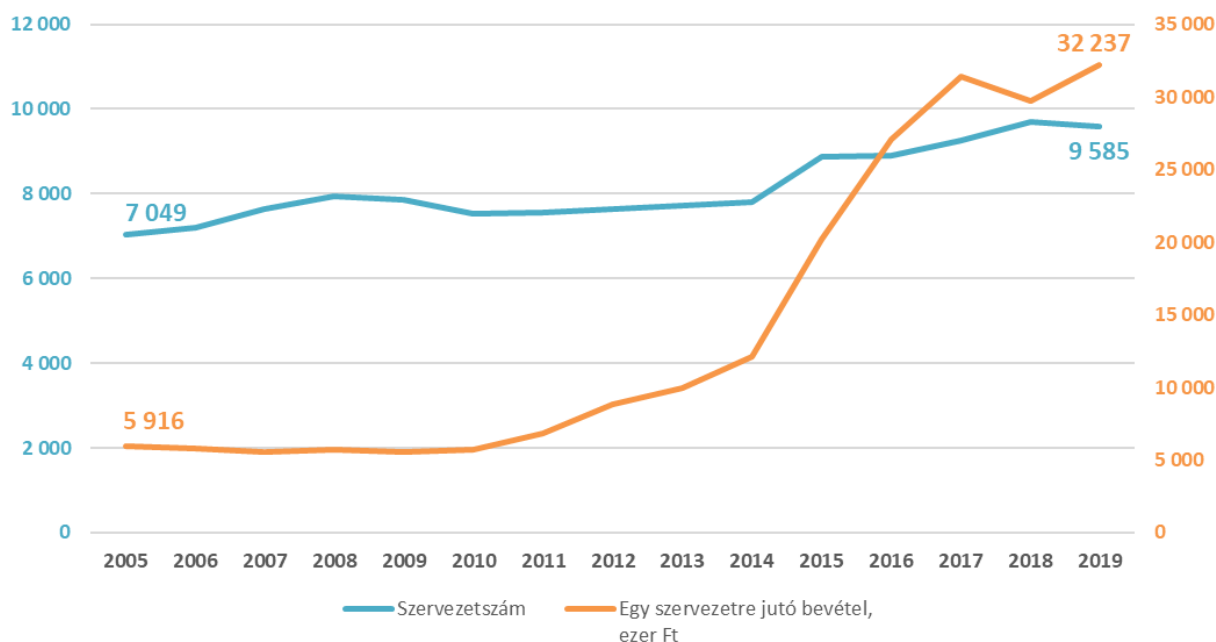
* Lorenz-görbe és Gini-index.

Megjegyzés: A Lorenz-görbe egy speciális grafikus ábra a bevételi koncentráció alakulásának ábrázolására és elemzésére, valamint a Gini-együtthatóval kiegészítve az egyenlőtlenségek vizuális megjelenítésére szolgál. A 6. ábrán látható Gini-index egy olyan mérőszám, amely a jövedelem és a vagyon statisztikai eloszlásainak egyenlőtlenségeit méri. 0 és egy 1 közötti értéket vehet fel, a 0 a legegyszerűsebb, az 1 pedig a legegyszerűsebb eloszlást jelenti. Számítása: a Lorenz-görbe és a négyzet átlója által bezárt terület és a fél négyzet területének aránya.

50. ábra: A nonprofit szervezetek bevételi koncentrációja

Forrás: KSH (2020)

Ennek ellenére a sportcélú szervezetek száma és az egy szervezetre jutó átlagbevétel nagysága is jelentősen emelkedett a 2005-ös adatokhoz viszonyítva – a bevétel több, mint ötszöröződött, de a szervezetszámban is 36%-os bővülés történt. A bevételek alakulása és dinamikus növekedése leginkább 2014-től látványos. Azt mondhatjuk tehát, hogy egyre több sportegyesület van Magyarországon, melyek egyre több bevétellel rendelkeznek, amit fordíthatnak a sportos életmód ösztönzésére, az egészségtudatosság fejlesztésére (51. ábra).



51. ábra: Sportcélú szervezetek számának és az egy szervezetre jutó bevételnek az alakulása

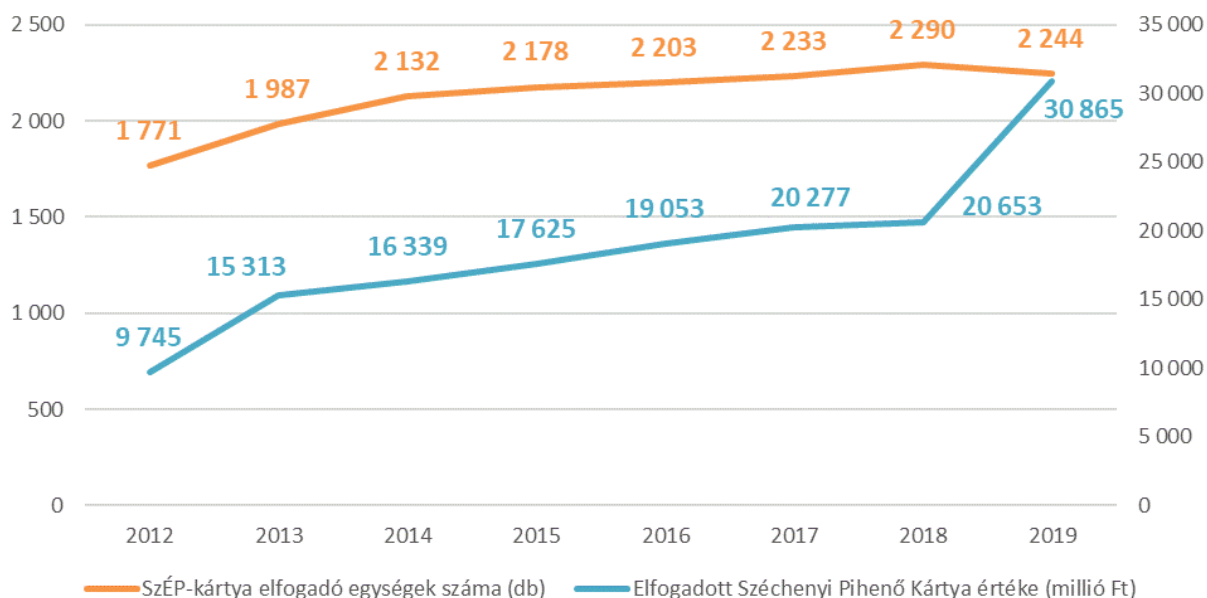
Forrás: saját szerkesztés, KSH (2020) adatai alapján

Az állami, intézményi szint közvetlenül fogyasztókat is érintő, utóbbi években tett egészségfejlesztési intézkedéseit az alábbiakban foglalom össze:

- a fogyasztók táplálkozási szokásainak javítása érdekében 2011-ben bevezetésre került a népegészségügyi termékadó az egészségtelen élelmiszerek fogyasztásának csökkentésére
- 2013-ban elfogadásra került az élelmiszerekben lévő transzsírsavak korlátozásáról szóló jogszabály
- 2015-ben szigorúbb szabályozást vezettek be többek között az iskolai közétkeztetésben
- megemelésre került a dohánytermékekre és alkoholtermékekre kivetett jövedéki adó mértéke
- a kötelező védőoltások körének bővítésével (HPV elleni védőoltás bekerülése az oltási programba) a gyermekkori immunizáció aránya kiemelkedően magas uniós szinten is - határozott egészségpolitika folytatásával az állami szinten keresztül is növelhető az életminőség, és hosszú távon a lakosság egészségtudatossága (OECD, 2019; WHO, 2015)
- a 2002-ben alakult Magyar Kerékpárosklub 2007-ben elindította a Bringázz a munkába! kampányt, melynek célja a kerékpáros munkába járás népszerűsítése és a közlekedési hálózat tehermentesítése mellett az egészségtudatosság növelése – a kampányba a munkáltatókat is megpróbálják évről évre bevonni, hogy rajtuk keresztül is ösztönözzék a lakosságot.

A munkáltatói szinthez kapcsolódva fontosnak tartom megemlíteni a Széchenyi Pihenőkártyát, vagy SZÉP kártyát is, mely egy munkavállalót ösztönző juttatásként került bevezetésre 2012-ben. A SZÉP kártyák a juttatás céljától függően (szálláshely, vendéglátás vagy rekreáció zseb)

felhasználhatók különböző sport és rekreációs célokra, valamint gyógyüdülésre, gyógyfürdő belépőre, wellness pihenésre, kulturális programokra. A SZÉP kártya elfogadóhelyek száma a bevezetése óta 26%-kal nőtt, míg a kártyán lévő értékek megháromszorozódtak (52. ábra). Ennek következtében látható, hogy nem csupán a juttatásként adott SZÉP kártya lett népszerűbb (a munkahelyi egészségfejlesztés egyik eszközévé vált), de egyre több helyen elfogadják fizetőeszközként, vagyis egyre több egészségfejlesztő célú szolgáltatás van Magyarországon.



52. ábra: SZÉP kártya elfogadóhelyek száma és az elfogadott SZÉP kártya értékének alakulása

Forrás: saját szerkesztés, KSH (2020) adatai alapján

Az irodalomkutatásban is említést tettem a munkahelyi egészségfejlesztés jelentőségéről, illetve rövid, közép és hosszú távú pozitív hozadékaról is, amit már nem csak vállalati, és nemzeti szinten, hanem állami döntéshozatali és nemzetközi szinten is elismernek. Magyarországon és nemzetközi szinten is van példa arra, hogy díjazzák azokat a vállalatokat, amelyek erőfeszítéseket tesznek munkavállalóik egészségmegőrzése érdekében. Az egyik legismertebb nemzetközi díj a Global Healthy Workplace Awards, melynek nyertesei minden évben három kategóriában (multinacionális vállalati kategória, nagyvállalati kategória és KKV kategória) vehetik át az elismerést. Magyarországon is 2013-ban alapították meg az úgynevezett Leg fittebb Munkahely Díjat, melynek célja, hogy feltérképezze a magyar munkaerőpiac egészségi állapotát, a fejlesztendő területeit, és ezáltal cselekvésre ösztönözze mind a munkavállalókat, mind a munkáltatókat. A díjat négy kategóriában ítélik oda minden évben az arra legérdemesebb vállalatnak (nagyvállalati kategória, középvesztalati kategória, kisvesztalati kategória, államigazgatási kategória). Az indulás óta díjazott vesztalatoakat a 12. táblázat tartalmazza.

12. táblázat: Egészséges munkahelyeket értékelő díjak és díjazottak

Díj	Global Healthy Workplace Awards (GHW Awards)			Leg fittebb Munkahely Díj			
	Multinacionális vesztalat	Nagyvesztalati kategória	KKV kategória	Nagyvesztalati kategória	Középvesztalati kategória	Kisvesztalati kategória	Államigazgatási kategória
2013	Royal Dutch Shell	Alexandra Health	Toyol America	HPE	GE - Healthcare	Hansgrohe Kft.SZ+C	-
2014	IBM	Telefonica do Brasil	Spokane Regional Health District	Unilever	HBO	SZ+C Stúdió Kft.	Kancellária Sportegyesület

2015	GSK	Unilever Brasil	Lan Spar Bank	Unilever	HBO	-	NGM Sportegyesület
2016	Unilever	Monash University	Vitality	Diageo	HBO	BAT Pécsi Dohánygyár Kft.	Kancellária Sportegyesület
2017	Chevron	Jemena	Lincoln Industries	Contitech Rubber Industrial	EVOPRO Group	Evopro Cégcsoport	Nemzeti Választási Iroda
2018	Lendlease	Hospital Alamao Oswaldo Cruz	A.B. May	Acelity - KCI Hungary	ULYSSES Számítástechnikai Fejlesztő és Tanácsadó Kft.	-	Magyar Követeléskezelő Zrt.
2019	-	Hero MotoCorp	Global Prairie	DXC Technology Hungary	EVOPRO Group	-	Magyar Követeléskezelő Zrt.
2020	GSK	Dalin Tzu Chi Hospital	Swisse Wellness	-	-	-	-

Forrás: saját szerkesztés

H2 A 4. ipari forradalom hatására a fenntartható fejlődés koncepciója révén, illetve a COVID-19 világjárvány okozta egészségügyi kihívások miatt, az utóbbi időszakban megnövekednek a betegségek megelőzésére és életminőség javítására irányuló szolgáltatások, amelyek hatást gyakorolnak a foglalkoztatási és gazdasági struktúrára, valamint gazdasági növekedésre.

Az irodalomkutatás során feltárára kerültek a munkahelyi egészségfejlesztés lehetséges területei, és a munkavállalókra, vállalatokra és gazdaságra való pozitív hatásai. A munkahelyi hiányzások csökkentéséből nem csupán a vállalat profitál, hanem a táppénzkiadások csökkenése révén állami és társadalmi haszna is van. Empirikus kutatások bizonyítják, hogy a belső CSR tevékenységek – köztük a munkahelyi egészségfejlesztés – csökkenti a fluktuációt, és hatékony eszköze lehet a munkavállalók megtartásának, valamint megoldást jelenthet a munkaerőhiány kezelésére is. A szekunder adatok alapján látszik, hogy az utóbbi években egyre többet foglalkoznak állami, intézményi szinten is az egészségmegőrzéssel, és ezáltal nem csupán a háztartásoknak nyújtott egészségügyi és sportcélú természetbeni juttatások nagysága, valamint a sportegyesületek száma és bevétele növekszik, hanem az egészségmegőrzéssel kapcsolatos szolgáltatók, szolgáltatások és intézkedések is. Az irodalomkutatás és szekunder adatelemzés alapján a H2 hipotézis bizonyított.

5.3. A kvalitatív kutatás elemzésének eredményei

Az egészséggel kapcsolatos munkavállalói juttatások szerepének vizsgálatával célom volt a munkavállalók motivációjának jobb megismerése és attitűdjeik feltérképezése az egészségtudatossággal, munkahelyi egészségfejlesztéssel összefüggésben. A szekunder kutatás alapján kirajzolódó trendek igazolták a vizsgálat szükségességét. Mivel azonban kevés empirikus kutatás van kifejezetten a munkahelyi egészségfejlesztés témakörében az egészséggel kapcsolatos juttatások munkavállalói hűség kialakulásában betöltött szerepére vonatkozóan, ezért mindenképp szerettem volna végezni a primer kutatást részeként egy feltáró jellegű kvalitatív kutatást végezni, ahol mélyebben megismerhetem a kutatásban résztvevők gondolatait, véleményét a témával kapcsolatban.

A kvalitatív kutatás a módszertanban leírtaknak megfelelően a szakirodalmi áttekintésben elérhető kutatási eredményeken, illetve a szekunder kutatás során elvégzett tartalomelemzésen alapult. Mivel a munkahelyi egészségfejlesztés és CSR kérdésköre, valamint gyakorlati implementálása a

magyar KKV szektorban még gyerekcipőben jár, ezért a tartalomelemzés során a multinacionális, nagyvállalati „jó gyakorlatok” megismerésére törekedtem. Ennek érdekében néhány ilyen vállalat elérhető CSR riportjainak, fenntarthatósági jelentéseinek, illetve egészségfejlesztéssel kapcsolatos irányelveinek a részletes áttekintését, szintetizálását és összefoglalását hajtottam végre a szakirodalmi kutatási eredményekhez kapcsolódó kockázati faktorok mentén (környezettel kapcsolatos kockázati faktorok, táplálkozással kapcsolatos kockázati faktorok, életstílussal kapcsolatos kockázati faktorok). A tartalomelemzés során beazonosítottam azokat a területeket, ahol a munkahelyi egészségfejlesztés adta lehetőségeket ki lehet használni, és csoportosítottam azokat az eszközöket, amelyek ennek végrehajtásában segíthetnek. Az eredmények összefoglalása a 9. mellékletben található.

Az eredmények alapján azonban egyértelműen látszott, hogy vannak olyan juttatások és egészségprogramok (pl. edzőterem kialakítása, céges sportbajnokság rendezése, saját reformkonyha kialakítása stb.), amelyeket kifejezetten csak a nagyvállalati szektorban lehet alkalmazni, tekintve, hogy egy kisvállalatnak sem infrastrukturálisan, sem financiálisan, vagy egyszerűen a méretéből fakadóan nincs erre lehetősége. Ennek következtében, a „jó gyakorlatok” összegyűjtését követően, azok beépítésével és felhasználásával végeztem el a kvalitatív kutatásomat, a kérdőíves megkérdezés megalapozásának céljából.

A mélyinterjúk és fókuszcsoportos vizsgálatok legfontosabb eredményeit az alábbiakban foglalom össze:

- A mélyinterjúk során feltárássra kerültek azok a lehetséges irányok és területek, ahol a munkahelyi egészségfejlesztés hatékony tud lenni. A válaszadók mindegyike megerősítette, hogy tapasztalatai alapján a munkavállalói hiányzások csökkentése vállalati haszonnal járna a gyakorlatban. A CSR riportok szerinti besorolást követve megvizsgáltam az egyes kockázati faktorokhoz tartozó juttatások bevezetésének lehetőségét kis- és közlépvállalati szinten. A mélyinterjún elhangzott válaszok megerősítettek abban, hogy KKV szinten nem lehet minden nagyvállalati szinten sikeresen alkalmazott módszert és eszközt implementálni. Mindemellett összegyűjtésre kerültek azok az ötletek és gondolatok, amelyek mentén a kérdőíves kutatás indikátorai kialakításra kerültek. Az egészségbiztosítás és a hozzá kapcsolódó szolgáltatások elkülönítése a mélyinterjúkon elhangzott válaszok alapján vált fontossá a biztosítás faktorban. A környezettel kapcsolatos faktor a szakértői interjúk alapján végül nem került bele a kérdőívbe, mivel egyöntetűen azt a választ kaptam, hogy az itt felsorolt tényezőket nem juttatásként érzékelik a munkavállalók, azokat inkább a kötelező egészségügyi és biztonsági előírások részeként lehet értelmezni, vagyis Herzberg elméletéhez kapcsolódóan nem motivátorként, hanem higiénés tényezőként jelenik meg. Ráadásul a környezettel kapcsolatos egészségügyi előírások és biztonsági intézkedések során legtöbbször olyan törvényi előírásoknak tesznek eleget a munkáltatók a munkakörnyezet kialakításával, amely munkavállalók biztonságos munkavégzéséhez szükségeltetik.
- A fókuszcsoportos beszélgetések egészséggel, majd munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos (spontán és támogatott említések összegzésével létrejött) asszociációi alapján kiegészítésre kerültek a tartalomelemzés és mélyinterjúk során elkülönített faktorok. A fókuszcsoportos beszélgetéseken a résztvevőkkel az alábbi faktorokat határoztuk meg a munkahelyi egészségfejlesztés területeiként: fizikai vagy testi egészség, egészséges táplálkozás, szellemi vagy mentális egészség, lelki egészség, prevenció vagy megelőzés, gyógyulás vagy rehabilitáció, pénzügyi egészség. A kérdőív készítésekor a pénzügyi egészség témakörét – mivel kifejezetten nem pénzügyi juttatások vizsgálata volt a cél – a mélyinterjúk során beazonosított biztosítás faktor jelentette.
- A mélyinterjúk és fókuszcsoportos vizsgálatok segítségével feltérképeztem a munkavállalók lehetséges motivációit, és képet kaptam arról, mely területeket és azon belül milyen egészséggel kapcsolatos juttatásokat tartanak a legfontosabbnak a munkavállalói

elégedettség tényezőiként. A szakirodalomból ismert tényezők és juttatások mellett sikerült mélyebb ismeretekre is szert tenni, ezáltal a kvalitatív kutatás eddig kevésbé vizsgált vagy feltételezett összefüggésekre és tényezőkre is ráirányította a figyelmemet. A fókuszcsoportos kutatás során egyértelművé vált számomra, hogy a munkavállalók az egészségtudatosságuk életmódjukon keresztül történő fejlesztését továbbra is első körben saját felelősségi körüknek érzik, nem a munkáltatótól várják. Ez az eredmény elsősorban a kis- és középvállalati csoportban volt szembevetendő, ahol nem, vagy kevésbé jellemzőek a munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos törekvések.

- A kvalitatív kutatás eredményeként a legfontosabb tényezőkként az alábbi területek kerültek azonosításra: fizikai egészség, mentális és lelki egészség, egészséges munkakörnyezet, pénzügyi egészség (ide tartozóan a biztosítások), egészséges táplálkozás és prevenció. Ez az eredmény túlnyomórészt egybeesik a szakirodalomban találtakkal, azonban a jelen egészségügyi kihívásokra adott válaszként a fizikai egészséggel kapcsolatos tényezők és a távmunka, illetve biztonságos munkakörnyezet még inkább felértékelődtek munkavállalói oldalról.
- A kvalitatív kutatás eredményei alapozták meg a kérdőíves felmérésemet, amelynek eredményeit a kvantitatív kutatás részeként mutatom be.

5.4. A kérdőíves felmérés demográfiai elemzésének eredményei

A demográfiai jellemzők ismertetése előtt fontos megjegyezni, hogy a felmérés kizárólag online formában zajlott, egyrészt a pandémia okozta korlátozásoknak köszönhetően, másrészt pedig amiatt, mert a közösségi média használati szokások vizsgálata is célja volt a felmérésnek. A minta kiválasztásánál a bekerülési kritérium az volt, hogy a kitöltő 18 év feletti legyen, és rendelkezzen releváns munkatapasztalattal, egyéb kizárási kritériumokat nem alkalmaztam az adatgyűjtés során. Ennek következtében a kutatásban résztvevő válaszadók nem egy országos lefedettségű, reprezentatív mintát képviselnek.

A kérdőíves felmérés elvégzéséhez az adatfelvétel 2020. december és 2021. január között zajlott Magyarországon, online kérdőíves kitöltés formájában. A kérdőíves felmérésben összesen 537 fő vett részt, minden beérkezett kérdőív értékelhető volt. Nemek tekintetében a válaszadók többsége nő volt (338 fő, 62,9%), a férfiak aránya ennek megfelelően jóval kisebb, 37,1% (199 fő) a mintában. Korcsoport tekintetében a 40-49 éves (37,8%), majd ezt követően a 30-39 éves (32,4%) korosztály található meg legnagyobb arányban a mintában. Ez normális eloszlásként értékelhető, figyelembe véve ennek a két korcsoportnak az aktív népességen belüli arányát. A válaszadók többsége (57,2%) a fővárosban (Budapesten), vagy annak agglomerációjában lakik. A válaszadók legnagyobb hányada felsőfokú végzettséggel rendelkezik (27,7%-uk BSc diplomával rendelkezik, több mint 40%-uk MSc végzettségű, és 8,4%-uk posztgraduális, doktori fokozattal rendelkezik), ami összefüggésben lehet a jövedelmi állapottal. Önértékelésük alapján a válaszadók többsége úgy nyilatkozott, hogy családjukban az egy főre eső nettó jövedelem meghaladja a magyarországi átlagot (50,8%) vagy jóval magasabb az átlagnál (17,1%). Foglalkozási ágazati szempontból azt a következtetést lehet levonni, hogy a válaszadók szinte minden kategóriát hasonló arányban képviselnek a mintában. Az életkor alapján nincs nagy különbség a férfiak és nők szerinti megoszlás tekintetében, hasonló arányban képviseltették magukat a különböző korcsoportok a férfi és női válaszadók között is. Ha lakhely szerint vizsgáljuk a nők és férfiak összetételét a mintában, akkor az látszik, hogy a női válaszadók esetében a budapestiek vagy agglomerációban lakók felülreprezentáltak a férfiakhoz képest, hiszen a nők több mint 60%-a, míg a férfiaknak csak több mint 50%-a lakik a fővárosban vagy közelében – így férfiak esetében kiegyensúlyozottabb a lakhely típusa szerinti összetétel. A legmagasabb iskolai végzettség vonatkozásában a férfi és női válaszadók hasonló arányban rendelkeznek felsőfokú végzettséggel, azonban a férfiak körében magasabb arányban vannak a legalább mester diplomával rendelkező válaszadók. Ez talán szintén magyarázatot adhat arra is, hogy a férfiak esetében többen választották azt, hogy az átlagosnál magasabb jövedelemmel rendelkeznek. A demográfiai változók vizsgálatát követően

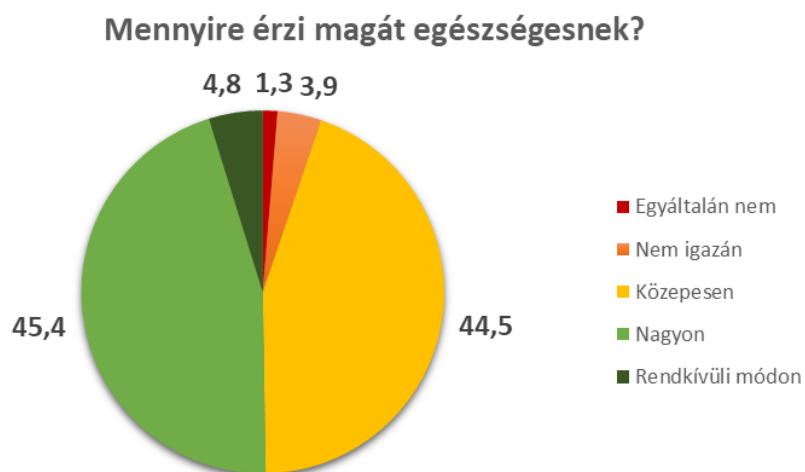
megállapítható, hogy a minta a magyar középosztályt méri. A minta háttérváltozók szerinti megoszlását és a részletes eredményeket a 10. melléklet tartalmazza.

5.5. A közösségi média egészségtudatosságot fejlesztő használatára való fogyasztói nyitottság elemzésének eredményei

5.5.1. Az életmód és a közösségi média használat vizsgálata

Kutatásom jelen részéhez kapcsolódó célom volt, hogy megvizsgáljam, a megkérdezettek milyen mértékben tartják fontosnak az egészség egyes dimenzióit, illetve, hogy nyitottak-e az egészségük fejlesztése érdekében a közösségi média applikációkat, oldalakat használni. Mindemellett szerettem volna feltárni a válaszadók jelenlegi közösségi média használati szokásait is. Az alábbiakban egyváltozós módszerek használatával, a leíró statisztikai elemzés részeként mutatom be az eredményeket.

A megkérdezettek döntő többsége közepesen (44,5%), illetve nagyon egészségesnek (45,4%) tartja magát önbevallása alapján. Mindössze a minta körülbelül egytizede válaszolta valamelyik szélsőséget, hogy rendkívüli módon (4,8%), kevésbé (3,9%), vagy egyáltalán nem (1,3%) érzi magát egészségesnek (53. ábra). A válaszadók 14,9%-a fizikai munkát, 85,1%-a irodai munkát végez.

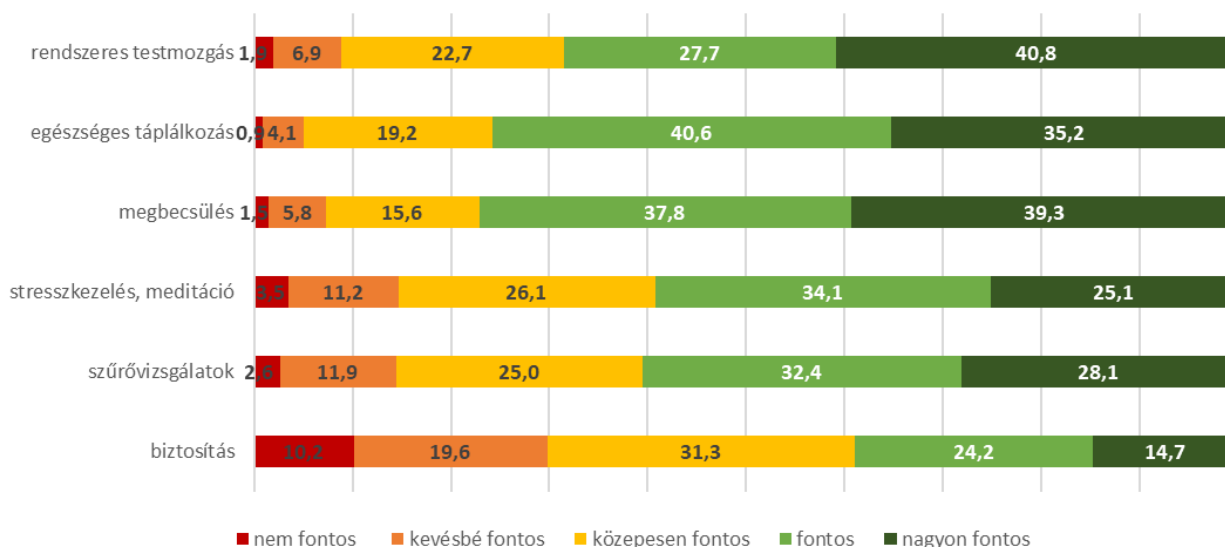


53. ábra: Saját egészségi állapot megítélése (%)

Forrás: saját szerkesztés

Az egészség dimenzióinak fontosságát a megkérdezettek egy ötfokozatú Likert skála segítségével értékelhették, ahol a következő válaszokat adhatták: 1=nem fontos, 2=kevésbé fontos, 3=közepesen fontos, 4=fontos, 5=nagyon fontos. A megkérdezettek válaszai alapján a rendszeres testmozgás, az egészséges táplálkozás és a megbecsülés (lelki egészség) a legfontosabb területek az egészségük szempontjából, míg a legkevésbé fontosnak a biztosítást tartják. A rendszeres testmozgást a megkérdezettek 68,5%-a, az egészséges táplálkozást a válaszadók 75,8%-a, a lelki egészséget 77,1%-uk, míg a biztosítást csupán 38,9%-uk tartotta fontosnak vagy nagyon fontosnak. Ez alátámasztja a kvalitatív kutatás azon eredményét is, hogy vannak olyan területei az egészségnek, egészségfejlesztésnek, amelyeket a fogyasztók valamilyen külső szereplőtől (pl. munkáltatótól) várnak el, és kevésbé tartják fontosnak azt saját, mindennapi életük során. A mentális egészség (stresszkezelés és meditáció) és a szűrővizsgálatok esetében a fizikai és lelki egészséghez hasonlóan inkább a fontosság irányába fordul a mérleg nyelve, de már csökkenő mértékben (lelki mentális egészség: 59,2%, szűrővizsgálatok: 60,5%). Az eredményeket a 54. ábra szemlélteti részletesen.

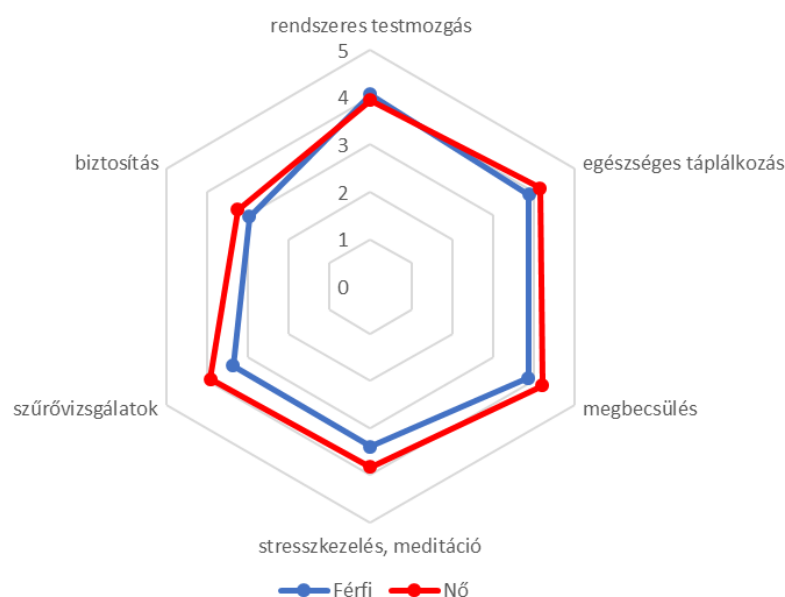
Mennyire fontosak Önnek az egészsége szempontjából az alábbiak?



54. ábra: Az egészség dimenzióinak fontossága (%)

Forrás: saját szerkesztés

Nemek vonatkozásában egyértelműen látszik az adatokból, hogy a nők kicsit affinisebbek az egészségtudatos magatartás szempontjából, ugyanis a rendszeres testmozgás kivételével minden dimenziót fontosabbnak ítélték a férfiaknál (55. ábra).

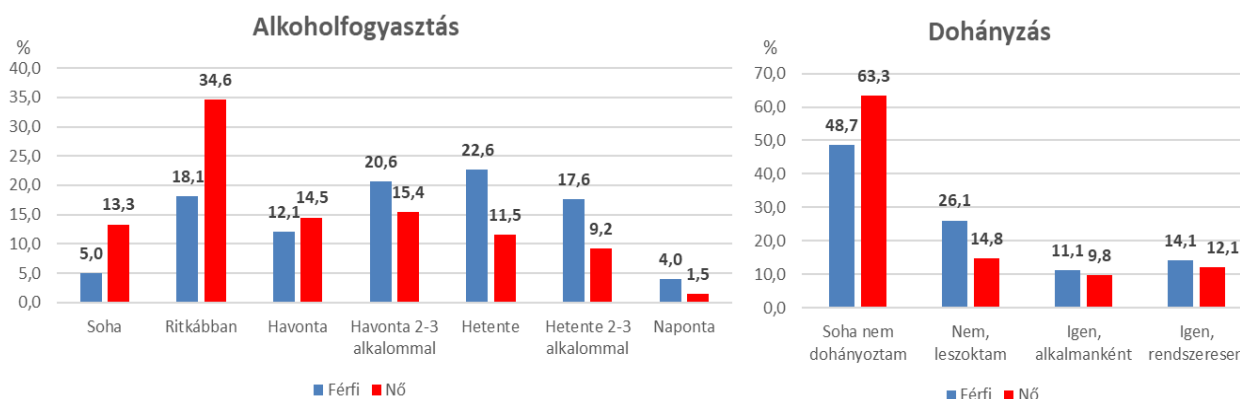


55. ábra: Az egészség dimenzióinak fontossága nemek szerint

Forrás: saját szerkesztés

Az egészség egyes dimenzióinak fontosság szerinti megítélését követően megvizsgáltam, hogy a válaszadók ténylegesen mit tesznek az egészségük megóvása érdekében, vagyis, hogy tükröződik-e az egyes területek fontossága a mindennapi szokásaikban, életmódjukban. Ezt a vizsgálatot a rizikófaktorok jelentő káros szenvedélyek, valamint a fizikai egészség (testmozgás és táplálkozás) és a prevenció mentén vizsgáltam. Először a káros szenvedélyeket, a dohányzási és alkoholfogyasztási szokásokat hasonlítottam össze nemek szerinti bontásban. A teljes mintában a válaszadók 10,2%-a mondta azt, hogy soha nem iszik alkoholt, és csupán 2,4%-uk iszik naponta.

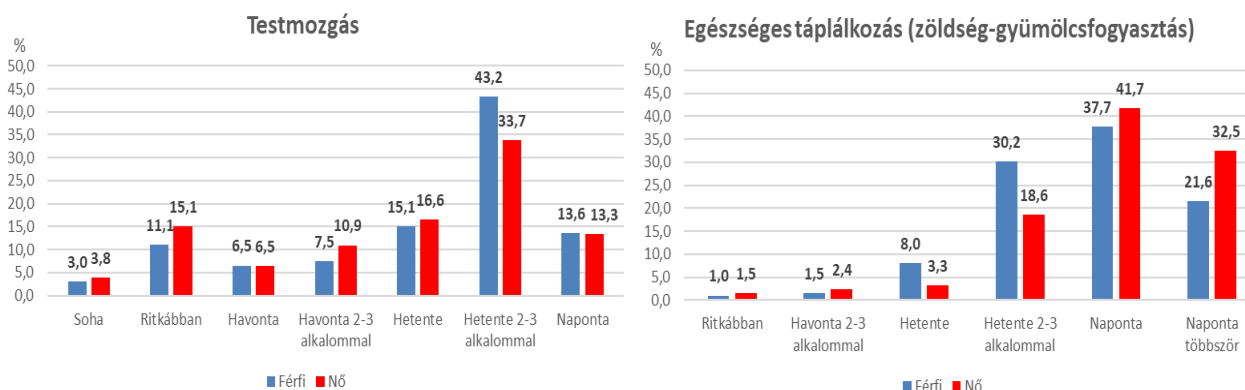
Legtöbben, a megkérdezettek 28,5%-a válaszolta, hogy a havi rendszerességtől ritkábban fogyaszt alkoholt, ám ebben a kategóriában a nők erősen felülreprezentáltak voltak, míg a rendszeres alkoholfogyasztás leginkább a férfiakra jellemző. A dohányzás tekintetében azt az eredményt kaptam, hogy a megkérdezettek 76,9%-a nem dohányzik – 56,9%-uk soha nem dohányzott, 19%-uk pedig már leszokott a dohányzásról. A nők többségben vannak a soha nem dohányzók között, míg a leszokottak között a férfiak felülreprezentáltak. A dohányzók esetében nincs jelentős különbség a férfiak és nők között. A káros szenvedélyekkel kapcsolatos eredményeket összehasonlítva az OECD irodalmi áttekintésben bemutatott adataival azt a következtetést lehet levonni, hogy a mintában szereplők kisebb arányban élnek káros szenvedéllyel, ami lehet annak a következménye, hogy a felmérés nem reprezentatív, illetve az önbevallás is torzíthat valamennyit az adatokon. A részletes eredményeket nemek szerinti bontásban a 56. ábra mutatja.



56. ábra: Káros szenvedélyek nemek szerint (%)

Forrás: saját szerkesztés

A fizikai egészségük megóvása érdekében a válaszadók fele (50,6%) végez legalább hetente 2-3 alkalommal valamilyen sporttevékenységet, míg a legalább napi szintű zöldség-és gyümölcsfogyasztás 68,7%-ukra jellemző. Az irodalmi áttekintésben ismertetett WHO ajánlást, miszerint naponta többször kellene zöldséget és gyümölcsöt fogyasztanunk, a megkérdezettek 28,5%-a tartja be. Nemek szerinti bontásban már jobban látszanak az eltérések, a nők jellemzően inkább az egészséges táplálkozáson keresztül, míg a férfiak a rendszeres testmozgás segítségével próbálják megőrizni fizikai egészségüket (57. ábra). A prevenció jelentőségét mindkét nem fontosnak tartja, azonban míg a férfiak többségében csak a kötelező szűrésekre mennek el (49,2%), addig a nők jelentős része az ajánlott szűréseken is részt vesz (53,6%).

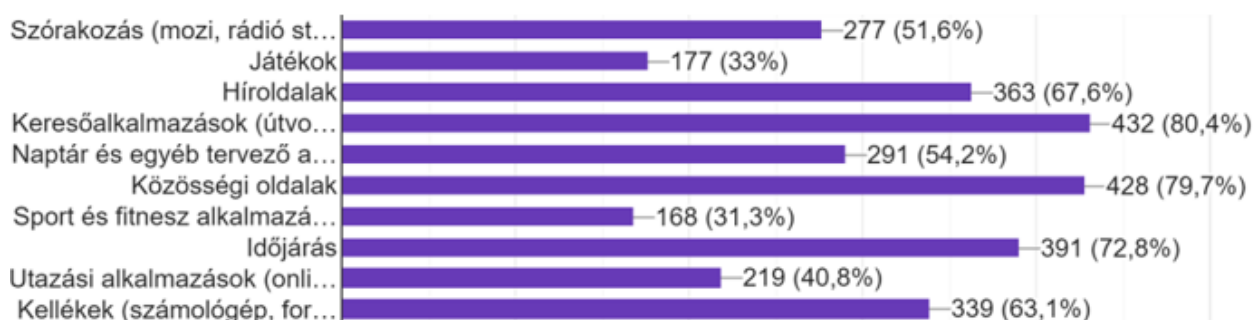


57. ábra: Fizikai egészség megőrzése nemek szerint (%)

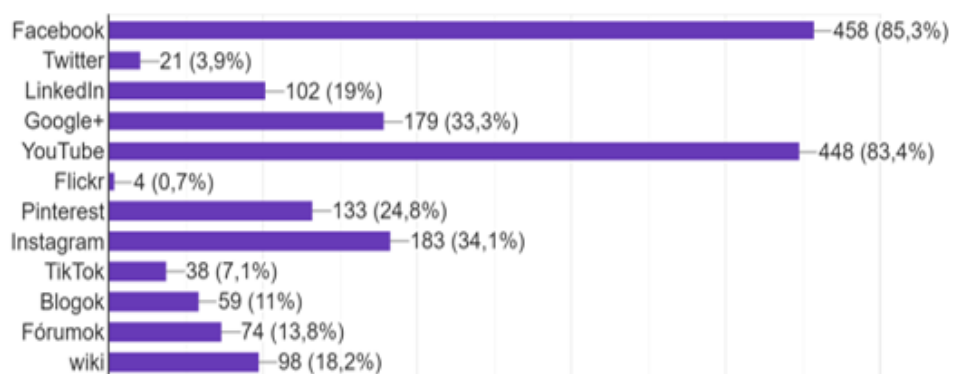
Forrás: saját szerkesztés

Rátérve a közösségi média használati szokásokra, fontosnak tartom megismételni, hogy a válaszadók többsége a 30-as és 40-es éveiben jár, jellemzően használják a közösségi médiát, azonban a napi használatuk saját bevallásuk alapján többségében nem haladja meg az 1-2 órát. A válaszadók 43%-a kevesebb, mint egy órát, 40%-uk pedig 1-2 órát tölt el egy átlagos nap a közösségi portálokon, ami valószínűleg a célzott tartalomfogyasztásnak köszönhető. A kérdőívben megkérdeztem azt is, hogy milyen típusú applikációkat, és mely közösségi média oldalakat, portálokat használják a legszívesebben. Ezekben az esetekben több válasz megjelölése is lehetséges volt. A kérdésekre adott leggyakoribb válaszokat a 58. ábra szemlélteti. Az eredmények alapján a különböző keresőalkalmazások után a közösségi oldalak voltak a legnépszerűbbek a megkérdezettek körében, ezek közül is leginkább a Facebook, Youtube és Instagram használata, mely összecseng a közösségi média képességvizsgálatának eredményeivel is. A megkérdezettek leginkább a szöveges tartalmat (56,6%), a fotókat szöveggel (63,1%) és a videókat (52,1%) részesítik előnyben, ha az egészséges életmóddal kapcsolatban információt gyűjtenek, de népszerűek még körükben az interaktív alkalmazások (13,4%), a különböző események (15,5%) és a podcastok (9,5%) is. Az eredmények megerősítik a közösségi média képességvizsgálata és közösségi oldalak SWOT analízise alapján levont következtetésem, miszerint a közösségi média alkalmazások alkalmas eszköznek tekinthetők az információk hatékony átadására.

Milyen típusú applikációkat, oldalakat használ a digitális eszközein (laptop, számítógép, tablet, okostelefon)?



Az alábbiak közül mely közösségi média alkalmazásokat, portálokat használja rendszeresen?



58. ábra: Alkalmazások és közösségi oldalak használata

Forrás: saját szerkesztés

5.5.2. Igazoló faktoranalízis

A kérdőív jelen részének elemzéséhez, a modell validálása érdekében faktoranalízist végeztem. A módszer lehetővé teszi azt is, hogy megbizonyosodjunk róla, hogy azok a változók, amelyeket közös dimenzióba tartozónak feltételeztünk, valóban összetartoznak-e, ennek következtében a faktoranalízis segítségével beazonosítottam, ellenőriztem a faktorba tartozó indikátorok összetartozását. Az elemzett konstrukciók faktor struktúra érvényességének vizsgálatára és

igazolására az SPSS statisztikai programcsomag 26-os verzióját használtam. A párhuzamosan elvégzett és előzetes elemzések segítségével megállapítottam a faktoranalízisben figyelembe venni kívánt faktorok számát, mely alapján 5 faktort használtam fel az elemzésben.

A faktoranalízis elvégzését megelőzően, a módszer alkalmazhatóságát KMO és Bartlett-teszt segítségével igazoltam. Előzetes korreláció vizsgálattal (Kaiser-Meyer-Olkin kritérium, KMO teszt) az összes változóra egyidejűleg szignifikáns kapcsolat fennállása szükséges ahhoz, hogy a faktoranalízis elvégezhető legyen. Az előzetes tesztek eredményei (KMO=0,746 (megfelelő), Bartlett: a korrelációs mátrix szignifikánsan különbözik az egységmátrixtól, $p < 0,01$ szignifikancia szint mellett) is megerősítenek abban, hogy a faktoranalízis elvégezhető (13. táblázat).

13. táblázat: KMO és Bartlett teszt eredményei

Kaiser-Meyer-Olkin Minta Megfelelőség Mérése		0,746
Bartlett teszt eredménye	khi-négyzet értéke	2604,737
	Szabadságfok	105
	Szignifikancia	0,000

Forrás: saját szerkesztés

A faktoranalízis elvégzésének módszereként a főkomponens elemzést alkalmaztam varimax rotálással. Az adatok alkalmasságának vizsgálatához az anti-image korrelációs mátrix adatait ellenőriztem (11. melléklet), és mivel az átlón lévő értékek minden esetben meghaladták a 0,50-et (értékek: 0,537-0,854), ezért ebben az esetben nem távolítottam el a változók közül egyiket sem a végső elemzéshez. A főkomponens analízis eredményeképp összesen 5 főkomponens került beazonosításra, a varimax rotált komponens mátrix adatait a 14. táblázat tartalmazza. A változók leíró statisztikáját a 11. melléklet tartalmazza.

14. táblázat: A válaszadók egészségtudatos magatartásról alkotott véleményének dimenziói

	Főkomponens				
	1	2	3	4	5
12/2. Könnyen hozzájuthatok hasznos és megbízható információhoz a közösségi média alkalmazásokon keresztül az egészségtudatossággal kapcsolatban	,884	,084	-,033	,041	-,016
12/4. A közösségi média nyújtja a legfrissebb információkat az egészséges életmódról.	,849	,068	-,047	,067	,036
12/1. Rendszeresen használom a közösségi média alkalmazásokat arra, hogy az információhoz jussak az egészséges életmóddal kapcsolatban.	,835	,146	,021	,104	-,065
12/3. A közösségi média alkalmas eszköz arra, hogy ösztönözze az egészségtudatos magatartást (sportos életmód, egészséges táplálkozás, szűrővizsgálatok, stb.)	,832	,050	,149	,051	,002
2/4. Mennyire fontosak Önnek az egészsége szempontjából az alábbiak? - stresszkezelés, meditáció	,103	,767	,046	,079	,014
2/3. Mennyire fontosak Önnek az egészsége szempontjából az alábbiak? - megbecsülés	,132	,718	-,024	,205	-,065
2/2. Mennyire fontosak Önnek az egészsége szempontjából az alábbiak? - egészséges táplálkozás	,108	,581	,807	,155	-,208

5. Milyen rendszeresen mozog, végez valamilyen sporttevékenységet?	,025	,111	,776	-,127	,166
2/1. Mennyire fontosak Önnek az egészsége szempontjából az alábbiak? - rendszeres testmozgás	,037	,559	,643	-,057	-,008
6. Milyen gyakran fogyaszt zöldséget és gyümölcsöt?	,005	-,117	,620	,201	-,187
2/5. Mennyire fontosak Önnek az egészsége szempontjából az alábbiak? - szűrővizsgálatok	,076	,389	-,052	,779	-,017
7. Milyen gyakran jár szűrővizsgálatokra?	,075	-,145	,277	,776	-,064
2/6. Mennyire fontosak Önnek az egészsége szempontjából az alábbiak? - biztosítás	,127	,337	-,174	,664	,122
3.Ön dohányzik?	,001	,092	-,295	,051	,718
4. Milyen gyakran fogyaszt alkoholt?	-,034	-,255	,281	-,030	,708
Értékek	3,74	2,23	1,76	1,23	1,10
Proportion variancia	24,92	14,83	11,76	8,17	7,36
Kumulatív variancia	24,92	39,75	51,51	59,67	67,03

Forrás: saját szerkesztés

A komponensek által magyarázott teljes varianciahányad 67,03%, amelyből az első komponens 24,92%-ot, a második komponens 14,83%-ot, a harmadik komponens 11,76%-ot, a negyedik komponens 8,17%-ot, az ötödik komponens 7,36%-ot magyaráz. A kumulatív variancia 0,50 felett biztosítja, hogy a faktor indikátorok legalább 50%-ban magyarázzák a faktorok varianciáját, ezért a 67,03%-os érték kifejezetten jónak számít.

A megkérdezett fogyasztók számára az egészségtudatos magatartás 5 dimenzió mentén valósulhat meg:

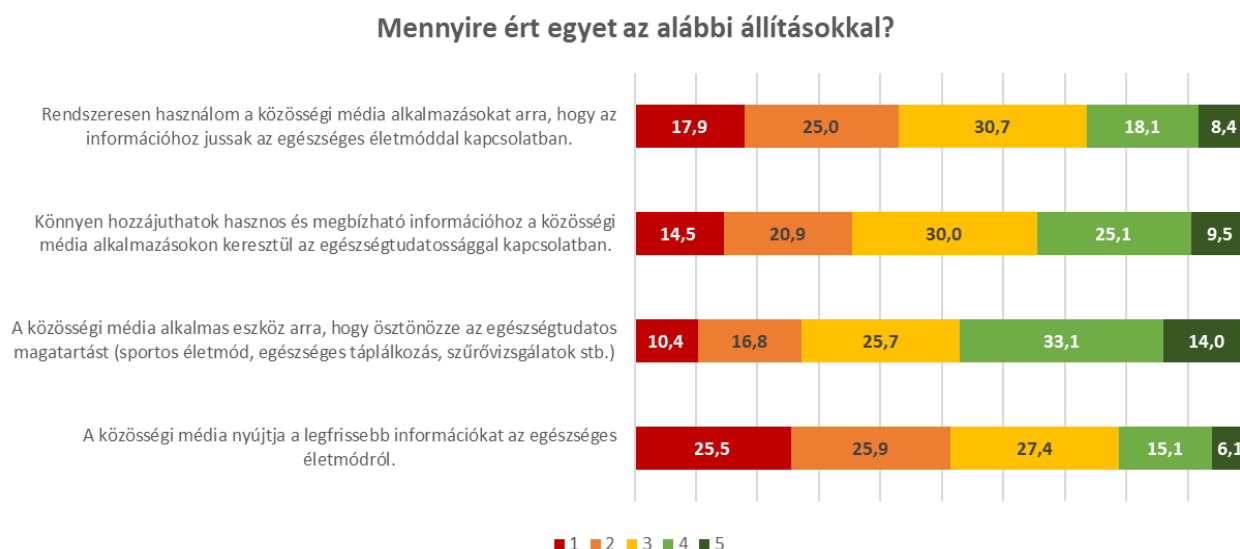
1. faktor: **közösségi média faktor**, mely tartalmaz minden olyan indikátort, amely a közösségi média egészségtudatos magatartás fejlesztésére szolgáló használatát méri
2. faktor: **mentális és lelki egészség faktor**, mely a stresszmentes életmódot, illetve a megfelelő stresszkezelést, a meditáció fontosságát, és a megbecsülést foglalja magában
3. faktor: **fizikai egészség faktor**, amely az egészséges táplálkozáshoz, zöldség-és gyümölcsfogyasztáshoz, valamint a rendszeres testmozgáshoz való viszonyulást méri
4. faktor: **prevenció faktor**, mely a szűrővizsgálatokat és a pénzügyi biztonságot is erősítő biztosítás tényezőt tartalmazza
5. faktor: **káros szenvedélyek faktor**, melyben a leggyakoribb egészséget károsító szenvedélyek, a dohányzás és alkoholfogyasztás található

A 2-5. főkomponenseket életmóddal összefüggő faktoroknak, vagy életmód faktoroknak nevezem.

5.4.3. A közösségi média egészséggel kapcsolatos használatára való nyitottság vizsgálata

A közösségi média egészségmegőrzéssel, betegségmegelőzéssel kapcsolatos használatához való viszonyulás felmérését 4 kérdés segítségével végeztem (közösségi média faktor), mely kérdésekre ötfokozatú Likert skála segítségével válaszolhattak a megkérdezettek aszerint, hogy mennyiben értenek egyet az egyes állításokkal (1=nagyon nem értek egyet, %=erősen egyetértek). Az állítások a rendszeres használatra, a megbízhatóságra, az ösztönző erőre és a naprakészségre vonatkoztak. Az elemzés további részében az első kérdésre (rendszeres használat) adott válaszok alapján megalkottam a nyitottság változót – azt tekintettem nyitottnak, aki erre a kérdésre legalább 3-as

értékkel válaszolt, az 1 és 2 értékekkel válaszoló megkérdezetteket elutasítónak vettem. Fontos volt, hogy ne csak úgy gondolja, hogy ösztönző lehet a közösségi média, hanem potenciálisan használója is legyen ilyen célból. Ennek alapján a megkérdezettek 57%-a (307 fő) nyitottnak, 43%-a (230 fő) elutasítónak minősül, ami nagy potenciális piacot jelent, vagyis nagy lehetőségeket rejt magában a közösségi média ilyen célból történő használata. A megbízhatóságról a válaszadók 34,6%-a vélekedett inkább pozitívan, míg 35,4%-a inkább negatívan, ami megerősíti a SWOT elemzés eredményét a megbízhatósági aggályokkal kapcsolatban. Ezt tovább erősítheti az a tény, hogy a megkérdezettek több mint fele nem gondolja úgy, hogy a közösségi médián keresztül kaphatja a legfrissebb információkat az egészséggel kapcsolatban. A közösségi média faktor indikátoraira adott válaszokat az 59. ábra foglalja össze.



59. ábra: Közöségi média használatra való nyitottság (%)

Forrás: saját szerkesztés

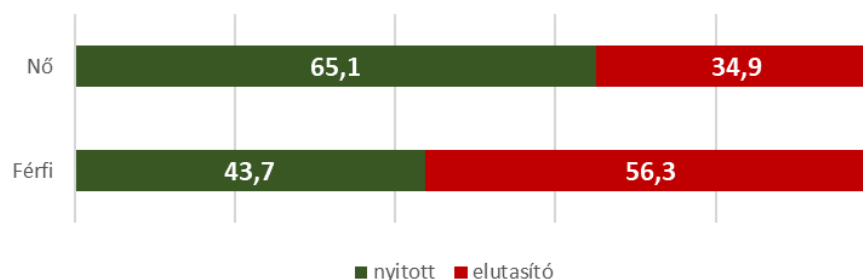
A nyitottsághoz kapcsolódó hipotézisem vizsgálatához egyrészt az életmódfaktorok, másrészt a szocio-demográfiai tényezők mentén vizsgáltam az összefüggéseket.

Nyitottság a szoci-demográfiai tényezők mentén

Szocio-demográfiai tényezőkként a megkérdezettek neme, életkora, iskolai végzettsége, lakhelye (település típusa), jövedelmi szintje és a foglalkozáshoz kötődő ágazat szerepeltek az elemzésben. Elsőként megnéztem, hogy a különböző demográfiai tényezők mentén van-e szignifikáns kapcsolat a szocio-demográfiai jellemzők és a nyitottság között. A vizsgálathoz keresztábra elemzéseket végeztem, ahol az egyik dimenzió egy adott demográfiai tényező volt, a másik dimenzió pedig a nyitottak és elutasítók csoportja.

Az eredmények alapján megállapítom, hogy a válaszadó életkora nem befolyásolja a közösségi média egészségfejlesztéssel kapcsolatos használatára vonatkozó nyitottságot, nem volt szignifikáns összefüggés a változók között ($p=0,771$). A megkérdezettek válaszai alapján a 18-29 évesek 60,3%-a, a 30-39 évesek szintén 60,3%-a, a 40-49 évesek 55,2%-a, az 50-59 évesek 53,4%-a, a 60 éves vagy idősebb válaszadók 54,2%-a nyitott, vagyis a nyitottság minden életkorban felülreprezentált.

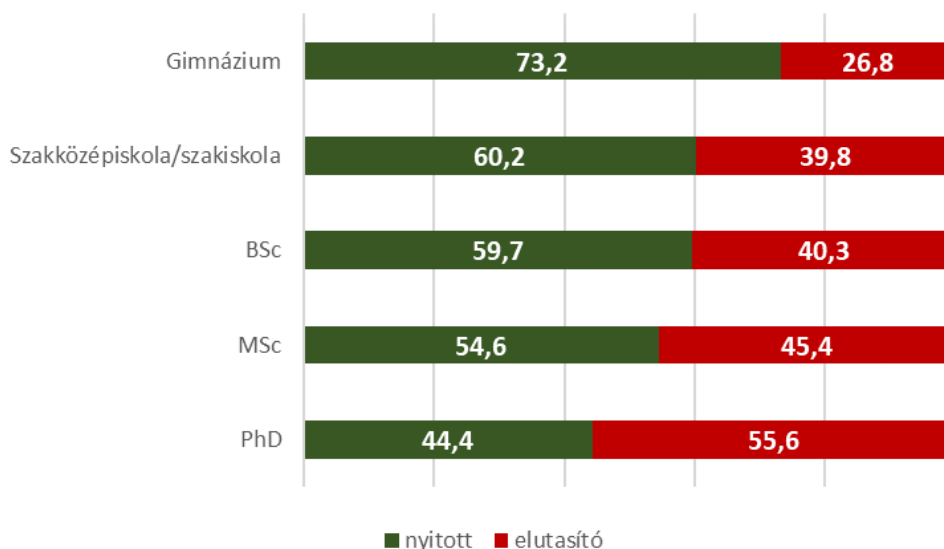
A nem és a nyitottság összefüggésének vizsgálata alapján megállapítottam, hogy a válaszadó neme befolyásolja a közösségi média egészségfejlesztéssel kapcsolatos használatára vonatkozó nyitottságot, a kapcsolat szignifikáns, de gyenge ($p<0,01$ mellett Cramer's $V=0,209$). Ennek alapján kijelenthető, hogy a nők nyitottabbak a közösségi média egészségüket fejlesztő célú használatára, mint a férfiak (60. ábra).



60. ábra: Nem és nyitottság közötti kapcsolat (%)

Forrás: saját szerkesztés

A legmagasabb iskolai végzettség és a nyitottság összefüggésének vizsgálata alapján megállapítottam, hogy a válaszadó végzettsége szignifikánsan befolyásolja a közösségi média egészségfejlesztéssel kapcsolatos használatára vonatkozó nyitottságot, de gyenge a kapcsolat ($p < 0,05$ mellett Cramer's $V = 0,153$). Mivel az általános iskolai válaszadók száma csupán 3 fő volt, ezért a torzítás miatt a következtetések levonásához nem vettem számításba. Az eredmények alapján kijelenthető, hogy minél magasabb valakinek az iskolai végzettsége, annál kevésbé nyitott a közösségi média egészségtudatosságot növelő használatára (61. ábra).



61. ábra: Iskolai végzettség és nyitottság közötti kapcsolat (%)

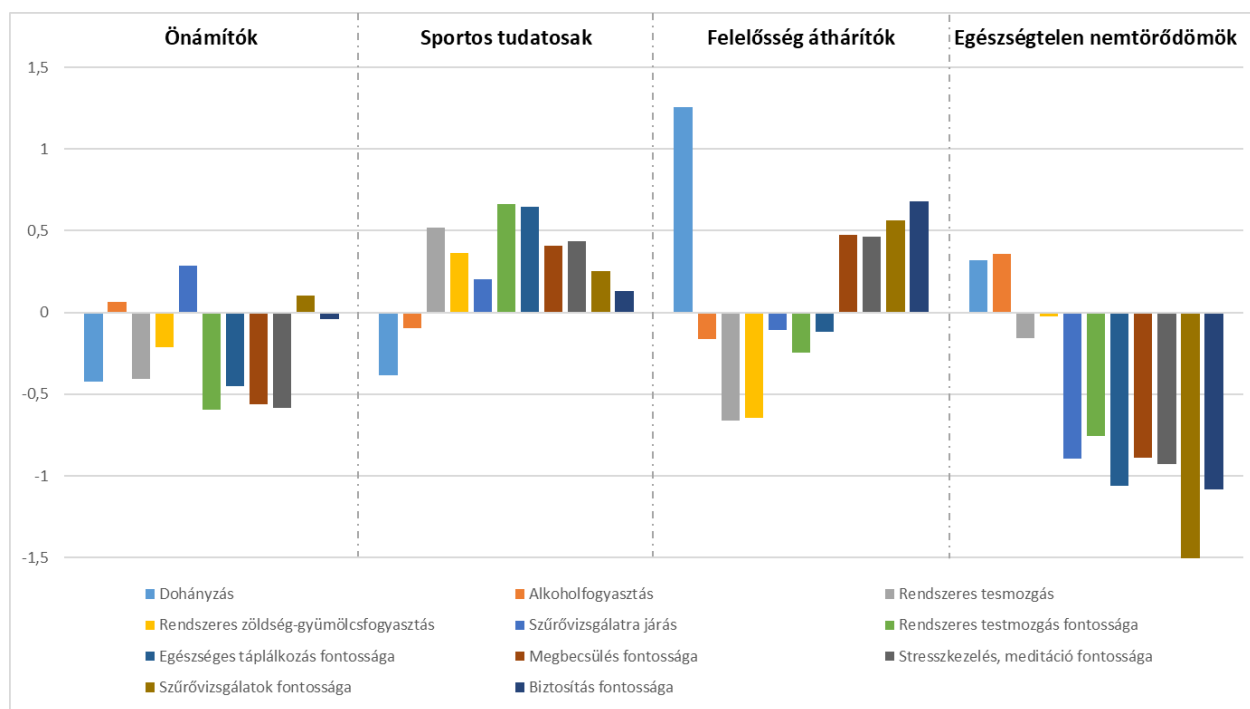
Forrás: saját szerkesztés

A lakóhely típusa és a nyitottság összefüggésének vizsgálata alapján azt a megállapítást tettem, hogy a lakóhely típusa nincs befolyással arra, hogy valaki használja-e egészségmegőrzési célzattal a közösségi médiát, a kapcsolat nem szignifikáns ($p = 0,55$). Legmagasabb arányban a vidéki nagyvárosban lakók (66,4%) nyitottak, őket követik a vidéki kisvárosban élők (63,6%), majd a budapestiek (53,4%) és a falusiak (51%).

A család egy főre eső jövedelme és a nyitottság között szintén nem találtam szignifikáns kapcsolatot ($p = 0,127$), mint ahogyan az ágazat és nyitottság között sem ($p = 0,093$). Az átlagosnál sokkal alacsonyabb jövedelemmel rendelkező válaszadók körében voltak a legnagyobb arányban az elutasítók (80%), míg az átlagos jövedelemmel rendelkezők esetében voltak legnagyobb arányban a nyitottak (62%).

5.4.4. A klaszteranalízis eredményei

A heterogén sokaságon belül homogén, az egészségtudatosság és egészséges életmód kérdésében hasonlóan gondolkodó fogyasztói csoportok azonosítására használt statisztikai elemzési módszerem a klaszterelemzés volt. A főkomponensek meghatározását követően, a válaszok átlagtól való pozitív vagy negatív eltérései jelzik az adott csoport vélekedését az egyes indikátorokkal szemben. A klaszterelemzéshez az életmód faktorokban található indikátorok standardizált verzióját használtam, hiszen nem csupán az egyes faktorokkal szembeni vélekedésre voltam kíváncsi, hanem a faktorokon belül az indikátorokra is. Feltételezésem szerint ugyanis például a káros szenvedélyekkel szembeni vélekedés torzulhat az által, hogy valaki az alkoholfogyasztást vagy dohányzást kerüli, viszont a másik szenvedély tartósan jelen van a mindennapjaiban. Tekintve, hogy a közösségi médiára való nyitottság közötti kapcsolatot keresztábla elemzéssel vizsgáltam. A klaszteranalízis részletes eredményeit a 11. melléklet tartalmazza. A kialakuló klasztereket és az egyes indikátorok szerinti átlagtól való eltéréseket, vagyis az egyes klaszterek jellemző tulajdonságait a 62. ábra illusztrálja.



62. ábra: A kialakult klaszterek jellemzői

Forrás: saját szerkesztés

A klaszterelemzés eredményeként négy fogyasztói csoportot tudtam elkülöníteni:

1. **Az önámítók:** a fogyasztói csoportot dohányzás tekintetében átlag alatti értékekkel rendelkezik, vagyis az átlagoshoz képest kevesebbet dohányoznak az ebbe a csoportba tartozók. Mindemellett szükségesnek és fontosnak tartják a szűrővizsgálatokat, ebben az átlagon felüli eredményekkel rendelkeznek. A biztosítás és alkoholfogyasztás tekintetében nem nagy az eltérés az átlaghoz képest, ugyanakkor a többi életmód faktorindikátor esetében átlag alatti értékekkel rendelkeznek, vagyis kevésbé táplálkoznak egészségesen, és sem a rendszeres testmozgást, sem a mentális és lelki egészség megóvását tartják szükségszerűnek. Következésképpen, azt hiszik, hogy a dohányzás kerülésével és a szűrővizsgálatok látogatásával mindent megtesznek az egészségük megóvása érdekében,

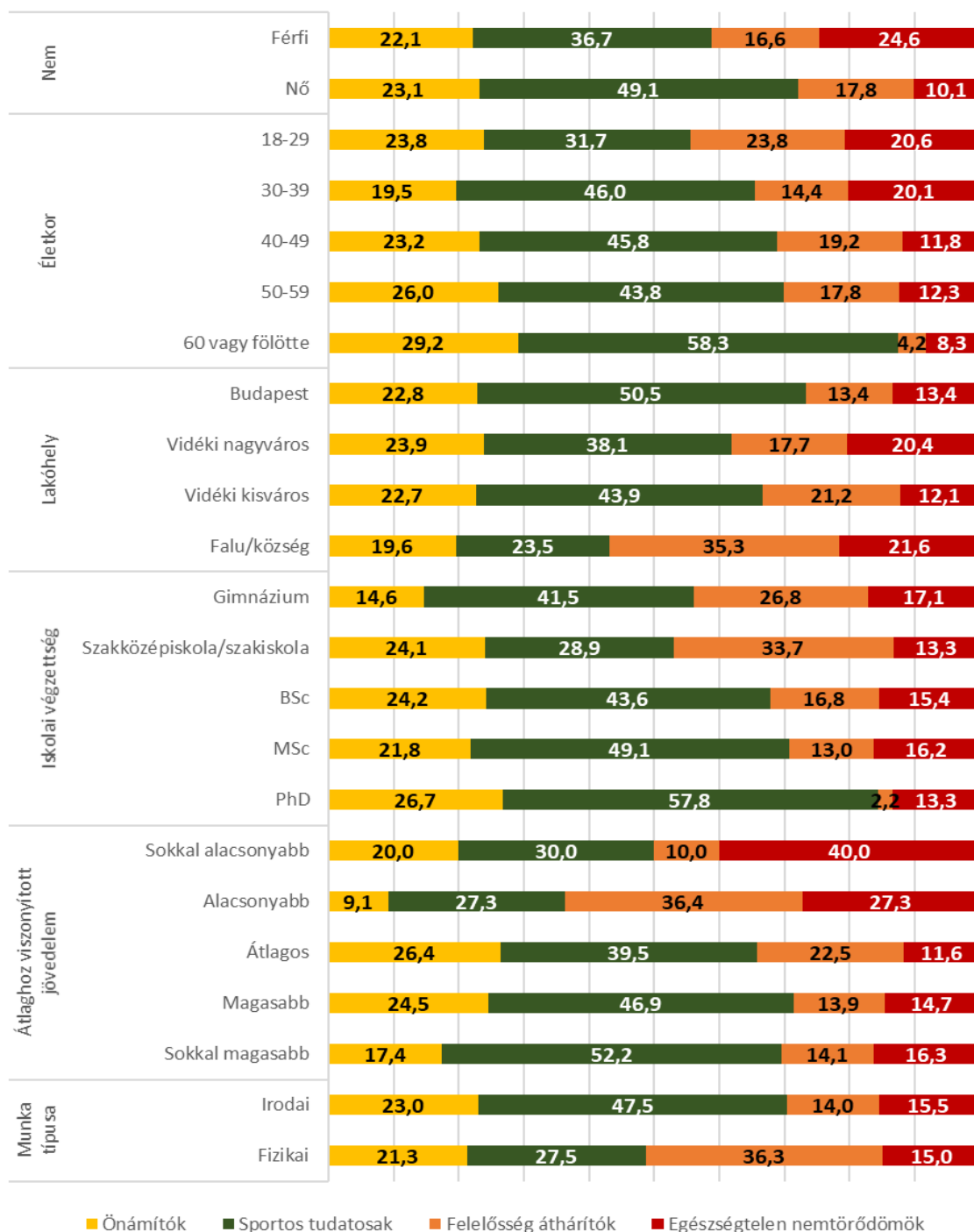
ugyanakkor az egészségtelen életmódjukon, szokásaik nem változtatnak. Ebbe a csoportba a klaszterek kialakítását követően a minta 22,7%-a, vagyis 122 fő került (n=122).

2. **A sportos tudatosak:** ezt a fogyasztói csoportot minden szempontból egészségtudatosnak lehet nevezni, hiszen jellemzően nem dohányoznak, kerülnek a túlzott alkoholfogyasztást, mindemellett életükben átlagosnál magasabb szerepet kap az egészséges táplálkozás, a rendszeres testmozgás, a szűrővizsgálatok rendszeres látogatása, illetve törődnek mentális és lelki egészségükkel is. Ezek az életmód faktorindikátorokat az átlagos fontosabbak a csoportba tartozók mindennapi életében. Ebbe a csoportba tartoznak a legtöbben, a megkérdezett 537 főből 239-en (n=239), ami a minta 44,5%-a.
3. **A felelősség áthárítók:** ebbe a fogyasztói csoportba azok tartoznak, akik jellemzően kívülről várják a megoldást, jelen esetben az egészségük javulását, ők maguk a szokásaikon keresztül szinte semmit nem tesznek azért, hogy egészségesek maradjanak. Az átlagostól sokkal nagyobb mértékben jellemző rájuk a dohányzás, az összes csoport közül az ide tartozók a legerősebb dohányosok. A rendszeres testmozgás nem része a mindennapjaiknak, és jellemzően nem is tartják fontosnak, ahogyan az egészséges táplálkozást sem. A „kívülről jövő” megbecsülést, elismerést és a stresszkezelést ugyanakkor fontosnak tartják, ahogyan a szűrővizsgálatokat és az egészségbiztosítás meglétét is. Ezzel szemben, a szűrővizsgálatok rendszeres látogatása az átlagtól alacsonyabb értékkel rendelkezik, azonban, ha történik velük valami, akkor várják a külső segítséget (biztosítás). A csoportba tartozók száma: n=93, ami a minta 17,3%-át jelenti.
4. **Az egészségtelen nemtörődömök:** ez a fogyasztói csoport a sportos tudatosak csoportjának teljesen az ellentéte, a csoport tagjai egyáltalán nem foglalkoznak az egészségmegőrzéssel és betegségmegelőzéssel, semmilyen formában nem élnek egészségtudatos életet. A csoport tagjait jellemzi a rendszeres dohányzás és alkoholfogyasztás, és nem foglalkoznak sem a prevencióval, sem a fizikai, sem a szellemi vagy lelki egészségükkel. Az összes egészséges életmód faktorindikátor szerint az átlagtól alacsonyabb értékekkel rendelkeznek. Egészségtelen életmódjukon nem is terveznek változtatni, az egészség különböző dimenzióinak egyikét sem tartják fontosnak. A négy klaszter közül ebbe a csoportba tartoznak a legkevésbé, a minta 15,5%-a, vagyis 83 fő (n=83).

A négy eltérő attitűd jelzi, hogy a megkérdezettek mennyire megoszlottak az egészségtudatosság fontosságában, az egészséges életmód dimenzióinak megítélésében. A továbbiakban az egyes csoportok szocio-demográfiai adatokkal való összevetése révén vizsgálom meg, van-e olyan tényező, ami befolyásolhatja a vélemények ilyen változatos alakulását, vagyis szerepet játszhat-e az egészséges életmódhoz való viszonyulásban, abban, hogy melyik fogyasztói csoportban van valaki. Mindemellett megvizsgálom azt is, hogy van-e összefüggés a csoportba való kerülés, ezáltal az életmód faktorok és a közösségi média használatára való nyitottság között. Végezetül a fogyasztói csoportok profilját megvizsgálva feltárom az egyes csoportok demográfiai jellemzőit.

A klaszterek nemek szerinti reprezentáltsága terén szignifikáns, gyenge kapcsolat igazolható ($p < 0,001$ mellett Cramer's $V = 0,201$) a klaszterek, illetve nemek között. A nők és férfiak is erősítik a sportos tudatosak táborát, azonban a nők nagyobb arányban vannak a sportos tudatosak között. Az eredmények alapján azt a következtetést lehet levonni, hogy a nők nagyobb eséllyel egészségtudatosak, mint a férfiak. Életkorok tekintetében nem lehet megállapítani szignifikáns kapcsolatot ($p = 0,154$), bár az egészségtelen nemtörődömök csoportjába a kor előrehaladtával egyre kisebb arányban tartoznak a megkérdezettek. A lakhely (településtípus) és a fogyasztói csoportok kapcsolatát vizsgálva megállapítható, hogy szignifikáns, gyenge kapcsolat van a változók között ($p < 0,001$ mellett Cramer's $V = 0,127$). A budapesti és vidéki kisvárosban élők nagyobb arányban egészségtudatosak, míg a falusiak jellemzően egészségtelen életmódot folytatnak. A legmagasabb iskolai végzettség és eltérő életmódok között szignifikáns, bár gyenge kapcsolat áll fenn, vagyis az iskolai végzettség befolyásolja azt, melyik fogyasztói csoportba tartozik a fogyasztó ($p < 0,01$ mellett Cramer's $V = 0,146$). Az általános iskolát ebben az esetben

szintén nem ábrázolom külön a kis elemszám miatt. A legmagasabb arányban a diplomások egészségtudatosak (PhD fokozattal rendelkezők: 57,8%, MSc: 49,1%, BSc: 43,6%). Ez valószínűleg összefüggésben áll a jövedelmi szintekkel is, mely alapján szintén szignifikáns, gyenge kapcsolatot találtam ($p < 0,01$ mellett Cramer's V= 0,136), vagyis minél magasabb a fogyasztó jövedelme, annál egészségtudatosabb. Az ágazat és klaszterek vonatkozásában a kapcsolat szignifikáns, de gyenge ($p < 0,05$ mellett Cramer's V= 0,217). A foglalkozás mellett a végzett munka típusa is szignifikánsan befolyásolja a csoportszintű hovatartozást, a szellemi munkát végzők nagyobb arányban egészségtudatosak, mint fizikai munkát végző társaik; a kapcsolat gyenge ($p < 0,001$ mellett Cramer's V= 0,219). A részletes eredményeket a 63. ábra mutatja.

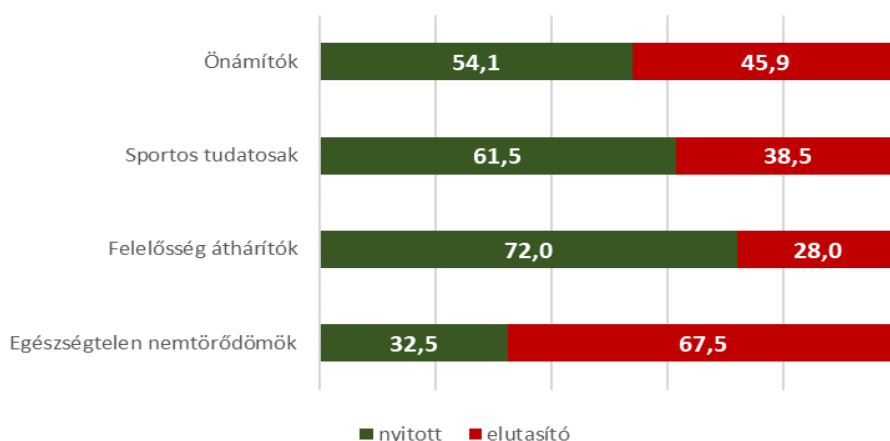


63. ábra: A főbb demográfiai jellemzők és fogyasztói csoportok közötti kapcsolat (%)
 Forrás: saját szerkesztés

A keresztábra elemzéseket és az egyes csoportok összevetését követően a következő klaszterprofilok körvonalazódtak (a részletes adatok a 11. mellékletben találhatóak):

1. klaszter – az önámítók (n=122; 22,7%): a csoportba jellemzően a fiatal középkorú nők tartoznak, akik azt gondolják, hogy a dohányzásmentes életmódon és a szűrővizsgálatok rendszeres látogatásán kívül nem kell mást tenniük az egészségük megőrzése érdekében. A csoportba legnagyobb arányban a vidéki nagyvárosban élők kerülnek, ugyanakkor sok közöttük a diplomás is. Átlagos vagy magasabb jövedelemmel rendelkeznek, és inkább irodai munkát végeznek (az irodai munkavégzés, a női nem és a budapesti lakhely a teljes mintán felülreprezentált).
2. klaszter – a sportos tudatosak (n=239; 44,5%): a csoport tagjai jellemzően nők, és emellett a nagyvárosi, magas jövedelemmel rendelkező értelmiségiek találhatók meg a csoportban. A szellemi munkát végzők aránya ebben a csoportban a legnagyobb, ami nagy valószínűséggel összefüggésben van a magas iskolai végzettséggel.
3. klaszter – a felelősség áthárítók (n=93; 17,3%): a csoportba jellemzően a 40-es éveikben járók tartoznak, itt a legmagasabb a fizikai munkát végzők, a faluban vagy községben élők és az átlagnál alacsonyabb jövedelműek aránya, mindemellett a csoport tagjainak több mint 40%-a nem rendelkezik felsőfokú végzettséggel.
4. klaszter – egészségtelen nemtörődömök (n=83; 15,5%): a csoport tagjai egyértelműen a fiatal férfiak, akik jellemzően nagyvárosban élnek. Mindemellett azt is fontos kiemelni, hogy az átlagnál sokkal alacsonyabb jövedelműek jelentős aránya is ebbe a csoportba tartozik.

Az egyes klaszterek és a közösségi média egészségfejlesztéssel kapcsolatos használatára való nyitottság közötti összefüggést megvizsgálva megállapítottam, hogy szignifikáns, gyenge kapcsolat van a vizsgált változók között ($p < 0,001$ mellett Cramer's $V = 0,241$), vagyis az, hogy melyik fogyasztói csoportba tartozik a fogyasztó, ennek következtében, hogy milyen életmódot folytat, befolyással van arra, hogy mennyire lesz nyitott a közösségi média egészségét fejlesztő és egészségtudatosságot ösztönző használatára. A felelősség áthárítók a leginkább nyitottak, így az ebbe a klaszterprofilba tartozókat a legkönnyebb elérni az egészségtudatosságot fokozni kívánó üzenetekkel. A leginkább elutasítók az egészségtelen nemtörődömök, akik a közösségi médián keresztül sem lennének nyitottak arra, hogy változtassanak egészségtelen életmódjukon (64. ábra). Az eredmények alátámasztják, hogy van potenciál a közösségi média ilyen célú használatában, csak jól kell targetálni, meg kell találni az affinis célközönséget.



64. ábra: A fogyasztói csoportok és a nyitottság kapcsolata (%)

Forrás: saját szerkesztés

H3 A szocio-demográfiai tényezők befolyásolják az egészségtudatos fogyasztói magatartás közösségi médián keresztüli növelésének lehetőségét a nyitottságon keresztül.

A keresztábra elemzések eredményei alapján a szocio-demográfiai tényezők közül a nem és a lakhely típusa esetében lehetett megállapítani szignifikáns kapcsolatot a nyitottság tekintetében, melyek közül a válaszadó neme volt nagyobb hatással a nyitottságra. A többi demográfia tényező és a közösségi média egészségcélú használatára való nyitottság között nincs szignifikáns összefüggés. Ennek következtében a H3 hipotézist részben tudom elfogadni.

H4 A jelenlegi életmódhoz kapcsolódó faktorok jobban befolyásolják a nyitottságot a közösségi média egészségtudatosságot építő használatára, mint a szocio-demográfiai tényezők.

A klaszteranalízis következtében létrejött fogyasztói csoportok eltérő életmódprofillal rendelkeztek, ezáltal a klaszterek és a közösségi média egészségcélú használatára való nyitottság kapcsolatát vizsgáltam. Az eredmények alapján az életmód faktorok a klasztereken keresztül szignifikáns összefüggést mutattak a nyitottsággal, mely kapcsolat erősebb volt a szocio-demográfiai tényezők esetében tapasztaltakkal. A főkomponens analízis, klaszterelemzés és keresztábra elemzések eredményeképp a H4 hipotézist bizonyítottnak tekintem.

H5 A közösségi média alkalmazásokat használók között meghatározhatók olyan homogén csoportok, melyek alkalmasak arra, hogy a válaszadókat jellemezni lehessen fogyasztói attitűdjük alapján.

A klaszteranalízis során négy különböző életmód profillal rendelkező fogyasztói csoportot azonosítottam be: az önámítók, sportos tudatosak, felelősség áthárítók és egészségtelen nemtörődömök csoportját. Az eredmények alapján a H5 hipotézis bizonyított.

5.6. PLS-SEM elemzés eredményei

Ahogy azt már az „Anyag és módszer” fejezetben részletesen kifejtettem, az egészséggel kapcsolatos munkavállalói juttatások munkavállalói jóllétre, elégedettségre és hűségre gyakorolt hatásának vizsgálatára a PLS-SEM módszert választottam és alkalmaztam. Mivel a kérdőíves felmérés mindkét modellemhez kapcsolódó kérdéseket tartalmazta, ezért a demográfiai jellemzők vizsgálatát, a minta bemutatását, és a kapcsolódó leíró statisztikát már korábban ismertettem. A PLS-SEM elemzés eredményeit a módszertani fejezetben felvázolt konceptuális keretmodell alapján mutatom be az alábbi sorrendben:

- A modellben szereplő faktorok és faktorindikátorok
- Konstruktóerővényesség
- PLS-SEM modell eredményei, külön ismertetve a külső és belső modell értékelését

5.6.1. A modellben szereplő faktorok és indikátorok

A belső, strukturális modellben található faktorokat két csoportba lehet sorolni a modellben betöltött szerepük alapján, vagyis aszerint, hogy exogén vagy endogén változóról beszélünk.

A faktorindikátorokkal mérhető, független, exogén változók az alábbiak:

1. faktor: fizikai egészséggel kapcsolatos munkavállalói juttatások (FE)
2. faktor: mentális egészséggel kapcsolatos munkavállalói juttatások (ME)
3. faktor: egészséges táplálkozással kapcsolatos munkavállalói juttatások (ET)
4. faktor: prevencióval kapcsolatos munkavállalói juttatások (PRE)

5. faktor: rehabilitációval kapcsolatos munkavállalói juttatások (REH)
 6. faktor: biztosítással kapcsolatos munkavállalói juttatások (BIZ)
 7. faktor: lelki egészséggel kapcsolatos munkavállalói juttatások (LE)

A függő, látens változók az alábbiak:

- 8.faktor: munkavállalói jóllét (MJ)
 9. faktor: munkavállalói elégedettség (MEL)
 10. faktor: munkavállalói hűség (MH)

A kérdőívben szereplő, korábban már bemutatott kérdések az egyes faktorok indikátoraiként szolgálnak (ezek az úgynevezett faktor itemek), melyek segítségével a különböző faktorok, látens változók mérhetők. A kérdőív ezen kutatási részhez kapcsolódó kérdéseire a válaszadók a módszertani részben leírtak szerint, egy ötfokozatú Likert skála alapján válaszoltak, ahol 1= nagyon nem értek egyet, 5= erősen egyetértek. A kérdőív teljes terjedelemben a 7. mellékletben található. A PLS-SEM kutatáshoz kapcsolódó részből a lelki egészséggel kapcsolatos kérdéseket mutatja be példaként a 65. ábra.

<u>IX. LELKI EGÉSZSÉGGEL kapcsolatos juttatásokra vonatkozó kérdések</u>						
						
44	Fontos számomra, hogy a munkáltató elősegítse a magánélet/munka egyensúlyt.	1	2	3	4	5
45	Fontosnak tartom, hogy a munkahelyemen megbecsüljék a munkámat.	1	2	3	4	5
46	Elvárom, hogy munkahelyemen ne legyen megkülönböztetés, megfélemlítés, zaklatás.	1	2	3	4	5
47	Örülök neki, ha a munkahelyem támogatja a rugalmas munkaidőt, távmunkát.	1	2	3	4	5
48	Fontos, hogy ki tudjam venni az összes szabadságomat, betegszabadságomat, és emiatt ne érjen hátrányos megkülönböztetés.	1	2	3	4	5

65. ábra: A kérdőív lelki egészséggel kapcsolatos része

Forrás: saját szerkesztés

A faktor indikátorok jelölésére az előbbi példánál maradva a lelki egészséggel kapcsolatos munkavállalói juttatásokra vonatkozó indikátorokat mutatom be az alábbi táblázatban (15. táblázat).

15. táblázat: Az indikátorok jelölése a lelki egészség faktor példáján keresztül

LE1	Fontos számomra, hogy a munkáltató elősegítse a magánélet/munka egyensúlyt.
LE2	Fontosnak tartom, hogy a munkahelyemen megbecsüljék a munkámat.
LE3	Elvárom, hogy munkahelyemen ne legyen megkülönböztetés, megfélemlítés, zaklatás.
LE4	Örülök neki, ha a munkahelyem támogatja a rugalmas munkaidőt, távmunkát.
LE5	Fontos, hogy ki tudjam venni az összes szabadságomat, betegszabadságomat, és emiatt ne érjen hátrányos megkülönböztetés.

Forrás: saját szerkesztés

Jelen kutatás keretén belül azt vizsgálom, hogy melyek azok a független változók (faktorok), amelyek hatnak a munkavállalói jóllétre és elégedettségre, illetve, hogy mi készítheti a munkavállalókat arra, hogy hűségesek maradjanak a munkáltatójukhoz. A vállalatok számára ezek a függő változók kiemelt jelentőséggel bírnak, ugyanis ezeken a tényezőkön keresztül pénzügyi és nem pénzügyi eredményességük is javulhat. Az irodalmi áttekintés szintén alátámasztotta, hogy a munkavállaló elégedettségnek és hűségnek számos rövid, közép és hosszú távú haszna van egy vállalat számára – nem csupán a fluktuációt csökkenti, és jelentős munkaerő megtartó ereje van, hanem általa nő a vállalat pozitív megítélése, javul a munkamorál és -környezet, javul a vállalat imázsa, nő a versenyképessége és termelékenysége is. Ezen túlmenően az egészséggel kapcsolatos juttatások csökkentik a hiányzások számát, és növelik a munkavállalók egyéni egészségtudatosságát.

A kutatásom során a fő szempont az volt, hogy az indikátorok segítségével feltárjam, pontosan mely juttatások (mely faktorok és indikátorok) játszhatnak szerepet a munkavállalói elégedettség kialakulásában és növelésében, és ezen keresztül a munkavállalói hűség fokozásában. Az elemzés, kutatásom eredménye ennek következtében gyakorlati jelentőséggel is bír a vállalatok menedzsmentje számára, célja, hogy támogatást nyújtson a vállalatok számára a munkavállalók hűségének kialakulásában szerepet játszó juttatások és tényezők jobb megismerésében, illetve, hogy rámutasson arra, melyek azok a kis-és középvállalati szinten is alkalmazható és bevezethető juttatások, amelyekre fókuszálva a munkavállalói elégedettség a leghatékonyabban növelhető.

A függő és független változók leíró statisztikája alapján a változókat nem volt elég két szinten értékelni, a független változókat tovább kellett vizsgálni aszerint, mely független változó mely másik változóra lehet hatással. A független és függő változók leíró statisztikáját (átlag, szórás, kurtosis, ferdeség) a 12. melléklet tartalmazza. Az előbbieket következtében a változókat három rétegben, három szinten kell értékelni - az első szinten lévő változók hatással vannak a második, majd azon keresztül a harmadik rétegre. A változók különböző szintjeit, az egyes vizsgálati rétegeket a 16. táblázat szemlélteti.

16. táblázat: A PLS-SEM elemzésben szereplő változók vizsgálati rétegei

Első réteg	Második réteg	Harmadik réteg
Biztosítás	Rehabilitáció	Munkavállalói jóllét
Prevenció	Fizikai egészség	Munkavállalói elégedettség
Egészséges táplálkozás	Lelki egészség	Munkavállalói hűség
Mentális egészség		

Forrás: saját szerkesztés

A faktorstruktúra igazolására elvégzett előzetes vizsgálataim a Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) és Bartlett-teszt voltak.

A KMO teszt 0,91-es értéke igazolta a minta megfelelőségét a faktorelemzés elvégzésére. KAISER (1974) alapján a 0,5-ös a minimum küszöbérték, azonban a szakirodalom szerint a $KMO > 0,9$ érték már kiválónak minősül (CSALLNER, 2015; MALHOTRA, 2009).

A kapcsolatot ezen kívül megerősítheti a korrelációs mátrix egységmátrixtól való szignifikáns eltérését leíró Bartlett féle szférikus próba. A Bartlett teszt (Bartlett's test for Sphericity) eredménye szintén kedvező ($\chi^2=14891,677$; sig. $p < 0,001$), ami azt jelzi, hogy a korrelációs mátrix a kutatás mátrixban nem egységmátrix, a változók az alapsokaságban nem korrelálnak. Az előzetes próbák eredményeit a 17. táblázat tartalmazza.

17. táblázat: KMO és Bartlett teszt eredménye

Kaiser-Meyer-Olkin Minta Megfelelőség Mérése		0,913
Bartlett teszt eredménye	khi-négyzet értéke	14891,677
	Szabadságfok	1128
	Szignifikancia	0,000

Forrás: saját szerkesztés

A kérdések belső konzisztenciájának mérésére a Cronbach-Alfa mutató értékeit vizsgáltam. MALHOTRA (2009) alapján a mutató értéke legalább 0,6 kell, hogy legyen a megfelelő belső konzisztencián alapuló megbízhatósághoz, azonban a HAIR et al. (2016) által meghatározott szabály szerint meg kell haladnia a 0,7-es küszöbértéket.

Ennek következtében azokat a tételeket, amelyek alacsony ($<0,7$) Cronbach Alfa értékkel szerepeltek a modellben (ET4, ME4, ME6, ME7, FE5), eltávolítottam és nem használtam fel a végső elemzésnél.

A faktorok és faktorindikátorok érvényesség vizsgálatát elvégeztem a PLS-SEM elemzést.

5.6.2. PLS-SEM eredmények, útvonalelemzés és hipotézistesztesztelés

A rendelkezésre álló adatbázis, illetve a strukturális modell komplexitásának következtében a kutatásom során a PLS-SEM módszer alkalmazása mellett döntöttem, mely ötvözi a faktoranalízis, korrelációelemzés és regresszióelemzés módszereket.

A SEM modellek elemzésére többféle statisztikai programcsomag és szoftver használható, melyek közül a SmartPLS 3.2.8 verziószámú szoftvert használtam az adatelemzésre (SmartPLS GmbH., 2019; SARSTEDT et al. 2014; SARSTEDT et al. 2011; RINGLE et al. 2013; NATHAN et al. 2019; VICTOR et al. 2019).

Az útelemzés során az egyes változópárok közötti korrelációk összetevőkre bontása történik meg. Az útdiagramon a változók közötti utak mutatják meg, hogy az egyik változótól milyen utakon juthatunk el a másik változóig.

Ezáltal értelmezhetővé és mérhetővé válnak a modellben látens változóként szereplő munkavállalói jóllét, elégedettség és hűség – pontosan meg tudjuk mondani az elemzést követően, hogy mely juttatások hatnak közvetlenül ezekre a látens változókra és milyen mértékben (mindemellett a módszer lehetőséget ad a közvetett hatások elemzésére, és az egyes változók mediátor hatásának feltérképezésére is).

A PLS-SEM elemzés eredményei a disszertációm H6 és H7 hipotéziseinek vizsgálatára szolgálnak.

A szakirodalomban az eredmények ismertetésére kétlépcsős eljárást javasolnak, mely egyrészt a külső, mérési modell, másrészt pedig a belső, strukturális modell elemzését és eredményeinek bemutatását tartalmazza (HENSELER et al., 2009; GEFEN et al., 2011; MÜNNICH és HIDEKGÚTI, 2012; NEUMANN-BODI, 2013), így a disszertációmban a kétlépcsős eljárást alkalmaztam. A külső és belső modell értékelésének lépéseit a 66. ábra szemlélteti.

I. KÜLSŐ, MÉRÉSI MODELL ÉRTÉKELÉSE

A reflektív konstrukció megbízhatóságának és érvényességének vizsgálata és értékelése:

- Indikátor megbízhatóság
- Konvergencia és diszkriminancia validitás (CR, AV, Cronbach Alfa, Fornell-Larcker kritérium)
- Multikollinearitás (VIF, HTMT)



II. BELSŐ, STRUKTURÁLIS MODELL ÉRTÉKELÉSE

- Az endogén faktorok varianciájának megmagyarázott hányada
- Magyarázó erő (R^2)
- Útegyütthetők szignifikanciájának vizsgálata
- Illeszkedésvizsgálat (GoF)
- Hatásnagyság (f^2)
- Prediktív relevancia (Q^2)

66. ábra: A PLS-SEM modell kétlépcsős értékelésének folyamata

Forrás: saját szerkesztés CHIN (1990) alapján

Az adatok leíró statisztikájának vizsgálatát követően a PLS-SEM modellt értékelem a külső és belső modellen keresztül.

5.6.2.1. A külső, mérési modell értékelése és validálása

Az adatelemzést a mérési modell konstrukció érvényességének és belső konzisztencia megbízhatóságának vizsgálatával kezdtem (HAIR et al. 2016). A HAIR et al. (2016) által meghatározott szabály szerint az összes konstrukció Cronbach Alfa értékének meg kell haladnia a 0,7-es küszöbértéket az egyes tételek megbízhatóságához, és az összesített modell struktúra megbízhatóság értékének (CR: Composite Reliability) szintén magasabbnak kell lennie a 0,7-es küszöbértéknél (0,60–0,70 között elfogadhatónak tekinthető) ahhoz, hogy a modell belső konzisztenciájának megbízhatósága elfogadható legyen a PLS-SEM útvonalelemzéshez (KHUONG és LINH, 2020). Azok az itemek, amelyek Cronbach Alpha értékei 0,7 alatt voltak, eltávolításra kerültek a végleges modellből. Összesen öt elemet kellett eltávolítani - egyet az egészséges táplálkozás faktorból, három tételt a mentális egészség faktorból és egyet a fizikai egészség faktorból. A reflektív, külső modell értékelése során az indikátorok belső konzisztencia megbízhatósági értékei ennek következtében már minden esetben meghaladták 0,7 küszöbértéket (szig. $p < 0.01$) vagyis teljesítik az illeszkedési kritériumot.

A konstrukció érvényességét a konvergencia érvényesség, illetve a diszkriminatív érvényesség határozza meg. A konvergencia érvényesség vizsgálatára az átlagos magyarázott variancia (AVE) szolgál. FORNELL és LARCKER (1981) alapján az AVE értékeknek 0,5 felett kell lenniük. A mutatók alapján megállapítható, hogy valamennyi konstrukció AVE-értéke meghaladta a 0,5-öt, és a faktormodell összesített megbízhatósága 0,7-nél magasabb volt. Az AVE értéke azt jelzi, hogy a konstrukciók megfelelő konvergencia érvényességet érnek el. A 18. táblázat az alábbiakban

szemlélteti a külső modell megbízhatóságának és konstrukció érvényességének vizsgálati eredményeit. A külső modell értékelésének további, részletes eredményei a 12. mellékletben találhatók.

18. táblázat: A külső modell eredményei - megbízhatóság és konvergencia érvényesség

	Cronbach Alfa értékek	rho_A	Modell struktúra megbízhatóság (CR)	Átlagos magyarázott variancia (AVE)
Lelki egészség	0,881	0,884	0,913	0,680
Rehabilitáció	0,841	0,847	0,894	0,680
Egészséges táplálkozás	0,805	0,809	0,885	0,720
Biztosítás	0,891	0,907	0,917	0,649
Munkavállalói hűség	0,893	0,903	0,926	0,758
Mentális egészség	0,787	0,787	0,864	0,615
Fizikai egészség	0,759	0,758	0,847	0,582
Prevenció	0,737	0,765	0,834	0,558
Munkavállalói elégedettség	0,902	0,910	0,925	0,672
Munkavállalói jóllét	0,769	0,777	0,867	0,685

Forrás: saját szerkesztés

A multikollinearitás elemzését egyrészt a HTMT (Heterotrai-Monotrait ratio) mutató, másrészt a VIF (Variance Inflation Factor) kritérium vizsgálatával végeztem. HENSELER et al. (2015) alapján a HTMT értékek ideális esetben 0,85 alatt kell, hogy legyenek. A modell vizsgálata során a 19. táblázatban szereplő értékek egy kivétellel teljesítik is ezt a feltételt – a munkavállalói hűség és munkavállalói elégedettség összefüggésében a mutató értéke 0,941. Ez valószínűleg annak köszönhető, hogy a válaszadók körében nagyon hasonlít a két fogalom, azonban a szoros hasonlóság ellenére mégsem azonosak. Mindemellett, a munkavállalói hűséghez és munkavállalói elégedettséghez tartozó faktorindikátorok korábbi empirikus tanulmányok alapján átvett kérdéseket tartalmaztak (ezek az indikátorok kerültek adaptálásra előzőleg tesztelt és validált kérdőívekből), ezáltal nem változtattam a modellemben, a kritérium érvényességét elfogadottnak tekintettem. Továbbá, hivatkozva HAIR et al. (2017) tanulmányára, a HTMT értékek ugyan 0,9 alatti tartományban a leginkább elfogadottak, azonban a 0,95-ös érték az a küszöbérték, amelyen túl már határozottan nemkívánatosnak minősülnek. Ennek következtében, figyelembe véve, hogy ez az érték is a 0,95-ös küszöbérték alatt van, illetve, hogy ezen változók (elégedettség és hűség) esetében korábbi empirikus kutatásban tesztelt és validált elemeket használtam, amelyek megbízhatósági mutatói magas értéket értek el és megfelelték az AVE küszöbértékének, megtartom a változókat a hipotézis teszteléshez és útvonalelemzéshez.

19. táblázat: HTMT mutató értékei

	LE	REH	ET	BIZ	MH	ME	FE	PRE	MEL
Lelki egészség									
Rehabilitáció	0.398								
Egészséges táplálkozás	0.237	0.489							
Biztosítás	0.465	0.742	0.448						
Munkavállalói hűség	0.112	0.065	0.05	0.047					

Mentális egészség	0.392	0.417	0.670	0.405	0.055				
Fizikai egészség	0.185	0.409	0.59	0.339	0.090	0.564			
Prevenció	0.289	0.610	0.673	0.645	0.041	0.547	0.560		
Munkavállalói elégedettség	0.127	0.058	0.06	0.056	0.941	0.051	0.138	0.045	
Munkavállalói jóllét	0.78	0.461	0.407	0.576	0.137	0.496	0.456	0.515	0.133

Forrás: saját szerkesztés

A multikollinearitás tesztelését a VIF mutatószám vizsgálatával folytattam. A külső (független változók) VIF értékek és belső (függő változók) VIF értékek külön jelennek meg, de szabályként azt mondhatjuk, hogy minden esetben az 5-ös küszöbérték alatt kell lennie a VIF értékeknek, amelyet a tolerancia reciprokaként lehet kiszámítani (HAIR et al., 2011).

A 20. táblázat eredményei alapján az exogén, látens változók (független változók) értékei 1,21 – 3,74 közötti VIF statisztikát mutatnak, ráadásul többségükben jóval alacsonyabb értékeket vesznek fel, mint a HAIR és társai által javasolt kritérium. Ráadásul egy eset kivételével (MH3=3,743) a DIAMANTOPOLOS és SIGUAW (2006) által meghatározott, az előző feltételnél szigorúbb 3,3-as küszöbértéknek is eleget tesznek. Mindezek alapján megállapítom, hogy a faktorok között nincs multikollinearitás.

20. táblázat: Külső és belső VIF értékek

Faktorok	Indikátorok	Külső VIF értékek	Belső VIF értékek		
			Munkavállalói hűség	Munkavállalói elégedettség	Munkavállalói jóllét
Lelki egészség	LE1	1,563			
	LE2	2,797			
	LE3	2,891		1,857	1,277
	LE4	1,893			
	LE5	2,479			
Rehabilitáció	REH1	1,525			
	REH2	1,960			
	REH3	2,385		1,884	1,880
	REH4	1,996			
Egészséges táplálkozás	ET1	1,615			
	ET2	2,157		1,771	1,770
	ET3	1,766			
Biztosítás	BIZ1	2,633			
	BIZ2	1,580			
	BIZ3	1,824			
	BIZ4	2,653		2,127	2,060
	BIZ5	2,324			
	BIZ6	2,199			
Munkavállalói hűség	MH1	2,474			
	MH2	2,007			
	MH3	3,743			
	MH4	3,138			

Mentális egészség	ME1	1,882		
	ME2	2,008		
	ME3	1,788	1,651	1,644
	ME5	1,211		
Prevenció	PRE1	1,698		
	PRE2	1,547		
	PRE3	1,444	1,814	1,793
	PRE4	1,415		
Fizikai egészség	FE1	1,530		
	FE2	1,358		
	FE3	1,789	1,465	1,421
	FE4	1,367		
Munkavállalói elégedettség	MEL1	2,538		
	MEL2	2,375		
	MEL3	2,365	1,013	
	MEL4	1,844		
	MEL5	2,307		
	MEL6	2,665		
Munkavállalói jóllét	MJ1	1,429		
	MJ2	1,648	1,013	2,114
	MJ3	1,863		

Forrás: saját szerkesztés

A 21. táblázat mutatja a kutatási konstrukciók külső faktorértékeit, illetve a faktorértékek erősségét a kutatási konstrukciók minden egyes megfelelő indikátor eleméhez. A kutatási konstrukciókat mérő összes elem külső faktorértéke meghaladja a 0,70-et, ami megfelelő konvergencia érvényességet jelez (CHIN et al., 1997; HAIR et al. 2014).

21. táblázat: Faktor értékek a külső modellben

Indikátorok / Faktorok	Lelki egészség	Rehabilitáció	Egészséges táplálkozás	Biztosítás	Munkavállalói hűség	Mentális egészség	Prevenció	Fizikai egészség	Munkavállalói elégedettség	Munkavállalói jóllét
LE1	0,716									
LE2	0,879									
LE3	0,872									
LE4	0,792									
LE5	0,852									
REH1		0,754								
REH2		0,849								
REH3		0,874								
REH4		0,815								
ET1			0,844							
ET2			0,899							
ET3			0,794							
BIZ1				0,850						
BIZ2				0,705						
BIZ3				0,788						

BIZ4	0,849	
BIZ5	0,811	
BIZ6	0,822	
MH1	0,871	
MH2	0,805	
MH3	0,918	
MH4	0,884	
ME1	0,805	
ME2	0,801	
ME3	0,798	
ME5	0,714	
PRE1	0,830	
PRE2	0,718	
PRE3	0,727	
PRE4	0,706	
FE1	0,763	
FE2	0,726	
FE3	0,828	
FE4	0,729	
MEL1	0,845	
MEL2	0,834	
MEL3	0,822	
MEL4	0,741	
MEL5	0,815	
MEL6	0,856	
MJ1		0,762
MJ2		0,839
MJ3		0,877

Forrás: saját szerkesztés

5.6.2.2. A belső, strukturális modell értékelése és validálása

A belső, strukturális modell értékelése

A kutatás ezen részéhez tartozó belső, strukturális modell értékelését HAIR et al. (2014) alapján ötlépcsős eljárással végeztem el, mely magában foglalja a multikollinearitás mutatóinak vizsgálatát, az útdiagram vagy útmodell együtthatóinak értékelését, az endogén változókra vonatkozó determinációs együtthatót (r^2) és a hatásnagyságot (f^2) is. Az adatelemzés eredményeit, az útvonal együtthatók értékeit, az egyes útvonalakhoz kapcsolódó T-statisztikát és p-értékeket, valamint a determinációs együtthatókat a 22. táblázat tartalmazza.

22. táblázat: Bootstrapping eredmények és hipotézistesztezés

Kapcsolat	Path Coef.	T statisztika	P	r^2	Teszt eredmény
Lelki egészség -> Munkavállalói hűség	-0.011	0.311	0.756	0.737	nem támogatott
Lelki egészség -> Munkavállalói elégedettség	0.101	1.557	0.120	0.034	nem támogatott

Lelki egészség -> Munkavállalói jóllét	0.584	9.405	0.000*	0.488	támogatott
Rehabilitáció -> Munkavállalói hűség	-0.016	0.61	0.542		nem támogatott
Rehabilitáció -> Munkavállalói elégedettség	-0.139	2.666	0.008*		támogatott
Rehabilitáció -> Munkavállalói jóllét	0.1	2.044	0.042*		támogatott
Egészséges táplálkozás -> Mentális egészség	0.535	15.853	0.000*	0.287	támogatott
Egészséges táplálkozás -> Fizikai egészség	0.461	11.44	0.000*	0.212	támogatott
Biztosítás -> Rehabilitáció	0.551	11.98	0.000*	0.458	támogatott
Mentális egészség -> Lelki egészség	0.327	7.857	0.000*	0.107	támogatott
Fizikai egészség -> Munkavállalói hűség	-0.035	1.629	0.104		nem támogatott
Fizikai egészség -> Munkavállalói elégedettség	0.117	2.611	0.009*		támogatott
Fizikai egészség -> Munkavállalói jóllét	0.215	5.066	0.000*		támogatott
Prevenció -> Rehabilitáció	0.198	3.937	0.000*		támogatott
Munkavállalói elégedettség -> Munkavállalói hűség	0.858	53.416	0.000*		támogatott
Munkavállalói jóllét -> Munkavállalói hűség	0.039	1.046	0.296		nem támogatott

* az útvonal szignifikáns, $p < 0,05$

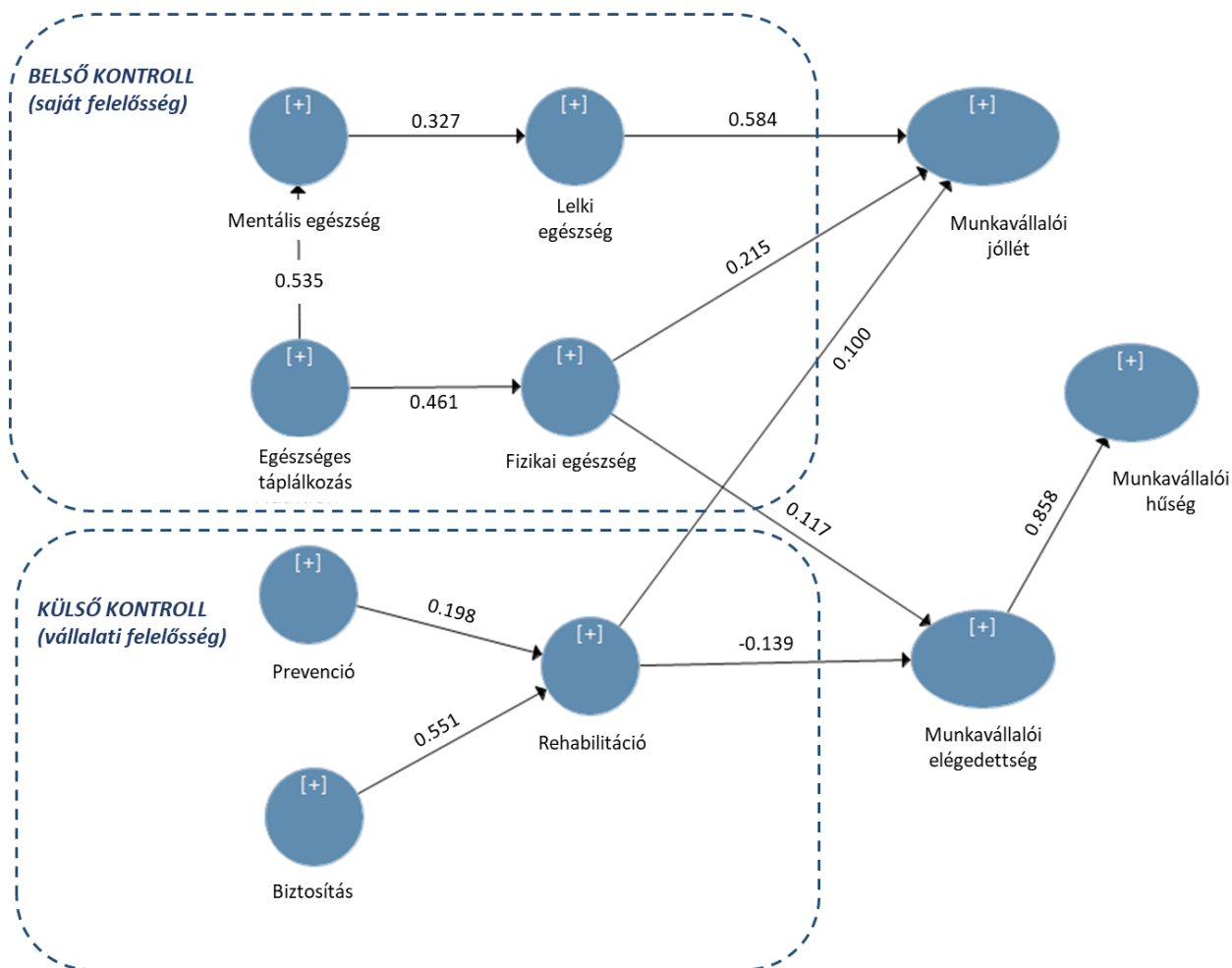
Forrás: saját szerkesztés

5.6.3. A modell eredményeinek értelmezése, közvetlen hatások vizsgálata

Az eredmények alapján a kutatás a konceptuális keretmodellben (és a fenti táblázatban) felvázolt 16 útvonal közül 11 útvonal esetében talált szignifikáns kapcsolatot, 5 esetben pedig az útvonalhoz tartozó hipotézis nem támogatott. A hipotézistesztes eredményeit, és a szignifikáns útvonalakat szintén a 22. táblázat szemlélteti.

A bootstrapping eredmények alapján, a 67. ábra mutatja az egyes faktorok közötti közvetlen hatásokat, vagyis kiemeli a támogatott hipotéziseken alapuló szignifikáns útvonalakat, amelyek szemléltetik a független változók (1. és 2. réteg változók) közvetlen hatását a függő változókra (3. réteg változók).

A munkavállalók jóllétét, elégedettségét és hűségdinamikáját (vagyis az endogén változókat) ennek következtében a munkavállalók szempontjából három fő dimenzió mentén lehet magyarázni. A primer kutatás alapján úgy tűnik, hogy a meghatározó tényezők az alábbi három fő független változóra összpontosulnak (2. réteg változók), amelyek közvetlenül befolyásolják a jóllétet, az elégedettséget és a hűséget: 1) az egészségügyi támogatás, rehabilitáció 2) a fizikai egészség és a 3) a lelki egészség, melyek mindegyike fontos előfeltétele a munkavállalók jóllétének (67. ábra).



67. ábra: Közvetlen hatások és szignifikáns útvonalak a modellben

Forrás: saját szerkesztés

Az eredmények alátámasztották a kvalitatív kutatás azon eredményét is, hogy az egészséggel kapcsolatos dimenziók egy részét a munkavállalók inkább saját felelősségi körüknek érzik (nem feltétlenül a munkáltatótól várják, hogy javítson a fizikai vagy mentális egészségükön), és csak bizonyos tényezők (pl. pénzügyi egészség) tekintetében „hárítják” a felelősséget és a kontrollt a munkáltatóra. Az eredmények alapján azt a következtetést vontam le, hogy az egészségügyi támogatás, a felépülés támogatása, vagyis a rehabilitáció (REH) a válaszadók szemében inkább a „külső kontroll helyszíne”, ahol az olyan tényezőket, mint a biztosítás (pénzügyi egészséghez kötődően) és a betegségmegelőző intézkedések (prevenció) valószínűleg pusztán a munkáltató felelősségének érzik, ezáltal hatással van a jóllétükre és munkáltatójukkal való elégedettségi szintjükre is. Ennek következtében mindkettő nagyon fontos tényező kell, hogy legyen a szervezet funkcionális munkahelyi egészségfejlesztési rendszerének megvalósításához. Attól függetlenül azonban, hogy ez a faktor (REH) a munkavállalók közérzetének, jóllétének és munkahelyi elégedettségének is fontos determinánsa, nem vezet közvetlenül az alkalmazottak munkahelyi hűségének kialakulásához vagy növekedéséhez, valószínűleg azért, mert ezt inkább „higiéniai tényezőnek”, és nem motiváló tényezőnek tekintik az alkalmazottak. Ez az eredmény illeszkedik HERZBERG (1968) kétféle tényezős modelljéhez is.

A vizsgált tényezők másik csoportját a válaszadók válasza alapján belső kontroll tényezőknek tekinthetjük, vagyis ezen tényezők esetében leginkább saját magukénak tekintik a felelősséget a munkavállalók. A belső kontrollhoz tartozó tényezők közül az egészséges táplálkozás (ET) erőteljes hatással van a fizikai egészségre (FE) és a mentális egészségre (ME) is. Ennek

következtében az egészséges táplálkozást a kutatásban résztvevők úgy értelmezik, hogy az létfontosságú tényező a fizikai egészségük és mentális egészségük fenntartásához, ez azonban a „belső kontroll helyszíne”, amely felett közvetlen irányításuk van. Az eredmények alapján a mentális egészséggel kapcsolatos juttatások (pl. pszichológiai tanácsadás, családbarát munkahely) tovább erősítik a munkavállalók lelki egészségét (LE) és végső soron a jóllétüket. Ezek a tényezők, amelyeket a munkavállalók saját, belső ellenőrzésükön belül érzékelnek, erősen befolyásolják tehát jóllétüket, azonban nincsenek közvetlen hatással a munkavállalói hűségre. A tényezők közül egyedül a fizikai egészséggel kapcsolatos juttatások (pl. sportbérlet biztosítása, sportpálya használat támogatása) vannak szignifikáns hatással a munkavállalói elégedettségre. Erre az lehet a magyarázat, hogy mivel elsősorban saját felelősségi körüknek tekintik ezeket a tényezőket, így csak a munkahelyi közérzetükre, jóllétükre vannak közvetlen hatással, de ettől még nem fognak jobban ragaszkodni a munkáltatójukhoz, hiszen egy másik munkáltató esetében is alakítani tudják ezeket a dimenziókat.

Összefoglalva tehát a fenti megállapításokat, a vizsgálati eredmények a „belső kontroll” és a „külső kontroll” láthatatlan rétegeire utalnak. A belső kontroll tényezők, azaz az egészséges táplálkozás, a mentális egészség, a fizikai egészség és a lelki egészség faktorok önállóan is irányítható tényezők, ezáltal ezek a tényezők ugyan jelentős hatással vannak a munkavállalói jóllétre, de nem vezetnek közvetlenül munkahelyi elégedettséghez és hűséghez. Egyedül a fizikai egészséggel kapcsolatos tényezőknek van közvetlen hatása a munkavállalói elégedettségre, és azon keresztül a hűségre. Ezzel szemben a külső kontroll tényezők esetében éppen ellenkezőleg alakul a helyzet. A „külső kontrollként” működő szervezet vagy vállalat által biztosított tényezőknek, vagyis a prevenciónak, a biztosításnak és az egészségügyi támogatásnak (rehabilitációnak) kettős szerepe van a munkavállalók jóllétének és a munkahelyükkel való elégedettségének befolyásolásában. Ez azt mutatja, hogy a munkahelyi egészségfejlesztési intézkedések és juttatások közül a betegségmegelőző intézkedéseknek és támogatásoknak (pl. szűrővizsgálatok szervezése, védőoltások) illetve az egészségbiztosítások kérdésének a munkáltató kezében és irányítása alatt kell lenniük, hogy biztosítsák a munkavállalók elégedettségét és ezáltal hűségüket. Ezeket higiéniai tényezőknek tekintem a vizsgálati eredmények alapján.

A munkavállalók jólléte önálló endogén konstrukcióként jelenik meg, amelyet nagyban befolyásolnak a munkavállalók „belső kontroll tényezői”, ezért bár a szervezetek a belső kontroll tényezőkön keresztül támogatják, a munkavállalók a jóllétet továbbra is saját felelősségüknek tekintik, saját maguk akarják irányítani, nem a munkáltatótól várják, ezáltal nem tulajdoníthatók a szervezet iránti elégedettség és hűség determinánsainak.

Ez a megállapítás ugyan némiképp ellentmond a szervezetfejlesztéssel kapcsolatos korábbi szakirodalmaknak, amelyek nagyrészen megerősítették a munkavállalói jóllét fejlesztésére szolgáló kezdeményezéseket, illetve a megtartás közötti szoros kapcsolatot, azonban véleményem szerint az eredmények ezáltal új irányt is adhatnak a kutatási területnek. Az eredmények és a fenti megállapítások alapján azt a feltételezésem, hogy válság idején az alkalmazottak önállóbbá válnak, jobban előtérbe kerül az öngondoskodás, a fókusz áthelyeződik azokra a tényezőkre, amelyekre hatást tudnak gyakorolni. Válságok idején, ebben a folyamatban háttérbe szorulhat a munkavállalói jóllét és munkavállalói hűség kérdésköre is. Ez a megállapítás különösen igaz a közelmúltbeli COVID-19 világjárvány idején, hiszen a legtöbb munkavállaló otthonról dolgozott, és nem volt fizikailag jelen az irodában vagy a munkahelyen. Ebben a helyzetben kevésbé érezték a munkahely nyújtotta fizikai védelmet vagy a munkáltató nyújtotta biztonságot, és ezért az öngondoskodáshoz, a saját magukra támaszkodáshoz kellett hozzászokniuk az új normával való megbirkózás és alkalmazkodás érdekében. Mindemellett, számos területen bizonytalanná váltak a munkavállalók munkahelyei és megélhetésük, ezért jelenleg nem a munkáltató juttatások befolyásolták elsősorban a munkáltatójukhoz fűződő viszonyukat. A fizikai egészség, a mentális

egészség és ezáltal a lelki egészség jelentősége valószínűleg szintén megnőtt a COVID-19 járvány miatt.

A munkavállalói jóllét és hűség ilyen szintű elhatárolódása egy teljesen új jelenség, amelyet ennek az empirikus kutatásnak a megállapításai révén figyeltem meg, ezt a magatartást válság indukálta munkavállalói önállósággént (self-reliance and preservation), vagyis a munkavállalók önmagukba vetett bizalmaként és önfenntartáson alapuló öngondoskodásaként teoretizálok. Ezt a fogalmat egy olyan állapotként írom le, amikor a munkavállalók a külső, elháríthatatlan tényezők (pl. COVID-19 pandémia) hatására öntudatra ébrednek saját jóllétük tekintetében, vagyis egy válság következményeként jobban tudatában lesznek saját szerepüknek és függetlenné, felelőssé válnak saját jóllétükért. Noha a munkavállalók jóllétük érdekében tett erőfeszítéseit a munkáltatók is elősegítik, úgy tűnik, hogy a munkavállalók ezt saját felelősségnek tekintik válság, különösen egy egészségi állapotukat is befolyásoló és azzal összefüggő világjárvány idején. Ennek következtében ez a viselkedés válság és járvány idején az öngondoskodás és a túlélés cselekményének tekinthető.

A belső, strukturális modell validálása

A PLS-SEM elemzések esetében a modell illesztés vizsgálatára többféle illeszkedési mutatót érdemes megvizsgálni (HAIR et al., 2017; MAZIRIRI és MADINGA, 2018), melynek eredményeit a 23. táblázat tartalmazza.

23. táblázat: Illeszkedési statisztikák

Illeszkedési mutatók	Értékek a becsült modellben
SRMR	0,060
d_ULS	3,450
d_G	1,012
Chi-Square	3 159,971
NFI	0,779

Forrás: saját szerkesztés

Az adatok és a szakirodalom alapján a modell illeszkedése elfogadható.

H6 A munkavállalói jóllétet befolyásoló, egészségfejlesztéssel kapcsolatos faktorok két csoportba rendezhetők aszerint, hogy a munkavállaló a saját vagy a munkáltató felelősségi körének tekinti az adott juttatást, de ezek mindegyike pozitívan befolyásolja a jóllétet.

A PLS-SEM elemzés eredményei alátámasztották a kvalitatív kutatás azon eredményét, hogy az egészséggel kapcsolatos dimenziók egy részét a munkavállalók inkább saját felelősségi körüknek érzik, és csak bizonyos tényezők tekintetében „hárítják” a felelősséget és adják át a kontrollt a munkáltatónak. A PLS-SEM vizsgálati eredmények a „belső kontroll” és a „külső kontroll” láthatatlan rétegeire utalnak. A belső kontroll tényezők, azaz az egészséges táplálkozás, a mentális egészség, a fizikai egészség és a lelki egészség faktorok önállóan is irányítható tényezők, ezáltal ezek a tényezők ugyan jelentős hatással vannak a munkavállalói jóllétre, de nem vezetnek közvetlenül munkahelyi elégedettséghez és hűséghez. A „külső kontrollként” működő szervezet vagy vállalat által biztosított tényezőknek, vagyis a prevenciónak, a biztosításnak és az egészségügyi támogatásnak (rehabilitációnak) kettős szerepe van a munkavállalók jóllétének és a munkahelyükkel való elégedettségének befolyásolásában, ezek ugyanis mindkét endogén faktorra hatással vannak. A faktoranalízis és PLS-SEM elemzés eredményei alapján a H6 hipotézis bizonyított.

H7 A munkavállalói hűséget a munkavállalói elégedettségen keresztül befolyásoló faktorok közül a külső kontroll tényezők, a megelőzés és rehabilitáció elsődleges a hűség növelése szempontjából.

Az eredmények alapján azt a következtetést vontam le, hogy az egészségügyi támogatás és rehabilitáció, a biztosítás (pénzügyi egészséghez kötődően) és a betegségmegelőző intézkedések (prevenció) külső kontroll tényezőkként jelennek meg a modellben, vagyis azt a kutatásban résztvevők a munkáltató felelősségének érzékelik, ezáltal nem csupán a jóllétükre van hatással, hanem befolyásolja a munkáltatójukkal való elégedettségi szintjüket, és végső soron hat a munkavállalói hűsége is. A munkavállalói hűség szempontjából tehát a külső kontroll tényezőknek elsődleges szerepe van, ennek következtében, a PLS-SEM elemzés eredményei alapján a H7 hipotézis bizonyított.

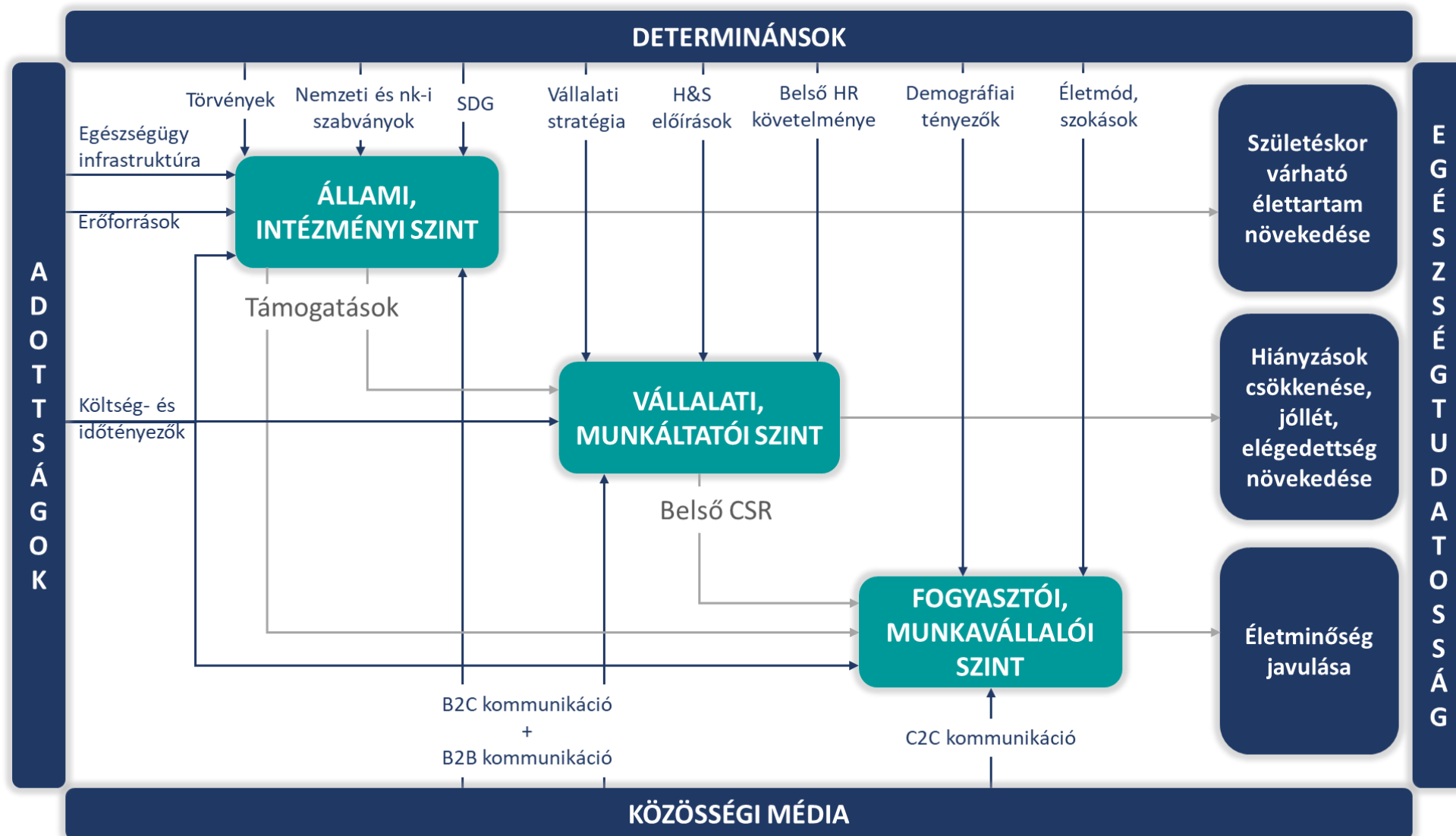
5.7. A vizsgálati szintek összekapcsolása – tudás alapú egészségfejlesztési keretmodell

A kutatásom eredményeként létrejövő tudás alapú egészségfejlesztési keretmodell (68. ábra) összefoglalja a kutatás során vizsgált szinteket, az egyes szintekhez kapcsolódó befolyásoló tényezőket, adottságokat és eredményeket. Az elméleti keretmodell alapján az állami (intézményi) döntéshozatali szint hatással van mind a vállalatok, mind a fogyasztók életére, hiszen a támogatások, egészségfejlesztő programok és szolgáltatások segítségével befolyásolni tudja a gazdasági szereplőket az egészségtudatosabb magatartás irányába.

Ugyanakkor vannak olyan adottságai egy országnak, amit nem, vagy csak nagyon nehezen, hosszú távon tud megváltoztatni – ilyenek a mezőgazdasági adottságok (a termőföld kínálata teljesen rugalmatlan, illetve az adottságtól függ, melyik országban mennyi zöldséget és gyümölcsöt lehet termelni, vagyis mennyi importra van szükség), illetve az egészségügyi rendszer adottságai (infrastruktúra, ellátottság, elérhetőség stb.). A rendelkezésre álló költségek és idő általában szintén adottságként jelenik meg minden gazdasági szereplő számára. A befolyásoló tényezők (amelyeknek egy részét vagy teljes egészében meg is tudunk változtatni) között az állami szinthez kapcsolódóan a törvények, a nemzeti és nemzetközi standardok és szabványok állnak, illetve az olyan nemzetközi vállalatok, mint például az ENSZ által megfogalmazott Fenntartható Fejlődési Célok.

Tovább lépve a vállalati, munkáltató szintre, az egészségtudatos fogyasztói magatartást befolyásoló tényezők lehetnek a vállalati stratégia, a humán erőforrás menedzsment belső előírásai, illetve a munka-és egészségvédelmi szabályok. A fogyasztói szint tekintetében az empirikus kutatás által alátámasztott demográfiai tényezők és életmód faktorok állnak. A közösségi média alkalmazhatósága minden szinten lehetséges, hiszen a közösségi média alkalmazások nem csupán a fogyasztó között, hanem üzleti szervezetek között, de vállalat-fogyasztó relációban is hatékonyan tudnak működni. A vállalatok a saját munkavállalóikat pedig a belső CSR tevékenységeken keresztül tudják legjobban elérni, mely során szintén felhasználhatják a közösségi média megoldásokat.

Az eredmények tekintetében a disszertációban már részletezett gazdasági és társadalmi hasznok jelennek meg – az állami szinthez kapcsolódóan elsősorban a születéskor várható élettartam növekedése, vagy a táppénzkiadások csökkenése, a vállalati szinthez kapcsolódóan a munkavállalói jóllét és elégedettség növekedése, a hiányzások csökkenéséből fakadó költségmegtakarítások, termelékenység és versenyképességnövekedés, imázsjavulás, míg fogyasztói szinten a jóllét növekedése és életminőség javulása.



68. ábra Tudás alapú egészségfejlesztési keretmodell

Forrás: saját szerkesztés

6. KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK

A disszertációm széleskörű, komplexitása révén hiánypótló kutatás, amely során elemzésre került az egészségtudatos fogyasztói magatartás, mint társadalmi fenntarthatósági tényező, valamint a közösségi média alkalmazásokban rejlő egészségfejlesztési célú lehetőségek, és a tudásmenedzsment eszközrendszerének szerepe mindebben. A kutatás eredményeként létrejövő logikai modell, a tudás alapú egészségfejlesztési keretmodell a három vizsgálati szintet kapcsolja össze. A kutatás során, a célkitűzéseimmel összhangban felállított hipotézisek mentén vizsgáltam meg az egészségtudatos fogyasztói magatartás nemzetközi és hazai szinten is befolyásoló tényezőit, az egészséggel kapcsolatos munkavállalói juttatások szerepét és közvetlen hatását a munkavállalói jólétre, elégedettségre és hűsége, valamint a közösségi média egészségfejlesztési, egészségtudatosítást növelő célú használatára vonatkozó fogyasztói nyitottságot. Disszertációmban a szekunder adatelemzésen keresztül elsősorban az állami (intézményi) szintet vizsgáltam, míg a primer kutatási eredményeken keresztül elsősorban a munkáltatói és fogyasztói szintekre fókuszáltam.

A kutatás során bebizonyosodott, hogy az egészségtudatos fogyasztói magatartást számos, életmódunkkal kapcsolatos tényező befolyásolja, de a leginkább kritikus életmód faktorok a kockázati tényezők mentén találhatók. A társadalmi szintű egészséget, egészségtudatosítást leginkább három dimenzió mentén lehet vizsgálni és értékelni – az egészséges táplálkozás (a napi rendszerességgű zöldség- és gyümölcsfogyasztás), a káros szenvedélyek (rendszeres dohányzás és alkoholfogyasztás), valamint a fizikai aktivitás (elhízottság és inaktivitás mértéke) mentén. Társadalmi szinten a vizsgált dimenziók közül egyedül a káros szenvedélyekkel összefüggő dimenzió mentén mérhető egészségtudatosítást növekedett Magyarországon az elmúlt években, az egészséges táplálkozáshoz köthető mutatók szerint romlott, az elhízottság mértékét tekintve nem változott a helyzet. Ugyanakkor a szekunder adatokon alapuló kutatási eredmények rendre azt mutatták, hogy az adott dimenziók mentén az európai átlagnál jobban teljesítő országokban átlagosan magasabb a születéskor várható élettartam, mint azon nemzetek esetében, akik elmaradtak az uniós átlagtól.

A primer kutatás részeként megvizsgáltam az egyes, életmódunkhoz köthető tényezők és a szocio-demográfiai jellemzők kapcsolatát. A vizsgálat során négy fogyasztói csoportot különítettem el az alábbi elnevezésekkel: az önámítók, a sportos tudatosak, a felelősség áthárítók és az egészségtelen nemtörődömök csoportját. A négy eltérő attitűd jelzi, hogy a megkérdezettek mennyire megoszlottak az egészségtudatosítást fontosságában, az egészséges életmód dimenzióinak megítélésében. Megvizsgáltam, hogy van-e kapcsolat a szocio-demográfiai tényezők és az egyes klaszterekbe való bekerülés (vagyis a jelenlegi életmóddal kapcsolatos tényezők) között. Az eredmények alapján azt a következtetést vontam le, hogy a klaszterek nemek szerinti reprezentáltsága terén szignifikáns kapcsolat igazolható a fogyasztó neme és a klaszterek között – a nők nagyobb eséllyel egészségtudatosak, mint a férfiak. A lakhely (településtípus) és a fogyasztói csoportok kapcsolatát vizsgálva megállapítható volt, a budapesti és vidéki kisvárosban élők nagyobb arányban egészségtudatosak, míg a falusiak jellemzően egészségtelen életmódot folytatnak. A legmagasabb iskolai végzettség és eltérő életmódok között szintén szignifikáns kapcsolat áll fenn, vagyis az iskolai végzettség is befolyásolja azt, melyik fogyasztói csoportba tartozik a fogyasztó – a legmagasabb arányban a diplomások egészségtudatosak, ami valószínűleg összefüggésben áll a jövedelmi szintekkel is, mely alapján szintén szignifikáns kapcsolatot találtam – minél magasabb a fogyasztó jövedelme, annál egészségtudatosabb. A foglalkozás mellett a végzett munka típusa is szignifikánsan befolyásolja a csoportszintű hovatartozást, a szellemi munkát végzők nagyobb arányban egészségtudatosak, mint fizikai munkát végző társaik. Az egyes klaszterek és a közösségi média egészségfejlesztéssel kapcsolatos használatára való nyitottság közötti összefüggést megvizsgálva megállapítottam, hogy szignifikáns kapcsolat van a vizsgált változók között, vagyis az, hogy melyik fogyasztói csoportba tartozik a fogyasztó, ennek következtében, hogy milyen életmódot folytat, befolyással van arra, hogy mennyire lesz nyitott a

közösségi média egészségét fejlesztő és egészségtudatosságot ösztönző használatára. A felelősség áthárítók a leginkább nyitottak, így az ebbe a klaszterprofilba tartozókat a legkönnyebb elérni az egészségtudatosságot fokozni kívánó üzenetekkel. A nyitottság szocio-demográfiai tényezők mentén történő összefüggésvizsgálata során a fogyasztó neme, illetve legmagasabb iskolai végzettsége vonatkozásában találtam szignifikáns kapcsolatot a nyitottsággal. Leginkább a nők és az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők nyitottak a közösségi média egészségtudatosságukat fejlesztő használatára. Az eredmények felhasználásával pontosabban el lehet érni egy egészségügyi kampánytervezés során azt a célközönséget, aki valóban nyitott erre a típusú, közösségi média alapú kommunikációra. A kérdőíves kutatás közösségi média használati szokásaival kapcsolatos eredményeit tovább mélyíti a disszertációmban bemutatott, közösségi médiával kapcsolatos képességvizsgálat és SWOT analízis is. A kutatásom alátámasztotta, hogy a közösségi média alkalmas eszköz lehet az egészségtudatossággal kapcsolatos információk hatékony átadására. Az ide vonatkozó eredmények gyakorlati jelentősége abban rejlik, hogy a vállalatvezetők, marketing szakemberek könnyebben tudnak általa targetálni, ami tovább növeli az üzenetátadás hatékonyságát. Összefoglalva elmondható, hogy a kutatásban részt vevők visszajelzései értékes képet adtak az egészséghez, egészségtudatossághoz, közösségi média használathoz való fogyasztói viszonyulásról, fogyasztói vélekedésről és magatartásról.

A primer kutatás másik fő célja és gyakorlati jelentősége az egészséggel kapcsolatos munkavállalói juttatások szerepének és hatásának vizsgálata volt a munkavállalói jóllétre, elégedettségre és hűségre. Az eredmények alapján azt a következtetést vontam le, hogy a munkavállalók jóllétét, elégedettségét és hűségdinamikáját (vagyis az endogén változókat) három fő faktor mentén lehet magyarázni. A primer kutatás alapján úgy tűnik, hogy a meghatározó tényezők az alábbi három fő független változóra összpontosulnak, amelyek közvetlenül befolyásolják az exogén változókat: 1) az egészségügyi támogatás, rehabilitáció 2) a fizikai egészség és a 3) a lelki egészség, melyek mindegyike fontos előfeltétele a munkavállalók jóllétének.

A PLS-SEM elemzés eredményei alátámasztották az előzetesen végzett kvalitatív kutatás azon eredményét is, hogy az egészséggel kapcsolatos dimenziók egy részét a munkavállalók inkább saját felelősségi körüknek érzik (nem feltétlenül a munkáltatótól várják, hogy javítsa a fizikai vagy mentális egészségükön), és csak bizonyos tényezők (pl. pénzügyi egészség) tekintetében „hárítják” a felelősséget és a kontrollt a munkáltatóra. Ez alapján az exogén változókat két csoportba lehetett osztani, amely csoportokat belső kontroll tényezőknek és külső kontroll tényezőknek nevezek. Az eredmények alapján azt a következtetést vontam le, hogy a belső kontroll tényezők, azaz az egészséges táplálkozás, a mentális egészség, a fizikai egészség és a lelki egészség faktorok önállóan is irányítható tényezők a munkavállalók szemében, ezáltal ezek a tényezők ugyan jelentős hatással vannak a munkavállalói jóllétre, de nem vezetnek közvetlenül munkahelyi elégedettséghez és hűséghez. Ezzel szemben, a külső kontroll tényezőket, mint a biztosítás (pénzügyi egészséghez kötődően), a rehabilitáció és a betegségmegelőző intézkedések (prevenció) valószínűleg inkább a munkáltató felelősségének érzik a munkavállalók, ezáltal hatással van a jóllétükre és munkáltatójukkal való elégedettségi szintjükre is. Ennek következtében a külső kontroll tényezők nagyon fontosak kell, hogy legyenek a szervezet funkcionális munkahelyi egészségfejlesztési rendszerének megvalósításában. Attól függetlenül azonban, hogy ez a faktor a munkavállalók közérzetének, jóllétének és munkahelyi elégedettségének is fontos determinánsa, nem vezet közvetlenül az alkalmazottak munkahelyi hűségének kialakulásához vagy növekedéséhez, valószínűleg azért, mert ezt inkább „higiéniai tényezőnek”, és nem motiváló tényezőnek tekintik az alkalmazottak.

Az eredmények ugyanakkor alátámasztották, hogy a munkavállalók szemében a távmunka lehetősége és a fizikai egészségük megóvása a pandémia hatására felértékelődött, ami összecseng a POÓR et al. (2021) által végzett Korona HR kutatás eredményeivel is. A fent említett területekre való fókuszálás azonban a HR funkciók újragondolásával, és a munkafolyamatok átszervezésével

jár. Azok a vállalatok alkalmazkodnak könnyebben a COVID-19 kihívásaihoz, és a már korábban említett Ipar 4.0 folyamataihoz, és az általuk generált új körülményekhez, akik már fejlett informatika megoldásokkal rendelkeztek, mint például az online kereskedelemmel foglalkozó vállalatok, az informatikai vállalatok vagy pénzügyi szervezetek. A digitalizációs feladatok gyors adaptálása és biztonságossá tétele elősegítette a vállalatok új körülményekhez való alkalmazkodását, ugyanakkor a digitalizáció, a vállalati környezet digitalizálása és automatizálása továbbra is hatalmas kihívás elé állítja a cégeket járványhelyzettől függetlenül is (POÓR et al., 2021).

Javaslatok és jövőre vonatkozó tervek

A hagyományos működési modellben lévő vállalatoknak érdemes folyamatosan nyomon követni az ipar 4.0 vívmányait és kihívásait, a digitalizáció és IKT eszközök térhódítása következtében fellépő új trendeket és fogyasztói szokásokat, hogy továbbra is hatékonyan tudjanak kommunikálni a fogyasztókkal. Az utóbbi időben a közösségi média alkalmazások egyre nagyobb népszerűségnek örvendenek, ráadásul a kommunikáció módja egyre inkább áttevődik a személyes találkozásokról az online terekre. A felhasználók számának folyamatos emelkedéséből arra lehet következtetni, hogy a közösségi oldalak használata egyre inkább kiegészíti a hagyományos média eszközök használatát az egészségmegőrzéssel, betegségmegelőzéssel kapcsolatos információk megosztása esetében is. A közösségi oldalak használata azonban nem csupán egyéni felhasználói szinten növekszik, hanem vállalati szinten is, ezáltal a C2C kommunikáció mellett a B2C kommunikációban is hatékony eszköznek tekinthető. Az egészséggel kapcsolatos kommunikáció tervezése során tehát javasolt mind állami, mind vállalati oldalról a közösségi oldalak használata is a megfelelő STP marketing alkalmazásával, egy jól felépített marketingkommunikációs terv segítségével. Mindazonáltal a közösségi média eszközök esetében a hitelesség és megbízhatóság hiánya, valamint az adatvédelmi aggályok rendkívül komoly problémát jelentenek. A probléma jelentős része az anonimitásból fakad, és véleményem szerint csak a jogi szabályozási környezet egységesítésével, központi kontroll segítségével, és egy átlátható mérési mutatóval lehetne javítani a helyzeten. Ugyanakkor egészségpolitikai szinten is még hangsúlyosabb kérdéssé kellene tenni az egészségfejlesztést.

Az utóbbi években a vállalati társadalmi felelősségvállalás is egyre nagyobb hangsúlyt kap - ma már a nemzetközi szervezetek és az egyes országok helyi kormányzatai is egyre inkább felismerik annak fontosságát, hogy nem csupán jogi szabályozással lehet befolyásolni a lakosság szemléletmódját egy fenntarthatóbb jövő érdekében, hanem a munkahelyi intézkedéseknek is igen erős tudatosság és magatartás formáló szerepe van. Emiatt kétségtelen tény, hogy az emberi erőforrás menedzsment a mai modern vállalatok lényeges, sőt, kritikus területévé vált, aminek most is reagálni kell a kialakult helyzetre, a COVID-19 világjárvány ugyanis látványosan átrendezte a munkahelyi szokásainkat, egészséghez való viszonyunkat. Egy társadalmilag felelős vállalat olyan előnyökre tehet szert a versenytársaihoz képest, mint a növekvő versenyképesség, a javuló vállalati reputáció és imázs, illetve a külső és belső érintettek, köztük a munkavállalók lojalitásának és motiváltságának is köszönhető jelentős költségmegtakarítások. Ennek következtében, jövőbeni kutatási irányként egy jól felépített, KKV szinten is használható munkahelyi egészségfejlesztési keretrendszer kifejlesztése is a céljaim közé tartozik.

Az empirikus kutatás részeként végzett PLS-SEM elemzés eredményei alapján egy teljesen újfajta jelenséget figyeltem meg, a válság indukálta munkavállalói önállóságot, mely szintén új irányt adhat a területen folytatott kutatásoknak. Javasolt lenne a kvantitatív kutatás megismétlése a járvány időszakot követően, illetve más fejlett vagy fejlődő országokkal történő nemzetközi összehasonlító tanulmány készítése is.

A közgazdaságtan területén pedig érdemes lesz vizsgálni az intézményi közgazdaságtan jellemzőinek és az egészségtudatos fogyasztói magatartásnak a kapcsolatát, valamint további viselkedés gazdaságtani kutatásokat végezni az egészségtudatosság és fenntarthatóság kérdésében.

7. ÚJ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK

A kutatás alapján megfogalmazott új és újszerű tudományos eredményeket az alábbiakban foglalom össze.

- 1. Kutatásommal alátámasztottam, hogy a fogyasztók szocio-demográfiai jellemzői közül a fogyasztó neme és legmagasabb iskolai végzettsége befolyásolja a közösségi média egészségfejlesztő céllal történő használatára való nyitottságot.**

A kutatási eredményeim szignifikáns kapcsolatot mutattak ki a fogyasztó neme és a nyitottság között. Következtetésem alapján a nők nyitottabbak a közösségi média egészségük fejlesztésével összefüggő használatára. Mindemellett kimutattam a fogyasztók nyitottsága és az iskolai végzettség fordított arányú kapcsolatát, vagyis, hogy minél magasabb a fogyasztók iskolai végzettsége, annál kevésbé nyitottak a közösségi média fent említett céllal történő használatára. A vizsgálat során az egyik dimenzió egy adott szocio-demográfiai tényező, míg a másik dimenzió a nyitottság (nyitottak és elutasítók csoportja) volt. A kapcsolatot akkor tekintettem szignifikánsnak, ha a teszt szignifikancia szintje $p < 0,05$. Az asszociációs szorosság mérőszámai közül a Cramer's V mutatót használtam.

- 2. Fogyasztói klasztereket azonosítottam a közösségi médiát használó fogyasztók között, a jelenlegi életmódjukhoz kapcsolódó egészségdeterminánsok szerint. Meghatároztam az egyes klaszterek demográfiai profilját.**

Többváltozós matematikai, statisztikai módszerek segítségével beazonosítottam a vizsgált sokaság négy, jól elkülöníthető klaszterét. Az egyes faktorindikátorok és a demográfiai adatok összefüggésvizsgálatával összeállítottam az egyes fogyasztói klaszterek demográfiai térképét, amely jelzi a fogyasztói gondolkodás dimenzióit az egészségtudatosság vonatkozásában. Mindemellett az életmód faktorindikátorok és közösségi média nyitottság összefüggésvizsgálatával szignifikáns kapcsolatot igazoltam az egyes klaszterekbe való bekerülés és a nyitottság között, ezáltal beazonosítva azokat a fogyasztói csoportokat (és jelenlegi életmód jellemzőiket), akik nyitottak a közösségi média egészségtudatosság növelő használatára. A beazonosított klaszterek közül a „Felelősség áthárítók” és a „Sportos tudatosak” csoportja esetében lehet leghatékonyabban használni a közösség média alkalmazásokat az egészségtudatosság növelésére.

- 3. Kutatásom segítségével azonosítottam a munkavállalói jóllét, munkavállalói elégedettség és hűség faktorait, valamint hozzárendeltem a mérhető, egészséggel kapcsolatos faktorindikátorokat. Ismereteim szerint először végeztem ilyen átfogó elemzést a PLS-SEM modell felhasználásával, kifejezetten az egészséggel kapcsolatos munkavállalói juttatások hűsége gyakorolt hatásával kapcsolatban.**
- 4. A PLS-SEM strukturális modelljének eredményei alapján megállapítottam, hogy a munkavállalói jóllétre legnagyobb közvetlen hatással (β 0,584) a lelki egészséggel kapcsolatos juttatások vannak.**

A vizsgálati eredmények a „belső kontroll” és a „külső kontroll” láthatatlan rétegeire utalnak, az útvonalelemzés alapján ebbe a két kategóriába lehet besorolni az exogén változókat. A belső kontroll tényezők, azaz az egészséges táplálkozás, a mentális egészség, a fizikai egészség és a lelki egészség faktorok önállóan is irányítható tényezők, ezáltal ezek a tényezők ugyan jelentős hatással vannak a munkavállalói jóllétre, de nem vezetnek közvetlenül munkahelyi elégedettséghez és hűséghez. Ezzel szemben a külső kontroll tényezőknek, vagyis a prevenciónak, a biztosításnak és az egészségügyi támogatásnak (rehabilitációnak) kettős szerepe van a munkavállalók jóllétének és a munkahelyükkel való elégedettségének, és ezen keresztül hűségének befolyásolásában.

5. **Empirikus kutatásom eredményei a munkavállalói jóllét és hűség elhatárolódását igazolták, melyet a területen új jelenséggént tapasztaltam. A magatartást válság indukálta munkavállalói önállósággént (self-reliance and preservation), vagyis a munkavállalók önmagukba vetett bizalmaként és önfenntartáson alapuló öngondoskodásaként teoretizálom.**

Az új fogalmat egy olyan állapotként írom le, amikor a munkavállalók tudatosság valamilyen külső, elháríthatatlan tényezők (pl. COVID-19 pandémia) hatására növekszik saját jóllétük tekintetében, vagyis egy válság következményeként jobban tudatában lesznek saját szerepüknek és függetlenné, felelőssé válnak saját jóllétükért. Noha a munkavállalók jóllétük érdekében tett erőfeszítéseit a munkáltatóik is elősegítik, úgy tűnik, hogy a munkavállalók ezt saját felelősségnek tekintik válság, különösen egy egészségi állapotukat is befolyásoló és azzal összefüggő világjárvány idején. Ennek következtében ez a viselkedés válság és járvány idején az öngondoskodás és a túlélés cselekményének tekinthető.

6. **A vizsgálati szintek összekapcsolásával felállítottam egy komplex, tudás alapú egészségfejlesztési keretmodellt, amely tartalmazza az állami (döntéshozatali, intézményi), vállalati (munkáltatói) és fogyasztói (munkavállalói) szintek szerinti legfontosabb eredményeket az egészségtudatos fogyasztói magatartás elősegítése érdekében, külön fókuszálva a közösségi média nyújtotta lehetőségek kihasználására.**

A logikai modellben három vizsgálati szint mentén határoztam meg a domináns faktorokat – állami (intézményi) szinten az egészséggel kapcsolatos kockázati faktorok szerinti, valamint az egészségügyi rendszer helyzetértékelésével, vállalati (munkáltatói) szinten a munkavállalói hűség befolyásoló tényezőinek meghatározásával, és végül fogyasztói szinten a szocio-demográfiai, a fogyasztói attitűdök és az közösségi média használati szokások dimenziója mentén történő vizsgálattal. A vizsgálati szinteket egy tudás alapú keretmodellbe foglaltam össze, mely a kutatási terület komplex vizsgálatán keresztül hiánypótlónak minősül.

8. ÖSSZEFOGLALÁS

Disszertációmban az egészségtudatosság, mint társadalmi fenntarthatósági tényező vizsgálatát tűztem ki célul, és eredményeimen keresztül a kutatási terület legfőbb jellemzőit, különböző gazdálkodástudományi területekkel való kapcsolódási pontjait, illetve a fogyasztók, munkavállalók motivációit, attitűdjeit mutattam be. Kutatási célkitűzéseim egy irányba mutattak: a különböző vizsgálati szintek összekapcsolásával, komplex módon vizsgálni a kutatási területet.

Ezen belül céлом volt megismerni az egészségtudatos fogyasztói magatartás legfontosabb tényezőit, beazonosítani, hogy a fogyasztók mennyire nyitottak a különböző közösségi média megoldások alkalmazására, ha az egészségük fejlesztéséről van szó, illetve miként lehet felismerni azokat az embereket, fogyasztói csoportokat, akik nyitottak lennének a közösségi médián keresztül történő egészségtudatosság növelésre. Másrészt, a munkavállalói motivációkon keresztül célom volt feltárni azokat az egészségmegőrzéssel és betegségmegelőzéssel kapcsolatos faktorokat, amelyek szerepet játszanak a munkavállalói jóllét valamint a munkavállalói elégedettség növelésében, és ezáltal hatással lehetnek a munkavállalói hűségre.

A disszertáció témáját tekintve az egyes részekhez nagyszámú irodalom kapcsolódik, azonban a korábbi kutatások nem összetett rendszerként tekintenek a témára, hanem különálló egységeként vizsgálják az egészségtudatosság bizonyos részeit, a közösségi média használatot és a tudásmenedzsmentet, ezáltal disszertációm legnagyobb értéke a komplexitásában rejlik.

Kutatásom kiemelt területe volt a munkahelyi egészségfejlesztés különböző területeinek szerepe a munkavállalói hűség kialakulásában, mely területet PLS-SEM elemzéssel vizsgáltam. A disszertációm ennek következtében hozzájárul a kutatási terület módszertanának fejlesztéséhez, és segítséget nyújt az egészségtudatosság fejlesztésének lehetséges irányaira vonatkozóan, különös tekintettel a vállalatok által nyújtott juttatások és a közösségi média használat tekintetében.

A szakirodalom feldolgozása során, a hazai és nemzetközi szakirodalmi források és kapcsolódó empirikus kutatások áttekintése révén feltártam a fenntartható fejlődés, az egészség és egészségtudatosság, a közösségi média használat, valamint a tudásmenedzsment közötti kapcsolatokat, legfőbb téziseket és modelleket, melyek segítségével megalapoztam a disszertációm szerves részét képező primer kutatásomat. A szakirodalmi kutatás során az interdiszciplináris és multidiszciplináris megközelítések alkalmazására törekedtem.

A közösségi média képességvizsgálatán és a kapcsolódó SWOT analízisen keresztül bebizonyítottam, hogy a közösségi média alkalmas eszköz az egészségfejlesztés területén folytatott kommunikációban, az üzenetek hatékony átadásában. Ezt az eredményt a primer kutatásom is megerősítette.

A szekunder kutatás alapján beazonosítottam azokat az egészségünk szempontjából fontos kockázati faktorokat, amelyek befolyással lehetnek a születéskor várható élettartamra. Mindemellett összegyűjtöttem és megvizsgáltam az állami (intézményi) szinten zajló intézkedéseket az egészségfejlesztés területén.

A primer kutatás során egyrészt bemutattam az egyes szocio-demográfiai tényezők, a jelenlegi életmóddal kapcsolatos faktorok, illetve a közösségi média egészséggel kapcsolatos információszerezésre irányuló használatára való nyitottság közötti összefüggéseket. Másrészt, az egészséggel kapcsolatos munkahelyi juttatásokat különböző faktorokba rendszereztem, majd a faktorok mentén feltárássra kerültek a juttatások munkavállalói jóllétre, elégedettségre és hűségre gyakorolt közvetlen hatásai. Az empirikus kutatás során összegyűjtött adatok elemzéséhez egy-és többváltozós statisztikai módszereket alkalmaztam, köztük a faktoranalízist, a klaszteranalízist és a PLS-SEM elemzést. Empirikus kutatásom eredményei alapján megállapítható, hogy összefüggés van a változók között – a fogyasztó neme és iskolai végzettsége befolyásolja a közösségi médiára való nyitottságot, ahogyan azt is, mennyire folytat egészséges életmódot. Az életmód szerinti

fogyasztói csoportokba kerülést tovább befolyásolja még a lakóhely (településtípus), a jövedelem, a foglalkozási ágazat és a végzett munka típusa (fizikai vagy szellemi) is a demográfiai tényezők közül. Az életkor sem a nyitottságra, sem az egészséges életmódra nincs hatással a vizsgált mintában. A PLS-SEM elemzés eredményei rámutattak arra, hogy az egészséggel kapcsolatos munkavállalói juttatások jelentős szerepet játszanak a munkavállalói jóllét kialakulásában és növelésében, ugyanakkor csak a külső kontroll tényezőknek van közvetlen hatás a munkavállalói elégedettségre. A célkitűzések mentén megfogalmazott hipotézisek vizsgálata az alfejezetek végén található, azonban a 24. táblázat összefoglalja az egyes hipotézisekkel kapcsolatos értékeléseket.

Hiszek abban, hogy az értekezésben feltárt jelenségek és összefüggések segítik az egészségtudatosság motivátorainak és determinánsainak mélyebb szintű megismerését és megértését, a közösségi médián keresztül történő kommunikáció és üzenetátadás hatékonyságának növelését, valamint a terület irodalmának és módszertanának fejlődését, mindemellett javíthatja a munkaerőpiaci helyzetet. Az egészségtudatosság prioritásként való megközelítése és kezelése elősegítheti továbbá az életminőség javulását, hozzájárulva az ENSZ Fenntartható Fejlesztési Céljok (SDG) közül a 3. (Egészség és jóllét), a 8. (Tisztességes munka és gazdasági növekedés) és a 12. (Felelős fogyasztás és termelés) megvalósításához.

24. táblázat: Hipotézisek és értékelésük összefoglalása

	Hipotézis	Értékelés
H1	A közösségi média hatékony eszköz az információk átadására, azonban veszélyforrást is jelent, ha az egészségmegőrzéssel és betegségmegelőzéssel kapcsolatos információk nem kontrolláltak.	Bizonyított
H2	A 4. ipari forradalom hatására a fenntartható fejlődés koncepciója révén, illetve a COVID-19 világjárvány okozta egészségügyi kihívások miatt, az utóbbi időszakban megnövekednek a betegségek megelőzésére és életminőség javítására irányuló szolgáltatások, amelyek hatást gyakorolnak a foglalkoztatási és gazdasági struktúrára, valamint gazdasági növekedésre.	Bizonyított
H3	A szocio-demográfiai tényezők befolyásolják az egészségtudatos fogyasztói magatartás közösségi médián keresztüli növelésének lehetőségét a nyitottságon keresztül.	Részen megerősített
H4	A jelenlegi életmódhoz kapcsolódó faktorok jobban befolyásolják a nyitottságot a közösségi média egészségtudatosságot építő használatára, mint a szocio-demográfiai tényezők.	Bizonyított
H5	A közösségi média alkalmazásokat használók között meghatározhatók olyan homogén csoportok, melyek alkalmasak arra, hogy a válaszadókat jellemezni lehessen fogyasztói attitűdjük alapján.	Bizonyított
H6	A munkavállalói jóllétet befolyásoló, egészségfejlesztéssel kapcsolatos faktorok két csoportba rendezhetők aszerint, hogy a munkavállaló a saját vagy a munkáltató felelősségi körének tekinti az adott juttatást, de ezek mindegyike pozitívan befolyásolja a jóllétet.	Bizonyított
H7	A munkavállalói hűséget a munkavállalói elégedettségen keresztül befolyásoló faktorok közül a külső kontroll tényezők, a megelőzés és rehabilitáció elsődleges a hűség növelése szempontjából.	Bizonyított

Forrás: saját szerkesztés

9. EXECUTIVE SUMMARY

The primary aim of the dissertation was to examine the health-conscious employee behaviour as a social sustainability factor, by presenting the main characteristics of this continuously developing research area, its connection points with different fields of business and economic sciences, and also by observing the motivations and attitudes of consumers and employees towards health awareness. Research objectives pointed in one direction: by connecting the different levels of research, to examine the field of health awareness in a complex way.

One of the main research objectives was to provide a better understanding about the most important factors and determinants of health conscious consumer and employee behaviour, and to observe how open consumers are to the use of different social media applications when it comes to improving their health, and how to identify people and consumer groups who would be open on improving health awareness through social media. On the other hand, through employee's motivation, my further goal was to explore the factors or workplace benefits related to health preservation and disease prevention which can play a major role in increasing employee well-being and employee satisfaction, and thus may have an impact on employee loyalty.

Regarding the topic of the dissertation, a large amount of literature is related to each part, however, previous research does not consider the topic as a complex system. As previous empirical research examines certain parts of health awareness, social media usage habits and knowledge management as separate units, thus, the greatest value of the dissertation lies in its complexity.

A key area of my research was the role of different areas of workplace health promotion in the development of employee loyalty, which was examined by performing PLS-SEM analysis. My dissertation therefore contributes to the methodology development in this research field, in addition, it provides assistance on possible directions for the development of health awareness, especially with regard to the benefits provided by companies and the use of social media applications.

Based on the related systematic literature review, the connections between sustainable development, health and health awareness, social media usage and knowledge management, their main theses and models were examined, summarized and critically evaluated. National and international literature sources, interdisciplinary and multidisciplinary approaches and findings of previous empirical studies provided a framework in order to establish conceptual research model as integral part of research.

Through the social media capability study and the related SWOT analysis, I proved that social media is a suitable tool for communication in the field of health promotion, for the effective dissemination of health-related messages. This result was also confirmed by the findings of further primary research.

Based on the secondary research, the most important health related risk factors were identified that may have an impact on life expectancy at birth. In addition, I collected and examined also the measures taking place at the state (institutional) level in the field of health promotion in last few years.

The primary research was based on qualitative and quantitative research methods. Through primary research, in one hand, I presented and proved the relationships between certain socio-demographic characteristics, current lifestyle factors and the openness to the use of social media for collecting health related information. On the other hand, I systematized health-related work benefits into various factors, and then along the factors, the direct effects of the benefits on employee well-being, satisfaction, and loyalty were explored. I used different types of statistical methods, including factor analysis, cluster analysis, and PLS-SEM analysis, in order to analyze the data collected during the empirical research. Based on the results of my empirical research, it

can be concluded that there is a correlation between certain variables - gender and educational level of the consumers influence the openness to social media, as well as their healthy lifestyle. Lifestyle based clusters is further influenced by demographic factors, such as place of residence (type of settlement), income, occupational sector and type of work performed (physical or mental). Age has no effect on openness or a healthy lifestyle in the study sample. The results of PLS-SEM analysis demonstrate that health-related employee benefits play a significant role in shaping and increasing employee well-being, however, only external locus of control factors have a direct impact on employee satisfaction. The examination of the hypotheses formulated along the objectives can be found at the end of each subsection, however, Table 28 summarizes the evaluations related to each hypothesis.

I believe that the phenomena and contexts explored in the dissertation will help to gain a deeper understanding of motivators and determinants of health awareness, increase the effectiveness of communication and messaging through social media, and improve the literature and methodology of the field. Approaching and addressing health awareness as a priority can also help to improve the quality of life by contributing to the UN Sustainable Development Goals, especially SDG 3 (Good Health and Well-being), SDG 8 (Decent Work and Economic Growth) and SDG 12 (Responsible Consumption and Production).

25. táblázat: Summary of hypotheses and their evaluations

	Hypotheses	Evaluation
H1	Social media is capable tool for effective information dissemination; however, it can be a threat if social media information on health promotion and disease prevention is uncontrolled.	Confirmed
H2	As a result of the 4 th Industrial Revolution, the concept of sustainable development and the health challenges posed by the COVID-19 pandemic have recently led to an increase in disease prevention and quality of life services, which have an impact on employment and economic structure, thereby boosting economic growth.	Confirmed
H3	Socio-demographic factors influence the possibility of increasing health-conscious consumer behaviour through the openness on use of social media.	Partly confirmed
H4	Factors related to current lifestyle have a greater impact on openness to health-conscious use of social media than socio-demographic factors.	Confirmed
H5	Homogeneous groups can be identified among users of social media applications that are suitable for characterizing respondents based on their consumer attitudes.	Confirmed
H6	Factors related to workplace health promotion that affect employee well-being can be grouped into two groups according to whether the employee considers the benefit to be the responsibility of himself or herself or the employer, but each of these has a positive effect on well-being.	Confirmed
H7	Among the factors influencing employee loyalty through employee satisfaction, external control factors, especially prevention and healthcare support are primary in terms of increasing loyalty.	Confirmed

Source: own editing

MELLÉKLETEK

M1. Irodalomjegyzék

1. AAZAMI, S., SHAMSUDDIN, K., AKMAL, S., AZAMI, G. (2015): The Relationship Between Job Satisfaction and Psychological/Physical Health among Malaysian Working Women. *Malays J Med Sci.* 22(4) p. 40-46.
2. ABAIDO, G.M. (2019): Cyberbullying on social media platforms among university students in the United Arab Emirates, *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1) p. 407-420.
3. ACEMOGLU, D., JOHNSON S. (2006): Disease and Development: The Effect of Life Expectancy on Economic Growth, *National Bureau of Economic Research, NBER Working Paper* No. 12269
4. ADAMS, T., BEZNER, J., STEINHARDT, M. (1997): The conceptualization and measurement of perceived wellness: Integrating balance across and within dimensions. *American Journal of Health Promotion*, 11, p. 208–218.
5. AJZEN, I. (1991): The theory of planned behavior. *Org. Behav. Hum. Decis. Process.* 50, p. 179–211.
6. ALBERT, A., BABOCSAY, Á., BIRÓ, B., DORNAI, E., DUDÁS, E. F., LASSÚ, ZS., FARAGÓ, K., HUNYADY, GY., KISS, GY., KISS, P., KOVÁCS, A., KÖRÖSSY, J., KULIKNÉ LÁNG, ZS., LISZNYAI, S., MALOTA, E., MÉRŐ, L. (2003): *Gazdaságpszichológia*.
http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_520_gazdasagpszichologia/ch02.html#id544112 Letöltés ideje: 2016.12.20.
7. AMMONS, S.K., MARKHAM, W.T. (2004): Working at home: Experiences of skilled white collar workers, *Sociological Spectrum* March-April 2004(2) p.191-238.
8. ANDERSEN, L.L., FISHWICK, D., ROBINSON, E., WIEZER, N.M., MOCKAŁŁO, Z., GROSJEAN, V. (2017) Job satisfaction is more than a fruit basket, health checks and free exercise: Cross-sectional study among 10,000 wage earners. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45, p. 476–484.
9. ARMSTRONG, M. (2006): A Handbook of Human Resource Management Practice. 10th Edition, Kogan Page Publishing: London
10. AROCENA P., NÚÑEZ, I., VILLANUEVA, M., (2008): The impact of prevention measures and organizational factors on occupational injuries. *Safety Science*, 46, p. 1369–1384.
11. ARROW, K. J. (1979): Egyensúly és döntés. Válogatott tanulmányok, Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 410 p.
12. ARTZ, B. (2010): Fringe benefits and job satisfaction. *International Journal of Manpower*, 31(6) p. 626-644.
13. ASFAR T., MCCLURE, L.A., ARHEART, K.L. (2019): Integrating Worksite Smoking Cessation Services into the Construction Sector: Opportunities and Challenges. *Health Education & Behavior*, 46(6), DOI: <https://doi.org/10.1177/1090198119866900>
14. AZARBOUYEH, A., JALALI NAINI, S.G. (2014): A study on the effect of teleworking on quality of work life, *Management Science Letters*, 2014(4) p. 1063-1068.
15. BACON, L. D. (1999): Using LISREL and PLS to Measure Customer Satisfaction, *Sawtooth Software Conference Proceedings*, La Jolla, California, Feb 2-5, p. 305-306.

16. BANDURA, A. (1994): Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*, Vol. 4, p. 71-81. New York: Academic Press
17. BAPTISTE, N.R. (2008): Tightening the link between employee wellbeing at work and performance: A new dimension for HRM. *Management Decision*, 46(2) p. 284-309.
18. BARCAN, C. (2016). How to Identify Your Brand's Sustainable Pathway. <http://www.vinylinfo.org/news/how-identify-your-brand%E2%80%99s-sustainable-pathway> Letöltés ideje: 2018.03.05
19. BARNA, B. (2020): A munkaelégedettség szerepe és jelentősége a katonai pályán, *Hadtudomány*, 3, p. 55-66.
20. BATAINEH, K.A. (2019): Impact of Work-Life Balance, Happiness at Work, on Employee Performance. *International Business Research*, 12(2) p. 99-112.
21. BAUER, M.W., GASKELL, G. (2000): Qualitative Researching with Text, Image and Sound: A Practical Handbook, Sage Publications
22. BECKIE T.M., HAYDUK, L.A. (1997): Measuring quality of life. *Social indicators research*. 42, 21-39 p.
23. BERGER-SCHMITT, R., NOLL, H. H. (2000): Conceptual framework and Structure of a European System of Social Indicators. EU Reporting Working Paper, No. 9, Mannheim, ZUMA.
24. BERKESNÉ RODEK, N. (2018) CSR EMAT- A vállalatok társadalmi felelősségvállalásának kiválósági menedzsment és értékelési eszköze = CSR EMAT- CSR excellence management and assessment tool. PhD thesis, Pannon Egyetem.
25. BERMAN, S., WICKS, A., KOTHA, S., JONES, T. (1999): Does Stakeholder Orientation Matter? The Relationship between Stakeholder Management Models and Firm Financial Performance. *Academy of Management Journal*, 42, p. 488-506.
26. BERMAN, B.R., EVANS, J.R. (2013): Retail Management: A Strategic Approach (12th Edition) 12th Edition, Pearson Education, 678. p.
27. BLACK, I. (2010): Sustainability through anti-consumption. *Journal of Consumer Behavior*. 9(6) p. 403-411.
28. BITE, P., KONCZOS SZOMBATHELYI, M., VASA, L. (2020): The concept of labour migration from the perspective of Central and Eastern Europe. *Economics and Sociology* 13, p. 197–216.
29. BONCZ, I. (2011): Az egészségügyi finanszírozás alapjai In: Boncz I. (szerk): Egészségügyi finanszírozási, menedzsment és minősbiztosítási alapismeretek. Medicina, Budapest
30. BOLTON, R.N., PARASURAMAN, A., HOEFNAGELS, A., KABADAYI, S., GRUBER, T., LOUREIRO, Y. K., MIGCHELS, N., SOLNET, D. (2013): Understanding Gen Y and their use of social media: a review and research agenda. *Journal of Service Management*. 24 (3), p. 245-267.
31. BOTHA, E., FARSHID, M., PITT, L. (2011): How Sociable? An Exploratory Study of University Brand Visibility in Social Media, *South African Journal of Business Management* 42(2), p. 43-51
32. BOULOS, M.N.K., WHEELERT, S. (2007): Blackwell Publishing Ltd The emerging Web 2.0 social software: an enabling suite of sociable technologies in health and health care education. *Health Information and Libraries Journal*. 24, p. 2-23.

33. BOURDIEU, P. (1997): The Forms of Capital” in Richardson, J. G. (ed.) Handbook of theory and research for the sociology of education. New York: Greenwood Press, p. 241–258.
34. BOWEN, H. R. (1953): Social responsibility and accountabilities of the businessman. New York: Harper & Row
35. BRAMMER, S., MILLINGTON, A. RAYTON, B. (2007): The contribution of corporate social responsibility to organizational commitment. *The International Journal of Human Resource Management*, 18(10) p. 1701-1719.
36. BRANYICZKI, I (1991): Motivációs elméletek In: *Vezetés-szervezés*. Szerk: DODBÁK, M. Aula Kiadó, Budapest, p.35-67.
37. BRODALSKI, D., BRINK, H., CURTIS, J., DIAZ, S., SCHINDELAR, J., SHANNON, C., WOLFSON, C. (2011): The Health Communicator’s Social Media Toolkit. Atlanta GA USA, CDC Electronic Media Branch
38. BROWN, H.E., GILSON, N.D., BURTON, N.W., BROWN, W.J. (2011): Does Physical Activity Impact on Presenteeism and Other Indicators of Workplace Well-Being? *Sports Med*, 41(3) p. 249-262.
39. BULOTAITĖ, L, et al. (2017) Workplace health promotion in health care settings in Finland, Latvia, and Lithuania. *Medicina* <https://doi.org/10.1016/j.medic.2017.10.002>
40. BUSSE, L., BLÜMEL, M., SCHELLER-KREINSEN, D., ZENTNER, A. (2010): Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe
41. CARROLL, A.B. (1979): A Three-Dimensional Conceptual Model of Corporate Performance. *The Academy of Management Review*, 4(4) p.479-505.
42. CARROLL, A.B. (1991): The Pyramid of Corporate Social Responsibility: Toward the Moral Management of Organizational Stakeholders, *Business Horizons*. 34(4) p.39-48.
43. CARROLL, A.B. (2016): Carroll’s pyramid of CSR: taking another look. *International Journal of Corporate Social Responsibility*, 1(3) p. 1-8.
44. CAMPAGNA, A., STATHACOPOULOS, A., PERSIAA, L, XENOU, E. (2017): Data collection framework for understanding UFT within city logistics solutions, *Transportation Research Procedia* 24C, p. 354–361.
45. ČESYNIENĖ, R., DISKIENĖ, D., STANKEVIČIENĖ, A. (2013): Labour Market Trends and Their Impact on Human Resource Management in Lithuanian Companies, *Ekonomika*, 92(3).
46. CHIUVE, S. E., MCCULLOUGH, M. L., SACKS, F. M., RIMM, E. B. (2006): Healthy lifestyle factors in the primary prevention of coronary heart disease among men: benefits among users and nonusers of lipid-lowering and antihypertensive medications. *Circulation*. 114 (2) p. 160-167.
47. CHO, S.J., CHUNG, C.Y., YOUNG J. (2019): Study on the Relationship between CSR and Financial Performance. *Sustainability*, 11, 343, p. 1-26
48. CHWISTECKA-DUDEK, H. (2016): Corporate Social Responsibility: Supporters vs. opponents of the concept. *Forum Scientiae Oeconomia*, 4(4) p. 171-179

49. CLOUTIER, O., FELUSIAK, L., HILL, C., PEMBERTON-JONES, E. (2015): The importance of developing strategies for employee retention. *Journal of leadership, accountability and ethics*, 12(2) p. 119-129.
50. COCHRAN, P.L. (2007): The evolution of corporate social responsibility. *Business Horizons*, 50(6) p. 449-454.
51. COLEMAN, J.S. (1988): Social Capital in the Creation of Human Capital, *American Journal of Sociology*, Vol. 94
52. CONOCOPHILLIPS COMPANY (2006): Sustainable Development Report, p.5, <http://www.sgcc.com.cn/csr/gwqy/images/20071227/7236.pdf> Letöltés ideje: 2016.03.30.
53. CRITTENDEN, V.L., CRITTENDEN, W.F., FERRELL, L.K., FERRELL, O.C., PINNEY, C.C. (2011): Market-Oriented Sustainability: A Conceptual Framework and Propositions. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 39, p. 71-85.
54. CZUBAŁA, A. (2016): Corporate Social Responsibility in marketing. *Forum Scientiae Oeconomia*, 4(1) p. 103-111.
55. CSÁFOR, H. (2009): Vállalatok társadalmi felelősségvállalása, regionális vizsgálat az Északmagyarországi Régióban. Doktori értekezés, Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Gazdaság- és Társadalomtudományi Kar, Gazdálkodás- és Szervezéstudományi Doktori Iskola, Környezetmenedzsment specializáció, Budapest.
56. CSIGÉNE NAGYPÁL, N. (2008): A vállalatok társadalmi felelősségvállalása és kapcsolódása a fenntarthatósághoz. PhD disszertáció, Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Gazdaság- és Társadalomtudományi Kar, Budapest.
57. CSUTORA M., HOFMEISTER-TÓTH Á. (2011): Fenntartható fogyasztás? A fenntartható fogyasztás gazdasági kérdései. Budapest, Aula Kiadó, 188 p.
58. DABIJA, D. C., BABUT, R., DINU, V., LUGOJAN, M. I. (2017): Cross-Generational Analysis of Information Searching based on Social Media in Romania, *Transformations in Business & Economics*, 16 (2) p. 248-270.
59. DAHLSTRUD, A. (2006): How Corporate Social Responsibility is defined: An analysis of 37 definitions. *Corporate Social Responsibility and Environmental Management*, 15.
60. DALY, H. E. (1996): Beyond Growth: The Economics of Sustainable Development. Boston, Beacon Press.
61. DALY, H. (2007): Ecological Economics and Sustainable Development, Selected Essays of Herman Daly, Elgar, Cheltenham, UK/Northampton, US
62. DANNENBERG, A.L., FRUMKIN, H., JACKSON, R.J. (2011): Making healthy places: designing and building for health, well-being, and sustainability. Washington D.C., Island Press
63. DEGUEN, S., ZMIROU-NAVIER, D. (2010): Social inequalities resulting from health risks related to ambient air quality – a European review. *European Journal of Public Health*. 20 (1) p. 27–35.
64. DE ROECK, K., EL AKREMIC, A., SWAEN, V. (2016): Consistency Matters! How and When Does Corporate Social Responsibility Affect Employees' Organizational Identification? *Journal of Management Studies*, 53(7) p. 1141–1168.

65. DHAOUI, C., WEBSTER, C. M. (2021): Brand and consumer engagement behaviors on Facebook brand pages: Let's have a (positive) conversation. *International Journal of Research in Marketing*, 38, p. 155-175.
66. DING, D., LAWSON, K.D., KOLBE-ALEXANDER, T.L., FINKELSTEIN E.A., KATZMARZYK, P.T., VAN MECHELEN, W., PRATT, M. (2016): The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases, *Lancet*, 388(10051) p. 1311-24.
67. DOH, P. J., LITTELL, B., & QUIGLEY, N. R. (2015): CSR and sustainability in emerging markets: Societal, institutional, and organizational influences. *Organizational Dynamics*, 44(2) p. 112–120.
68. DOS, A. (2017): Multi-criteria decision methods for CSR management –literature review. *Managerial Economics*, 18(1) p. 63–86.
69. DUDA J., ŽŮRKOVÁ L. (2013): Costs of employee turnover, *Acta Universitatis Agriculturae Et Silviculturae Mendelianae Brunensis*, LXI 228(7) p. 2071-2075.
70. DUFFY, E.Y., HIREMATH, P.G., MARTINEZ-AMEZCUA, P., SAFEER, R., SCHRACK, J.A., BLAHA M.J., MICHOS, E.D., BLUMENTHAL, R.S., MARTIN, S.S., CAINZOS-ACHIRICA, M. (2021): Opportunities to improve cardiovascular health in the new American workplace. *American Journal of Preventive Cardiology*, 5: 100136.
71. DUMITRESCU, D., SIMIONESCU, L.N. (2015): Empirical research regarding the influence of corporate social responsibility (CSR) activities on companies' employees and financial performance. *Econ. Comput. Econ. Cybern.* 49, p. 57–71.
72. DUNAY, A., AYALEW, A., ABDISSA, G. (2021): Why Socially Responsible? Determinant Factors of Organizational Performance: Case of Dangote Cement Factory in Ethiopia, *Sustainability*, 13(9), 4783, <https://doi.org/10.3390/su13094783>
73. DUNN, H. L. (1961): High-Level Wellness: A Collection of Twenty-Nine Short Talks on Different Aspects of the Theme "High-Level Wellness for Man and Society". Arlington, VA: Beatty
74. DURAISINGAM, V., PIDDA, K., ROCHE, A.M. (2009): The impact of work stress and job satisfaction on turnover intentions: A study of Australian specialist alcohol and other drug workers. *Drugs: Education Prevention and Policy*, 16(3) p. 217-231.
75. EISENHAUER, W.A., SMITH, A.M. (2008): Health Promotion, Disease Prevention, and Patient Education. in. Ballweg R. – Sullivan E.M. – Brown D. – Vetrosky D. (Eds.): Physician Assistant (Fourth Edition)
76. ELLIS, T.S, WEBSTER, R.L. (1998): IS managers' innovation toward telecommuting: a structural equation model, *Proceedings of the Thirty-First Hawaii International Conference on System Sciences*, (4) p. 161-168.
77. ENSZ (2013): World Economic and Social Survey 2013: Sustainable Development Challenges. New York, United Nations Publications.
78. ENSZ (2015): Sustainable Development Goals. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/> Letöltés ideje: 2018.03.19.
79. ENSZ, Gazdasági és Szociális Minisztérium, Népességi Osztály (2017): World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP/248

80. ENTERPRISE COMMUNICATIONS MAGYARORSZÁG Kft. (2017): Ipari digitalizálás – A negyedik ipari forradalom. <http://digitalisipar.hu/negyedik-ipari-forradalom/> Letöltés ideje: 2017.12.05.
81. ENWHP (2007): Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union
82. ENWHP (2013): Egészséges munkahelyek krónikus beteg munkavállalók számára, Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 36. p.
83. ESZES, I. (2012) Digitális Gazdaság könyv. Digitális gazdaság. Az e-kereskedelem marketinges szemmel. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 375. p.
84. EUROSTAT (2019) Eurostat database <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
85. EUROFOUND (2012): Third European Quality of Life Survey - Quality of life in Europe: Impacts of the crisis, Luxembourg, Publications Office of the European Union.
86. EURÓPAI BIZOTTSÁG (2001) Corporate Social Responsibility (CSR). Luxembourg, Commission of the European Communities
87. EURÓPAI BIZOTTSÁG (2010): Corporate Social Responsibility (CSR). https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/doing-business-eu/corporate-social-responsibility-csr_en Letöltés ideje: 2020.12.12.
88. EURÓPAI BIZOTTSÁG (2013): Reflection Process on Chronic Diseases – Final Report, http://www.eular.org/myUploadData/files/EU_contribution_reflection_process_Chronic_Diseases_final_report.pdf Letöltés ideje: 2015.10.10.
89. EURÓPAI BIZOTTSÁG (2015): Here is how we will improve digital skills and create more jobs in Europe. <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/blog/here-how-we-will-improve-digital-skills-and-create-more-jobs-europe-0> Letöltés ideje: 2017.09.10.
90. EURÓPAI BIZOTTSÁG (2016): Here is how we will improve digital skills and create more jobs in Europe <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/blog/here-how-we-will-improve-digital-skills-and-create-more-jobs-europe-> Letöltés ideje: 2017.09.10.
91. EURÓPAI BIZOTTSÁG (2017): Europe's Digital Progress Report 2017. <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/europes-digital-progress-report-2017> Letöltés ideje: 2017.09.10.
92. EVANS, R. (2014): The use of web 2.0 technologies in business, Lecture note, Cranfield University
93. EVANS, M. DALKIR, K., Bidian, C. (2014): A Holistic View of the Knowledge Life Cycle: The Knowledge Management Cycle (KMC) Model. *The Electronic Journal of Knowledge Management*. 12 (2) 85-97. p.
94. FASSIN, Y. (2008): SMEs and the fallacy of formalising CSR, *Business Ethics, the Environment & Responsibility*, 17(4) p.364-378.
95. FAZEKAS, I., HARSÁNYI, D. (2000): Marketingkommunikáció, Szókratész Külgazdasági Akadémia, Budapest, 344. p.
96. FEHÉR, J., REICH, M. (2020): Perceived Impacts of Company Workplace Health Promotion On Employment Relationship. *Journal of Eastern European and Central Asian Research*, 7(3) p. 238-254.

97. FINE, L.J., PHILOGENE, G.S., GRAMLING, R., COUPS, E.J., SINHA, S. (2004): Prevalence of multiple chronic disease risk factors. *Am J Prev Med*, 27, p. 18-24.
98. FISHBEIN, M., AJZEN, I. (2010): Predicting and Changing Behavior: The Reasoned Action Approach, Psychology Press, ISBN: 978-0-8058-5924-9
99. FONTANA, A., FREY, J. H. (2005): The Interview: From Neutral Stance to Political Involvement. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research*, p. 695–727.
100. FORNELL, C., AD LARCKER, D.F. (1981): Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *Journal of Marketing Research*, 18(1) p. 39-50.
101. FOROUZANFAR, M.H. et al. (2016): Global, Regional, and National Comparative Risk Assessment of 79 Behavioural, Environmental and Occupational, and Metabolic Risks or Clusters of Risks, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 388, p. 1659-1724.
102. FOTIS, J. (2015): The Use of social media and its impacts on consumer behaviour: the context of holiday travel, PhD thesis
103. FREEDMAN D.A. – BESS K.D. – TUCKER H.A. – BOYD D.L. – TUCHMAN A.M. – WALLSTON K.A. (2009): Public health literacy defined. *Am J Prev Med*. 36(5) p. 446-451.
104. FRIEDMAN, M. (1970): The Social Responsibility of Business Is to Increase Its Profits. *The New York Times Magazine*
105. FUCHS, V. (2004): Reflections on the Socio-economic Correlates of Health. *Journal of Health Economics*. 23, p. 653-661.
106. GAJDA, J. (2017): The impact of corporate social responsibility on the management of the employment sphere in a modern organization, [in] Daróczy M., Robak E. and Vinogradov S. (eds.), *Management, Organizations and Society*, Budapest: Agroinform Publishing House
107. GÁSPÁR, T. (2013): A társadalmi-gazdasági fejlettség mérési rendszerei. *Statisztikai Szemle*. 91 (1) p. 77-92.
108. GIBSON, M. et al. (2011): Housing and Health Inequalities: A Synthesis of Systematic Reviews of Interventions Aimed at Different Pathways linking Housing and Health. *Health and Place*. 17, p. 175-184.
109. GILG, A., BARR, S. - Ford N. (2005): Green consumption or sustainable lifestyles? Identifying the sustainable consumer. *Futures* 37 (6) p. 481-504.
110. GIOVANIS, E. (2019): Do the flexible employment arrangements increase job satisfaction and employee loyalty? Evidence from Bayesian networks and instrumental variables. *Int. J. Comput. Econ. Econom.* 9, p. 84–115.
111. GLOBAL E-SUSTAINABILITY INITIATIVE (2017): Summary Report. #SystemTransformation. How digital solutions will drive progress towards the sustainable development goals. http://systemtransformation-sdg.gesi.org/160608_GeSI_SystemTransformation.pdf Letöltés ideje: 2017.09.17.
112. GONDA, G., GORGENYI-HEGYES, E., NATHAN, R.J., FEKETE-FARKAS, M. (2020): Competitive Factors of Fashion Retail Sector with Special Focus on SMEs. *Economies*, 8(4): 95. <https://doi.org/10.3390/economies8040095>

113. GORGENYI-HEGYES, E., FEKETE-FARKAS, M. (2019): Internal CSR as a Strategic Management Tool in Reduction of Labour Shortages. *Polish Journal of Management Studies*, 22(1) p. 26-42.
114. GRABARA, J., DURA, C. DRIGA, I. (2016): Corporate social responsibility awareness in Romania and Poland: A comparative analysis. *Economics and Sociology*, 9, p. 344–359.
115. GROSSMEIER, J., FABIOUS, R., FLYNN, J.P. et al. (2016): Linking Workplace Health Promotion Best Practices and Organizational Financial Performance: Tracking Market Performance of Companies With Highest Scores on the HERO Scorecard, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 58(1) p.16-23.
116. GRUNERT S.C., JUHL, H.J. (1995): Values, environmental attitudes, and buying of organic foods. *Journal of Economic Psychology*. 16 (1) 39-62. p.
117. GUBLER, T., LARKIN, I., PERCE, L. (2017): Doing Well by Making Well: The Impact of Corporate Wellness Programs on Employee Productivity. *Management Science*, 64(11). <https://doi.org/10.1287/mnsc.2017.2883>
118. HAIR, J., SARSTEDT, M., PIEPER, T., RINGLE, C. (2012a): The Use of Partial Least Squares Structural Equation Modeling in Strategic Management Research: A Review of Past Practices and Recommendations for Future Applications. *Long Range Planning*. 45, p. 320-340. 10.1016/j.lrp.2012.09.008.
119. HAIR, J., MARKO, S., RINGLE, C., MENA, J. (2012b): An Assessment of the Use of Partial Least Squares Structural Equation Modeling in Marketing Research. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 40, p. 414–433. 10.1007/s11747-011-0261-6.
120. HAIR, J., HULT, T.M., RINGLE, C., SARSTEDT, M. (2016): A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM), USA, Kennesaw State University.
121. HAIR, J.F., JR., HULT, G.T.M., RINGLE, C., SARSTEDT, M. (2017): A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM) Sage publications: Los Angeles, CA, USA
122. HAIR, J. F., RISHER, J.J., SARSTEDT, M., RINGLE, C.M. (2019): When to use and how to report the results of PLS-SEM, *European Business Review*, 31(1), DOI 10.1108/EBR-11-2018-0203
123. HARARI, M.J., WAEHLER, C.A., ROGERS, J.R. (2005): An Empirical Investigation of a Theoretically Based Measure of Perceived Wellness. *Journal of Counseling Psychology*, 52 (1) 93-103. p.
124. HAN, Q., ZHENG, B., AGOSTINI, M., B'ELANGER, J.J., GÜTZKOW, B., KREIENKAMP, J., REITSEMA, A.M., VAN BREEN, J.A., PSYCORONA COLLABORATION, LEANDER, N.P. (2021): Associations of risk perception of COVID-19 with emotion and mental health during the pandemic. *Journal of Affective Disorders*.
125. HANIFAN, L. J. (1916): The Rural School Community Centre. *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences* 67, 130-38.
126. HART, M. (2017). Sustainable measures. <http://www.sustainablemeasures.com/node/26> Letöltés ideje: 2017.10.10.
127. HASSAN, M., HASSAN, S. KHAN, M.F.A., IQBAL, A. (2013): Impact of HR Practices on Employee Satisfaction and Employee Loyalty: An Empirical Study of Government Owned Public Sector Banks of Pakistan. *Middle-East Journal of Scientific Research* 16(1) p. 1-8.

128. HAUSMANN, R. (2017): Digitalizáció – Versenyképességi fókuszpont az államigazgatás számára is. <https://www.mnb.hu/letoltes/hausmann-robert-digitalizacio-versenykepessegi-fokuszpont-az-allamig-mnbhonlapra.pdf> Letöltés ideje: 2017.11.30.
129. HAVASI, V. (2009): Az értékrend és az életminőség összefüggései. Debrecen, Debreceni Egyetem Közgazdaságtudományi Kar, Közgazdaságtudományi Doktori Iskola.
130. HELTAI, E., TARJÁNYI, J. (2004): A szociológiai interjú (mélyinterjú) készítése, TÉRKI, Budapest, 37. p.
131. HENDRIKSEN, I.J.M., SNOIJER, M., DEKOK, B.P.H., VANVILSTEREN, J., HOFSTETTER, H. (2016): Effectiveness of a Multilevel Workplace Health Promotion Program on Vitality, Health, and Work-Related Outcomes. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 58(6) p. 575-583.
132. HENSELER, J., RINGLE, C. M., SINKOVICS, R.R. (2009): The Use of Partial Least Squares Path Modeling in International Marketing, *Advances in International Marketing*, Emerald JAI Press
133. HENSELER, J., RINGLE, C.M., SARSTEDT, M. (2015): A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 43(1) p. 115-35.
134. HETTLER, B. 1984. Wellness: encouraging a lifetime pursuit of excellence. *Health Values*, 8 (4) p. 13-17.
135. HERZBERG, F. (1966): *Work and the nature of man*. New York: World Publishing.
136. HERZBERG, F. (1968): One More Time: How Do You Motivate Employees? *Harvard Business Review*, 46, p. 53-62.
137. HOLDEN, E., LINNERTUD, K., BANISTER, D. (2014): Sustainable development: Our Common Future revisited. *Global Environmental Change*. 26, p. 130-139.
138. HOMBURG, C., STOCK, R. (2000): *Der kundenorientierte Mitarbeiter*, Gabler, Wiesbaden
139. HOMBURG, C., STOCK, R. (2004): The Link between Salespeople's Job Satisfaction and Customer Satisfaction in a Business-to-Business Context: A Dyadic Analysis. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 32, p. 144-158.
140. HONG, E.N.C., HAO, L.M., KUMAR, R., RAMENDRAN, C. KADIRESAN, V. (2012): An Effectiveness of Human Resource Management Practices on Employee Retention in Institute of Higher learning: - A Regression Analysis. *International Journal of Business Research and Management*, 3(2) p. 60-79.
141. HOOKER, S.A., MASTERS, K.S., ROSS, K.M., JACKSON, K.H., PETERS, J.C. (2021): Multiple Dimensions of Wellness: Development and Psychometric Properties of the Anschutz Wellness Evaluation 360 (AWE 360). *Journal of Well-Being Assessment*. 4, p. 95–119.
142. HORVÁTH, Á., KOVÁCS, A., FODOR, M. (2005): New consumer behavior characteristics in the food market. Trends in health and time awareness (in Hungarian). in Józsa, L., Varsányi, J. (eds.): *Marketingoktatás és kutatás a változó Európai Unióban*. Széchenyi István Egyetem: Győr. 108–119. p.
143. HOPPOCK, R. (1935): *Job satisfaction*. New York: Harper & Brothers
144. HORVÁTH, GY. (1997): *A modern tesztmodellek alkalmazása*. Akadémiai Kiadó, Budapest. 308. p.

145. HOUGHTON, S.M., GABEL, J.T.A., WILLIAMS, D.W. (2009): Connecting the Two Faces of CSR: Does Employee Volunteerism Improve Compliance? *Journal of Business Ethics*, 87(4) p. 477–494.
146. HØYER, K.G. (2000): Sustainable Mobility – The Concept and Its Implications, Sogndal, Western Norway Research Institute
147. HUBERT, J. (2018): Corporate self-disclosure in social media. *Vezetéstudomány - Budapest Management Review*, 49 (11) p. 2-11.
148. ISA, S.M. (2012): Corporate Social Responsibility: What Can We Learn From The Stakeholders? International Congress on Interdisciplinary Business and Social Science 2012. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 65, p. 327-337.
149. JILCHA, K., KITAW, D. (2017): Industrial occupational safety and health innovation for sustainable development. *Engineering Science and Technology, an International Journal*. 20(1) p. 372-380.
150. JENKINS, E., ILICIC, J., BARKLAMB, A.M., MCCAFFREY, T. A. (2020): Assessing the Credibility and Authenticity of Social Media Content for Applications in Health Communication: Scoping Review, *J Med Internet Res*, 22(7):e17296. doi: 10.2196/17296.
151. JOHNSON, L.C., AUDREY, J., SHAW, S.M. (2007): Mr. Dithers comes to dinner:telework and the merging of women's work and home domains in Canada, *Gender, Place, and Culture*, 14(2) p. 141-161.
152. KANKANAMGE, N., Yigitcanlar, T., Goonetilleke, A., Kamruzzaman, Md. (2020): Determining disaster severity through social media analysis: Testing the methodology with South East Queensland Flood tweets, *International Journal of Disaster Risk Reduction* 42:101360
153. KAUFMANN, L., GAECKLER, J. (2015): A Structured Review of Partial Least Squares in Supply Chain Management Research. *Journal of Purchasing and Supply Management*, 21, p. 259-272.
154. KAPLAN, A.M., HAENLEIN, M. (2010): Users of the world, unite! The challenges and opportunities of Social Media. *Business Horizons*. 53(1) p. 59-68.
155. KARAYE, Y. I., ISHAK, Z., ADAM, N.C. (2014): The Mediating Effect of Stakeholder Influence Capacity on the Relationship between Corporate Social Responsibility and Corporate Financial Performance, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 164, p. 528-534
156. KASHYAP, R., MIR, R., MIR, A. (2011): Corporate Social Responsibility: A Call for Multidisciplinary Inquiry. *Journal of Business & Economics Research*, 2(7) p. 51-58.
157. KASPER, H., MUEHLBACHER, J., KODYDEK, G., ZHANG, L. (2012): Fringe benefits and loyalty on the chinese labor market a trend towards higher individual and performance-orientation a case study focusing on technology companies in the shanghai region. *Journal of Technology Management in China*, 7(2) p. 164-176.
158. KAZEKAMI, S. (2020): Mechanisms to improve labor productivity by performing telework. *Telecommunications Policy*, 44(2). doi:10.1016/j.telpol.2019.101868
159. KERÉKES, S., WETZKER, K. (2007): The concept of a "socially responsible company" is heading east (in Hungarian). Working Paper. Budapesti Corvinus Egyetem. 2007.

160. KEY, S. (1999): Toward a New Theory of the Firm: A Critique of Stakeholder “Theory”. *Management Decision*, 37, p. 317-328. <http://dx.doi.org/10.1108/00251749910269366>
161. KNIGHTS, D., WILLMOTT, H. (2007): *Introducing Organizational Behaviour and Management*, Thomson Learning, London, 42. p.
162. KHUONG, M.N., LINH, U.D.T. (2020): Influence of work-related stress on employee motivation, job satisfaction and employee loyalty in hospitality industry. *Management Science Letters*. 10, p. 3279–3290.
163. KHUONG, M.N., TIEN, B.D. (2013): Factors influencing employee loyalty directly and indirectly through job satisfaction - A study of banking sector in Ho Chi Minh City. *International Journal of Current Research and Academic Review*, 1(4) p. 81-95.
164. KHUONG, M.N., MAI, T.P., PHUONG, T.M. (2020): The impacts of human resource management practices on employees’ motivation and loyalty. *Management Science Letters* 10, p. 2673–2682.
165. KOLTAY, G., VINCZE J. (2009): Fogyasztói döntések a viselkedési közgazdaságtan szemszögéből. *Közgazdasági Szemle*. LVI. évf. p. 495-525.
166. KOPÁNYI, M. (1996). Bevezetés. In: Kopányi M. (szerk.), *Mikroökonómia*. Budapest: Műszaki Könyvkiadó.
167. KOPP, M., KOVÁCS, M. E. (szerk) (2006): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest, Semmelweis Egyetem
168. KOT, S. (2014): Knowledge and Understanding of Corporate Social Responsibility. *Journal of Advanced Research in Law and Economics*, V, 2(10) p. 109 – 119
169. KOT, S., BRZEZINSKI, S. (2015): Market Orientation Factors in Sustainable Development and Corporate Social Responsibility. *Asian Journal of Applied Sciences*. 8, p. 101-112.
170. KOTLER, P., KELLER, K.L. (2012): *Marketingmenedzsment*, Akadémiai Kiadó, Budapest, 894. p.
171. KOVÁCS, O. (2017): Az ipar 4.0 komplexitása. *Közgazdasági Szemle*. LXIV, p. 823-851.
172. KOVÁCS, E. (2014): *Többváltozós adatelemzés*. Budapest: Typotex.
173. KREKEL, C., WARD, G., DE NEVE, J-E., AND COUNCIL MEMBERS: J. HARTER, A. BLANKSON, A. CLARK, C. COOPER, J. LIM, P. LITCHFIELD, J. MOSS, M. I. NORTON, A.V. WHILLANS, AND D. COOPERRIDER, AND D. MENDELWICZ. (2019): Employee Well-being, Productivity, and Firm Performance: Evidence and Case Studies. Chap. 5 in *Global Happiness and Wellbeing Policy Report*, by Global Council for Happiness and Wellbeing, p. 72–94. New York: Sustainable Development Solutions Network
174. KSH (2020) KSH adatbázis adatai, <http://www.ksh.hu/stadat>
175. KUOPPALA, J., LAMMINPÄÄ, A., LIIRA, J.P., VAINIO, H. (2008): Leadership, Job Well-Being, and Health Effects—A Systematic Review and a Meta-Analysis. *American College of Occupational and Environmental Medicine*, 50(8): 904-915.
176. LAPOINTE, L., RAMAPRASAD, J., VEDEL, I. (2014): Creating health awareness: a social media enabled collaboration. *Health and Technology*. 4(1) p. 43-57.

177. LEE, M.S-M., LEE, M-B., LIAO, S-C., CHIANG, F-T. (2009): Relationship Between Mental Health and Job Satisfaction Among Employees in a Medical Center Department of Laboratory Medicine. *Med Assoc*, 108(2) p. 146–154.
178. LEE, T.W., HOM, P., EBERLY, M., LI, J. (2018): Managing employee retention and turnover with 21st century ideas. *Organizational Dynamics*, 47, p. 88-98.
179. LI, Y., ZHANG, M., JIANG, Y., WU, F. (2007): Co-variations and Clustering of Chronic Disease Behavioral Risk Factors in China: China Chronic Disease and Risk Factor Surveillance, 2007. *PLoS One*. 7(3): e33881.
180. LI, B., FAN, X., ÁLVAREZ-OTERO, S., SIAL, M. S., COMITE, U., CHERIAN, J., VASA, L. (2021): CSR and Workplace Autonomy as Enablers of Workplace Innovation in SMEs through Employees: Extending the Boundary Conditions of Self-Determination Theory, *Sustainability*, 13(11) 6104, <https://doi.org/10.3390/su13116104>
181. LICHTENSTEIN, D., MINETTE, R., DRUMWRIGHT, E., BRAIG, B.M. (2004): The Effect of Corporate Social Responsibility on Customer Donations to Corporate-Supported Nonprofits. *Journal of Marketing*, 68(4) p. 16-32
182. LIEVROUW, L.A. (2009) New media, mediation, and communication study, *Information, Communication & Society*, 12(3) p. 303-325
183. LIM, W.M. (2017): Inside the sustainable consumption theoretical toolbox: Critical concepts for sustainability, consumption, and marketing. *Journal of Business Research*. 78, p. 69-80.
184. LINARDAKIS, M., PAPADAKI, A., SMPOKOS, E., MICHELI, K., VOZIKAKI, M., PHILALITHIS, A. (2015): Association of Behavioral Risk Factors for Chronic Diseases with Physical and Mental Health in European Adults Aged 50 Years or Older, 2004–2005. Preventing chronic disease – Public health research, practice, and policy. 12:150134. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd12.150134>.
185. LING, Y. (2019): Cultural and contextual influences on corporate social responsibility. *Cross Cultural & Strategic Management*, 26(2) p. 290–310.
186. LINTON, M-J., DIEPPE, P., MEDINA L. A. (2016): Review of 99 self-report measures for assessing well-being in adults: Exploring dimensions of well-being and developments over time. *BMJ Open* 6(7): e010641
187. LISSZABONI SZERZŐDÉS (2007): <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/HTML/?uri=CELEX:12007L/TXT&from=HU> Letöltés ideje: 2018.03.19.
188. LOCKE, E.A. (1976): The Nature and Causes of Job Satisfaction. In *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, edited by M.P. Dunnette. Chicago, IL: Rand McNally. 1297-1350.
189. LOEF, M., WALACH, H. (2012): The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine* 55(3) p. 163-170.
190. LOEW, T., ANKELE, K., BRAUN, S., CLAUSEN, J. (2004): Bedeutung der internationalen CSR-Diskussion für Nachhaltigkeit und die sich daraus ergebenden Anforderungen an Unternehmen mit Fokus Berichterstattung, Berlin, Münster
191. LUKE, D. A., HARRIS, J. K. (2007): Network Analysis in Public Health: History, Methods, and Applications. *Annual Review of Public Health*. 28, p. 69-93.

192. LUTZENBERGER, J., GOTTWALD, F. T. (1999): Ernährung in der Wissensgesellschaft. Frankfurt am Main.
193. MACKENBACH, J.P. et al. (2008): Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *New England Journal of Medicine*. 358, p. 2468–2483.
194. MACASSA, G., FRANCISCO, J. MCGRATH, C. (2017): Corporate Social Responsibility and Population Health. *Health Science Journal*. 11(5): 528.
195. MAJÓ-PETRI, Z., SZABÓ-SZENTGRÓTI, G. (2021): A vizsgált szervezetek változással kapcsolatos attitűdjei, lehetőségei a pandémia alatt (első és második fázis) in Poór et al.: 39-47.
196. MAK, B., SOCKEL, H. (2001): A Confirmatory Factor Analysis of IS Employee Motivation and Retention. *Information & Management*, 38, p. 265-276.
197. MALDOY, K., DE BACKER, C.J., POELS, K. (2021): The pleasure of sharing: Can social context make healthy food more appealing? *Psychology & Marketing*, 38(1) p. 359–370. DOI: 10.1002/mar.21396
198. MALHOTRA, N. K. (2009): Marketingkutatás. Budapest: Akadémiai Kiadó.
199. MANCEBO, F. (2013): Développement durable. Arman Colin, 2ème edition. Paris.
200. MANSOOR, M., FIDA, S., NASIR, S., AHMAD, Z. (2011): The Impact of Job Stress on Employee Job Satisfaction A Study on Telecommunication Sector of Pakistan. *Journal of Business Studies Quarterly*, 2(3) p. 50-56.
201. MARKOS-KUJBUS, É., GÁTI, M. (2012): A közösségi média mint online stratégiai eszköz. In: "Coopetition" Verseny és együttműködés a marketingben. Magyar Marketing Szövetség Marketing Oktatók Klubja 18. Országos Konferencia, 2012. augusztus 30-31., Miskolc, Magyarország.
202. MARTENSEN, A., GRONHOLDT, L. (2001): Internal marketing: a study of employee loyalty, its determinants and consequences. *Innovative Marketing*, 2(4) p. 92-116.
203. MASLOW, A. H. (1943): A Theory of Human Motivation. *Psychological Review* 50 (4), p. 370-396.
204. MATTHIESEN, M.L., SALZMANN, A.J. (2017): Corporate social responsibility and firms' cost of equity: How does culture matter? *Cross Cultural & Strategic Management*, 24(1) p. 105-124.
205. MATZLER, K., SAUERWEIN, E., HEISCHMIDT, KA. (2003) Importance–Performance Analysis revisited: the role of the factor structure of customer satisfaction. *Serv Ind Journal* 23(2) p.112–30.
206. MATZLER, K., RENZL, B. (2006): The relationship between interpersonal trust, employee satisfaction and employee loyalty. *Total Quality Management and Business Excellence*, 17(10) p. 1261-1271.
207. MÁRVÁNYKÖVI, F. MELLES, K., RÁCZ, J. (2008): Az „egészség-hit-modell” magyarországi vizsgálata intravénás droghasználók körében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 63 (2). p. 311-336.
208. MCDAID, D., PARK, A-L., WAHLBRECK, K. (2009): The Economic Case for the Prevention of Mental Illness. *Annual Review of Public Health*, 40(1), DOI: 10.1146/annurev-publhealth-040617-013629

209. MCMICHAEL, A.J. (2006): Population health as the 'bottom line' of sustainability: a contemporary challenge for public health researchers. *European Journal of Public Health*. 16(6) p. 579-582.
210. MCWILLIAMS, A. SIEGEL, D. (2000): Corporate Social Responsibility: A Theory of the Firm Perspective. *The Academy of Management Review*, 26(1) p. 117-127.
211. MEADOWS, D.H., MEADOWS, D.L., RANDERS, J., BEHRENS, W.W. (1972): The limits to Growth: A report for the Club of Rome's project on the predicament of mankind, New York, Universe Books, 205 p.
212. MEISELMAN, H.L. (2016): Quality of life, well-being and wellness: Measuring subjective health for foods and other products. *Food Quality and Preference*, 54, p. 101-109.
213. MICHAELIS, L. (2003): The role of business in sustainable consumption, *Journal of Cleaner Production*, 11(8) p. 915-921.
214. MILTON, S., ZILAH, GY. (2011): A hazai kis- és középvállalkozások társadalmi felelősségvállalása. *Munkaügyi Szemle*, 2011/III, p. 52-63.
215. MONTANO, D. E., KASPRZYK, D. (2008). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, p. 67–96. Jossey-Bass.
216. MORRISON, F.P. – Kukafka R. - Johnson S.B. (2005): Analyzing the Structure and Content of Public Health Messages, *AMIA 2005 Symposium Proceedings*, p. 540-544.
217. MUCHINSKY, P. M. (1977): Organizational communication: Relationships to organizational climate and job satisfaction. *Academy of Management Journal*, 20(4) p. 592–607.
218. MUPA, P., CHABAYA, R. A., CHIOME, C. (2011): Knowledge management for sustainable growth and development: Implications for higher education. *Zimbabwe International Journal of Open & Distance Learning*. 1(2) p. 99-106.
219. MURALI, S., PODDAR, A., SEEMA, A. (2017): Employee Loyalty, Organizational Performance & Performance Evaluation – A Critical Survey. *IOSR Journal of Business and Management (IOSR-JBM)*. 19(8) p.62-74.
220. NAIR, M. (2011): Understanding and Measuring the Value of Social Media. *The Journal of Corporate Accounting & Finance*. 22(3) p. 45-51.
221. NATHAN, R.J., VICTOR, V., GAN, C.L., KOT, S. (2019): Electronic commerce for home-based businesses in emerging and developed economy. *Eurasian Business Review*. 9. p. 463–483. <https://doi.org/10.1007/s40821-019-00124-x>
222. NOAR, S.M. (2011): An Audience-Channel-Message-Evaluation (ACME) Framework for Health Communication Campaigns. *Health Promotion Practice*. 13(4) p. 481-488.
223. O'BRIEN E. (2003): Employers' Benefits from Workers' Health Insurance. *The Milbank Quarterly*, 81(1) p. 5-43.
224. O'BRIEN, W.H., WANG, S., XU, H., WANG, S., YANG, Z., YANG, J.T., LIU, O., ZHANG, X., TANG, L., VARGA, A.V., SIMS, T., LIM, C.X., JARUKASEMTHAWEE, S., PISITSUNGKAGARN, K. (2021): Psychological reactions to COVID-19: Survey data assessing perceived susceptibility, distress, mindfulness, and preventive health behaviors. *Data in Brief*, 34: 106687.

225. OECD (2008). Promoting Sustainable Consumption. <https://www.oecd.org/greengrowth/40317373.pdf> Letöltés ideje: 2018.03.20.
226. OECD (2016): OECD Better Life Index webpage. <http://www.oecdbetterlifeindex.org/> Letöltés ideje: 2017.06.20.
227. OECD (2017a): Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Paris, OECD Publishing
228. OECD (2017b): Magyarország: Egészségügyi országprofil 2017, State of Health in the EU, Paris, OECD Publishing / Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies
229. OECD (2019): Magyarország: Egészségügyi országprofil 2019, State of Health in the EU, Paris, OECD Publishing / Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies
230. OECD/EU (2016): Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU cycle. Paris, OECD Publishing
231. OECD/EU (2020): Health at a Glance 2020: OECD Indicators. Paris, OECD Publishing
232. O'REILLY, T. (2005): What is web 2.0. <http://www.oreilly.com/pub/a/web2/archive/what-is-web-20.html> Letöltés ideje: 2015.07.20.
233. OLAH, J., SZOLNOK, A., NAGY, GY., LENGYEL, P., POPP, J. (2017): The Impact of Lean Thinking on Workforce Motivation: A Success Factor at LEGO Manufacturing Ltd. *Journal of Competitiveness*, 9(2) p. 93-109.
234. OZMINKOWSKI, R.J., SERXNER, S., MARLO, K., KICHLU, R., RATELIS, E., VAN DE MEULEBROECKE, J. (2016): Beyond ROI: Using Value of Investment to Measure Employee Health and Wellness. *Population Health Management*, 19(4), DOI: 10.1089/pop.2015.0160
235. ÖKOPOLISZ ALAPÍTVÁNY (2017): ENSZ, SDG célok. <http://okopoliszalapitvany.hu/hu/cikkek/ensz> Letöltés ideje: 2018.05.30.
236. PHARR, J.R., BUNGUM, T. (2012.) Health disparities experienced by people with disabilities in the United States: a Behavioral Risk Factor Surveillance System study. *Glob J Health Sci*, 4(6) p. 99–108.
237. PELENC, J., BALLEET, J., DEDEURWAERDERE, T. (2015): Weak Sustainability versus Strong Sustainability. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/6569122-Pelenc-Weak%20Sustainability%20versus%20Strong%20Sustainability.pdf> Letöltés ideje: 2018.03.20.
238. PHIPPS, M., OZANNE, L., WEAVER, T. et al. (2013): Understanding the inherent complexity of sustainable consumption: A social cognitive framework. *Journal of Business Research*. 66(8) 1227-1234. p.
239. POÓR, J., DAJNOKI, K., SZŰCS, B., SZABÓ, SZ. (2021): Koronavírus-válság kihívások és HR válaszok. Magyar Agrár-és Élettudományi Egyetem, ISBN: 978-963-269-940-0
240. PROBST, G.J.B. (1998): Practical knowledge management: a model that works. *Arthur D. Little Prism*, Second quarter 1998, p. 17-29.
241. PROPER, K., VAN MECHELEN, W. (2007): Background paper prepared for the WHO/WEF Joint Event on Preventing Noncommunicable Diseases in the Workplace. World Health Organization, WHO Press: Geneva.
242. PUTNAM, R. D. (1995): Bowling Alone: America's Declining Social Capital. *Journal of Democracy*, 6 (1) p. 65-78.

243. RAINIE, L., WELLMAN, B. (2012): *Networked: The New Social Operating System*, Cambridge, MA, MIT Press.
244. RAFFAY-DANYI, Á, HAJMÁSY, G. (2021). A dolgozói elégedettség vizsgálata a belső CSR-tevékenységek tükrében. *Vezetéstudomány / Budapest Management Review*, 52(4) p. 32–47.
245. RANI, S., KAMALANABHANB, SELVARANIA. (2011): Work / life balance reflections on employee satisfaction. *Serbian Journal of Management*, 6(1) p. 85-96.
246. REICH, M. (2017): *Workplace Health Management as an Emerging Function Within Corporate Human Resource Management - Results of a Survey in Germany and Hungary*. PhD Dissertation, Szent István University, Gödöllő
247. REINARTZ, W., HAENLEIN, M., HENSELER, J. (2009): An Empirical Comparison of the Efficacy of Covariance-Based and Variance-Based SEM, *International Journal of Research in Marketing*, 26(4) p. 332-344.
248. RENZL, B. (2003): Mitarbeiter als Wissensressource. In K. Matzler et al. (Eds), *Werte schaffen - Perspektiven einer stakeholderorientierten Unternehmensführung*, Wiesbaden: Gabler, p. 319-334.
249. RESEARCH CENTER (2021): Magyar közösségi média körkép, <https://www.researchcenter.hu/cikkek/magyar-kozossegi-media-korkep/> Letöltés ideje: 2021.06.30.
250. RINGLE, C. M., SARSTEDT, M., SCHLITTGEN, R., TAYLOR, C. R. (2013): PLS path modeling and evolutionary segmentation. *Journal of Business Research*, 66(9) p. 1318–1324.
251. ROÓZ, J, HEIDRICH, B. (2013): *Vállalati gazdaságtan és menedzsment alapjai*. Budapesti Gazdasági Főiskola, Budapest.
252. ROSCOE, L. J. (2009): Wellness: A review of theory and measurement for counselors. *Journal of Counseling and Development*, 87, p. 216–226.
253. ROSENSTOCK, I. M., STRECHER, V. J., BECKER, M. H. (1994). The Health Belief Model and HIV risk behavior change. In R. J. DiClemente & J. L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*, p. 5-24. New York: Plenum Press
254. ROUSSEUW, P. (1987): Silhouettes: A graphical aid to the interpretation and validation of cluster analysis. *Journal of Computational and Applied Mathematics*, 20, pp. 53-65.
255. RÜTZLER, H. (2005): *Megatrends der Esskultur*. Biofach, Nürnberg.
256. SABAPATHY, J. (2007): *Sustainable Consumption and Production*. Cambridge, University of Cambridge
257. SAFORI, A.O., N.A. RAHMAN, A., MOHAMMED, R. (2016): The Uses of Social Networking Sites Among Jordanian Journalists. *International Journal of Communication and Media Studies (IJCMS)*, 6(6) p. 1-12
258. SAJTOS, L., MITEV, A. (2007): *SPSS kutatási és adatelemzési kézikönyv*. Budapest: Alinea Kiadó.
259. SANDERS, K., MOORKAMP, M., TORKA, N., GROENEVELD, S., GROENEVELD, C. (2010): How to Support Innovative Behaviour? The Role of LMX and Satisfaction with HR Practices, *Technology and Investment*, 1, p. 59-68.

260. SARSTEDT, M., HENSELER, J., & RINGLE, C. M. (2011): Multigroup analysis in partial least squares (PLS) path modeling: Alternative methods and empirical results. *Advances in International Marketing*, 22, p. 195–218.
261. SARSTEDT, M., RINGLE, C.M., SMITH, D., REAMS, R. (2014): Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM): A useful tool for family business researchers. *Journal of Family Business Strategy* 5, p. 105–115.
262. SAS, I. (2012): Reklám és pszichológia a webkorszakban, Kommunikációs Akadémia, Budapest, 402. p.
263. SCHWARZER, R. (2008): Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology*, 57, p. 1–29
264. SCHWARZER, R., LIPPKE, S., LUSZCZYNSKA, A. (2011): Mechanisms of Health Behavior Change in Persons With Chronic Illness or Disability: The Health Action Process Approach (HAPA), *Rehabilitation Psychology*, 56(3) p. 161-170.
265. SEARS, L.E., AGRAWAL, S., SIDNEY, J.A., CASTLE, P.H., RULA E.Y., COBERLEY C.R. (2014): The well-being: Development and validation of a diagnostic instrument to improve population well-being. *Population Health Management*, 17, p. 357–365.
266. SEN, S., BHATTACHARYA, C.B. KORSCHUN, D. (2006): The Role of Corporate Social Responsibility in Strengthening Multiple Stakeholder Relationships: A Field Experiment. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 34(2) p. 158-66.
267. SENER, A., HAZER, O. (2008): Values and sustainable consumption behavior of women: A Turkish sample. *Sustainable Development*. 16(5) p. 291-300.
268. SHARMA, R., JHA, M. (2017): Values influencing sustainable consumption behaviour: Exploring the contextual relationship. *Journal of Business Research*. 76, p. 77-88.
269. SHAW, D., MORAES, C. (2009): Voluntary simplicity: An exploration of market interactions. *International Journal of Consumer Studies*. 33(2) p. 215-223.
270. SHEDIAC-RIZKALLAH, M.C., BONE, L.R. (1998): Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research*. 13(1) p. 87-108.
271. SHPAK, N.O., STANASIUK, N.S., HLUSHKO, O.V., SROKA, W. (2018): Assessment of the social and labor components of industrial potential in the context of corporate social responsibility. *Polish Journal of Management Studies*, 17(1) p. 209-220.
272. SIMON, J. (2006): A klaszterelemzés alkalmazási lehetőségei a marketingkutatásban. *Statisztikai Szemle*, 84(7) p. 628-648.
273. SIMON, J. (2016): Marketing az egészségügyben, Akadémiai Kiadó, Budapest
274. SKAGEN, K., COLLINS, A. (2016): The consequences of sickness presenteeism on health and wellbeing over time: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 161, p. 169-177.
275. SMARTPLS GMBH (2019): SmartPLS software and webpage. <https://www.smartpls.com/>
276. SMEDSLUND, G., FISHER, K.J., BOLES, S.M., ET AL. (2004): The effectiveness of workplace smoking cessation programmes: a meta-analysis of recent studies. *Tobacco Control*, 13, p. 197-204.

277. SOH, C., KIM, H. J., WHANG, T. (2014): Corporate Social Responsibility (CSR) Implementation in South Korea: Lessons from American and British CSR Policies, *Journal of International and Area Studies*, 21(2) p. 99-118.
278. SOLIS, B. (2017): The Conversation Prism. <https://conversationprism.com/> Letöltés ideje: 2019.06.20.
279. SOMOGYI, S., GÁBRITY MOLNÁR, I. (2009): Az életminőség néhány jellemzője a Vajdaság északi részén. In: Somogyi S. – Gábrity Molnár I. (szerk) (2009) Évkönyv 2008. Regionális Tudományi Társaság, Szabadka. 27-46. p.
280. SOO YOU, K., LEE H. (2006): The physical, mental, and emotional health of older people who are living alone or with relatives. *Arch Psychiatr Nurs*, 20(4) p. 193-201.
281. SØRENSEN, K., VAN DEN BROUCKE, S., FULLAM, J., DOYLE, G., PELIKAN, J. – SLONSKA, Z., BRAND, H., (HLS-EU) CONSORTIUM HEALTH LITERACY PROJECT EUROPEAN. (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1) 80 p.
282. SPECTOR, P.E. (1997): Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences. Thousand Oaks, CA.: Sage Publication Inc.
283. SROKA, W., SZÁNTÓ, R. (2018): Corporate Social Responsibility and Business Ethics in Controversial Sectors: Analysis of Research Results. *Journal of Entrepreneurship, Management and Innovation*, 14(3) p. 111-126.
284. STATISTA (2021): Number of Facebook users in Hungary from September 2018 to March 2021, (in millions). Statista <https://www.statista.com/statistics/1029770/facebook-users-hungary/>. Letöltés ideje: 2021.07.02.
285. STAWICKA, E. (2018): Social Responsibility Model of the Sustainable Development in Enterprises in Poland. *The Journal of Human and Work*, 4(2) p.143-149.
286. STRENITZEROVÁ, M., ACHIMSKÝ, K. (2019): Employee Satisfaction and Loyalty as a Part of Sustainable Human Resource Management in Postal Sector. *Sustainability*, 11, 4591; doi:10.3390/su11174591
287. STREUKENS, S., LEROI-WERELDS, S. (2016): PLS FAC-SEM: an illustrated step-bystep guideline to obtain a unique insight in factorial data. *Ind. Manag. Data Syst.* 116
288. STOJANOVIC, A., MILOSEVIC, I., ARSIC, S., UROSEVIC, S., MIHAJLOVIC, I. (2020): Corporate Social Responsibility as a Determinant of Employee Loyalty and Business Performance. *Journal of Competitiveness*, 12(2) p. 149–166.
289. SZABO, A., JUHASZ, P. (2019): Possibilities of Measuring the Value Creation of Workplace Health Programs (in Hungarian). *Vezetéstudomány*, L.(2.) p. 59-71.
290. SZAKÁLY, Z., PETŐ, K., POPP, J., JASÁK, H. (2015): The characteristics of the LOHAS segment, the consumer group which is devoted to sustainable consumption. *The Hungarian Journal Of Nutrition Marketing*. 28(1) p. 3-9.
291. SZEGEDI, K., KHAN, Y., LENTNER, CS. (2020): Corporate Social Responsibility and Financial Performance: Evidence from Pakistani Listed Banks. *Sustainability*, 12, 4080; doi:10.3390/su12104080
292. SZEGŐ, K. (1996): A felvilágosodás gondolkodói. Kolozsvár, Polis.
293. SZIGETI, C. (2011): A környezeti nevelés és a versenyképesség kapcsolata elméleti és gyakorlati segédanyag. *Információs Társadalom*, 12(2)

294. TASMANIA (2012): Your Simple Guide to Workplace Health and Wellbeing. http://worksafe.tas.gov.au/__data/assets/pdf_file/0003/252390/Your_Simple_Guide_to_Workplace_Health_and_Wellbeing.pdf Letöltés ideje: 2017.09.10.
295. TARAS, V., STEEL, P., KIRKMAN, B.L. (2011): Three decades of research on national culture in the workplace: Do the differences still make a difference? *Organizational Dynamics*, 40(3) p. 189–198.
296. TAYLOR, F.W. (1911): The Principles of Scientific Management. New York: Harper & Brothers
297. TEKLEAB, A.G., TAYLOR, M.S. (2003): Aren't there two parties in an employment relationship? Antecedents and consequences of organization–employee agreement on contract obligations and violations. *Journal of Organizational Behavior*, 24, p. 585–608.
298. TELEKI, SZ., TIRINGER, I. (2017): Az egészségmagatartás változásának szociális-kognitív folyamatmodellje (HAPA-modell), *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 18(1) p. 1–29
299. THAO, L.H.H., ANH, D.N.P., VELENCEI, J. (2019): Measuring corporate social performance. *Serbian Journal of Management*, 14(1) p. 193–204.
300. THØGERSEN, J., ÖLANDER, F. (2002): Human values and the emergence of a sustainable consumption pattern: A panel study. *Journal of Economic Psychology*. 23(5) 605–630. p.
301. TIETJEN, M.A., MYERS, R.A. (1998): Motivation and job satisfaction. *Management Decision*, 36(4) p. 226–231.
302. TUPENAITE, L., KANAPECKIENE, L. NAIMAVICIENE, J. (2017): Determinants of Housing Market Fluctuations: Case Study of Lithuania, *Procedia Engineering* 172, p. 1169–1175
303. TUREN, U., ERDEM, H., CAMOGLU, A. (2017): The effects of perceived quality of organizationally provided meal service on employees' job performance and mediating role of organizational identification. *Journal of Workplace Behavioral Health*, DOI:10.1080/15555240.2016.1265452
304. TURKER, D. (2009): How corporate social responsibility influences organizational commitment. *Journal of Business Ethics*, 89(2), p. 189–204.
305. TURKYILMAZ, A., AKMAN, G., OZKAN, C., PASTUSZAK, Z. (2011): Empirical study of public sector employee loyalty and satisfaction. *Industrial Management & Data Systems*, 111(5) p. 675–696.
306. UNCSD (1994): Report of the Commission on Sustainable Development on its Second Session. New York, Press of United Nations.
307. UNESCO (2005): UNESCO and Sustainable Development. Paris, UNESCO
308. VAN RAAIJ, W. F. (1988): Consumer behavior: Introduction. In: W. F. Van Raaij G. M. – Veldhoven V. – Warneryd K.E. (Eds.), *Handbook of Economic Psychology*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers,
309. VERLAINE, E.d. (2020): Civic Management Model: A Citizenship Management Practice”, *International Journal of Business and Social Science*, 11(12) p. 32–40.
310. VICTOR, V., THOPPAN, J.J., FEKETE-FARKAS, M., GRABARA, J. (2019): Pricing strategies in the era of digitalisation and the perceived shift in consumer behaviour of youth

- in Poland. *Journal of International Studies*. 12:3. p. 74-91. doi: 10.14254/2071-8330.2019/12-3/7
311. VILÁG TUDOMÁNYOS AKADÉMIAINAK NYILATKOZATA (2000): Átmenet a fenntarthatóság felé; Világ Tudományos Akadémiáinak Nyilatkozata, Tokió, 2000.
 312. VLACHOS, P., PANAGOPOULOS, N., RAPP, A. (2014): Employee judgments of and behaviors toward corporate social responsibility: A multi-study investigation of direct, cascading, and moderating effects. *Journal of Organizational Behavior*, 35(7) p. 990–1017.
 313. VLEK, C., STEG, L. (2007): Human behavior and environmental sustainability: Problems, driving forces, and research topics. *Journal of Social Issues*. 63(1) p. 1-19.
 314. VOSSEN, K., REINHORDT, F. A. (2002): Zukunftsmärkte. Düsseldorf.
 315. VOGTLIN, C., GREENWOOD, M. (2016): Corporate social responsibility and human resource management: A systematic review and conceptual analysis. *Human Resource Management Review*, 26, p. 181 - 197.
 316. VROOM. V.H. (1964): Work and motivation, Wiley, New York
 317. WARD, E. A. 1988. Relation of job satisfaction and job knowledge and their effect on intention to turnover. *Psychological Reports*, 63(2) p. 611–615.
 318. WARNER, K.E., MENDEZ, D., SMITH, D.G. (2004): The Financial Implications of Coverage of Smoking Cessation Treatment by Managed Care Organizations. *Inquiry*, 41(1) p. 57-69.
 319. WAQAS, A., BASHIR, U., SATTAR, M.F., ABDULLAH, H.M., HUSSAIN, I., ANJUM, W., ALI M.A., AND ARSHAD, R. (2014): Factors Influencing Job Satisfaction and Its Impact on Job Loyalty. *International Journal of Learning & Development*. 4(2) p. 141-161.
 320. WCED (1987): Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future. 43 p.
 321. WERNER, W.J. (2009): Corporate Social Responsibility Initiatives Addressing Social Exclusion in Bangladesh. *Journal of Health Population and Nutrition*, 27(4) p. 545-562.
 322. WORLD ECONOMIC FORUM (2016): World Economic Forum White Paper Digital Transformation of Industries: In collaboration with Accenture. Digital Enterprise. <http://reports.weforum.org/digital-transformation/wp-content/blogs.dir/94/mp/files/pages/files/digital-enterprise-narrative-final-january-2016.pdf> Letöltés ideje: 2017.11.30.
 323. WHO (1948): Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. In Grad, Frank P. (2002). "The Preamble of the Constitution of the World Health Organization". *Bulletin of the World Health Organization*. 80 (12) 982. p.
 324. WHO (1986): The Ottawa Charter for Health Promotion. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> Letöltés ideje: 2018.06.20.
 325. WHO (1997): WHOQOL, Measuring quality of life, Division Of Mental Health And Prevention Of Substance Abuse. World Health Organization
 326. WHO (1998): Health Promotion Glossary. Geneva, WHO, 36. p.

327. WHO (2001): The First Action Plan for Food and Nutrition Policy WHO European Region, 2000–2005. Geneva, WHO.
328. WHO (2013): 10 facts on noncommunicable diseases. http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/en/ Letöltés ideje: 2016.05.05.
329. WHO (2014): Global Status Report on Alcohol and Health 2014. Geneva, WHO.
330. WHO (2015): Assessment of the Impact of a Public Health Product Tax. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
331. WHO (2017): Determinants of health. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/determinants-of-health> Letöltés ideje: 2019.06.25.
332. WHO (2018): Mental health: strengthening our response. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> Letöltés ideje: 2020.12.12.
333. WHO (2020): Healthy diet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet> Letöltés ideje: 2021.03.05.
334. WITEK-CRABB, A. (2019): CSR Maturity in Polish Listed Companies: A Qualitative Diagnosis Based on a Progression Model. *Sustainability*, 11 (173) p. 1-28.
335. YASEEN, A-D. O. (2020): The influence of emotional intelligence and organizational politics on employee turnover and performance. *Frontiers in Management and Business*, 1(2) p. 51-62.
336. ZHANG, J., XIE, C., MORRISON, A.M. (2021): The effect of corporate social responsibility on hotel employee safety behavior during COVID-19: The moderation of belief restoration and negative emotions, *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 46, p. 233–243.
337. ZHU, Q., YIN, H., LIU, J. LAI, K.-H. (2014): How is employee perception of organizational efforts in corporate social responsibility related to their satisfaction and loyalty towards developing harmonious society in Chinese enterprises? *Corporate Social Responsibility and Environmental Management*, 21(1) p. 28-40.
338. ZUKIN, S., MAGUIRE, J.S. (2004): Consumers and consumption. *Annual Review of Sociology*. 173-197. p.

M2. Ábrajegyzék

1. ábra: Kutatási célok és hipotézisek összefüggésrendszere.....	7
2. ábra: A fenntarthatóság alappillérei	10
3. ábra: A fenntarthatóság két megközelítése	11
4. ábra: A Föld népsségnövekedése.....	13
5. ábra: Fenntartható fejlődési célok	15
6. ábra: Az egészség és jóllét 8 dimenziós modellje	19
7. ábra: Vezető halálokok Magyarországon 2014-ben	21
8. ábra: Megelőzhető és megfelelő kezeléssel elkerülhető halálozás az EU-ban	22
9. ábra: Rizikófaktorok Magyarországon	23
10. ábra: Gyümölcsfogyasztás az Európai Unióban (%).....	25
11. ábra: Zöldségfogyasztás az Európai Unióban (%).....	26
12. ábra: Várható élettartam az Európai Unió országaiban	27
13. ábra: Várható élettartam az Európai Unió országaiban nemek szerint, az egészségügyi korlátozottság arányában	27
14. ábra: Napi szinten dohányzó felnőtt lakosság aránya az Európai Unióban (%).....	28
15. ábra: Az alkoholfogyasztás mértéke az Európai Unió országaiban (liter/fő/év)	29
16. ábra: Az egészségügyi munkaerő mértéke az Európai Unió országaiban.....	31
17. ábra: Hálózatok az egészségügyben.....	33
18. ábra: A CSR és fenntarthatóság időbeli fejlődésének folyamata	34
19. ábra: Carroll CSR piramisa	35
20. ábra: A CSR amerikai és európai koncepciójának összefüggései	36
21. ábra: Érintettek csoportjai szerinti CSR tevékenységek (külső és belső CSR)	37
22. ábra: A CSR fejlődéstörténete a belső CSR szemszögéből	38
23. ábra: A táppénzes napok száma és a táppénzkiadás alakulása Magyarországon 2009 és 2019 között	41
24. ábra: Maslow-féle szükségletpiramis.....	44
25. ábra: Herzberg kéttényezős modellje	44
26. ábra: Egészség-hit Modell (HBM: Health Belief Model)	46
27. ábra: Indokolt cselekvés elmélete (TRA-modell).....	47
28. ábra: Tervezett Magatartás Elmélete (TPB-modell).....	47
29. ábra: Az egészségmagatartás változásának folyamatmodellje (HAPA-modell).....	48
30. ábra: Integrált Viselkedési Modell (IBM-modell)	49
31. ábra: Optimális aktivitási szint	50
32. ábra: A fogyasztói döntéshozatal modellje.....	51
33. ábra: Konverzációs prizma	55
34. ábra: ACME keretrendszer az egészségügyi kommunikációs kampányokra.....	58
35. ábra: A közösségi média és az egészségtudatosság összefüggései.....	59
36. ábra: Az ipari forradalmak	60
37. ábra: A tudásmenedzsment folyamatmodellje	61
38. ábra: Az EU tagállamok eredménye az Európai Bizottság Digitális Gazdaság és Társadalom Indexében (2016)	62
39. ábra: Az európai lakosság digitális készségei	63
40. ábra: A kutatás módszertani összefoglalója.....	65
41. ábra: Konceptuális keretmodell - közösségi média szerepe az egészségtudatosság növelésében	66
42. ábra: Konceptuális keretmodell – a munkavállalói jóllétet, elégedettséget és hűséget befolyásoló tényezők.....	71
43. ábra: A világszinten legnépszerűbb közösségi média oldalak az aktív felhasználók száma alapján (millió fő)	82

44. ábra: Vállalatok közösségi média használata	83
45. ábra: Várható élettartam a zöldség- és gyümölcsfogyasztás függvényében	86
46. ábra: Várható élettartam a káros szenvedélyek függvényében	87
47. ábra: Várható élettartam a mozgás és elhízottság függvényében	88
48. ábra: A háztartásoknak folyósított egészségügyi és sport-rekreációs célú természetbeni juttatások alakulása	90
49. ábra: Nonprofit szervezetek számának és összes bevételének megoszlása tevékenységcsoportok szerint	91
50. ábra: A nonprofit szervezetek bevételi koncentrációja	91
51. ábra: Sportcélú szervezetek számának és az egy szervezetre jutó bevételnek az alakulása	92
52. ábra: SZÉP kártya elfogadóhelyek száma és az elfogadott SZÉP kártya értékének alakulása ..	93
53. ábra: Saját egészségi állapot megítélése (%)	97
54. ábra: Az egészség dimenzióinak fontossága (%)	98
55. ábra: Az egészség dimenzióinak fontossága nemek szerint	98
56. ábra: Káros szenvedélyek nemek szerint (%)	99
57. ábra: Fizikai egészség megőrzése nemek szerint (%)	99
58. ábra: Alkalmazások és közösségi oldalak használata	100
59. ábra: Közösségi média használatra való nyitottság (%)	103
60. ábra: Nem és nyitottság közötti kapcsolat (%)	104
61. ábra: Iskolai végzettség és nyitottság közötti kapcsolat (%)	104
62. ábra: A kialakult klaszterek jellemzői	105
63. ábra: A főbb demográfiai jellemzők és fogyasztói csoportok közötti kapcsolat (%)	107
64. ábra: A fogyasztói csoportok és a nyitottság kapcsolata (%)	108
65. ábra: A kérdőív lelki egészséggel kapcsolatos része	110
66. ábra: A PLS-SEM modell kétlépcsős értékelésének folyamata	113
67. ábra: Közvetlen hatások és szignifikáns útvonalak a modellben	119
68. ábra Tudás alapú egészségfejlesztési keretmodell	123
69. ábra: A minta háttérváltozók szerinti megoszlása	180
70. ábra: A minta megoszlása ágazatok alapján	182

M3. Táblázatjegyzék

1. táblázat: A fenntartható fejlődés fogalmi lehatárolása.....	8
2. táblázat: Fő különbségek az erős és gyenge fenntarthatóság között.....	11
3. táblázat: A munkahelyi egészségfejlesztés vállalati előnyei.....	40
4. táblázat: Különbségek a hagyományos média és a közösségi média között.....	56
5. táblázat: A közösségi média típusai, osztályozása	56
6. táblázat: A munkavállalói elégedettséghez kapcsolódó modell faktorai és irodalmi források.....	69
7. táblázat: A közösségi média csatornák erősségei, korlátai és a kapcsolódó "jó gyakorlatok"	76
8. táblázat: A közösségi média eszközök besorolása az erőforrásigényük és a fogyasztók elköteleződési szintje alapján	80
9. táblázat: A közösségi oldalak SWOT analízise.....	84
10. táblázat: Európai országok besorolása a három dimenzió mentén	88
11. táblázat: Magyarország helyzete a vizsgált dimenziók mentén	89
12. táblázat: Egészséges munkahelyeket értékelő díjak és díjazottak	93
13. táblázat: KMO és Bartlett teszt eredményei.....	101
14. táblázat: A válaszadók egészségtudatos magatartásról alkotott véleményének dimenziói	101
15. táblázat: Az indikátorok jelölése a lelki egészség faktor példáján keresztül	110
16. táblázat: A PLS-SEM elemzésben szereplő változók vizsgálati rétegei.....	111
17. táblázat: KMO és Bartlett teszt eredménye.....	112
18. táblázat: A külső modell eredményei - megbízhatóság és konvergencia érvényesség.....	114
19. táblázat: HTMT mutató értékei.....	114
20. táblázat: Külső és belső VIF értékek	115
21. táblázat: Faktor értékek a külső modellben	116
22. táblázat: Bootstrapping eredmények és hipotézisvizsgálat	117
23. táblázat: Illeszkedési statisztikák.....	121
24. táblázat: Hipotézisek és értékelésük összefoglalása	130
25. táblázat: Summary of hypotheses and their evaluations	132
26. táblázat: A legnépszerűbb közösségi média hálózatok képességvizsgálata.....	167
27. táblázat: SWOT analízis – vizsgált egészségügyi kampányok besorolása.....	172
28. táblázat: Részletes SWOT analízis.....	175
29. táblázat: A vizsgált kampányok besorolásához használt kritériumok.....	178
30. táblázat: Nagyvállalati "jó gyakorlatok"	179
31. táblázat: A minta megoszlása nem és életkor szerint (a rétegek aránya a mintában)	181
32. táblázat: A minta megoszlása nem és jövedelem alapján (a rétegek aránya a mintában).....	181
33. táblázat: A minta megoszlása nem és lakóhely szerint (a rétegek aránya a mintában).....	181
34. táblázat: A minta megoszlása nem és iskolai végzettség alapján (a rétegek aránya mintában).....	182
35. táblázat: Változók leíró statisztikája	183
36. táblázat: Anti-image mátrix	184
37. táblázat: Végleges klaszterközéppontok.....	186
38. táblázat: ANOVA teszt a klaszterelemzésbe bevont változókra	186
39. táblázat: Klaszterek jellemzői	187
40. táblázat: Analízis az alacsony értékekkel rendelkező tételek eltávolítása előtt	188
41. táblázat: A független konstrukciók leíró statisztikái	189
42. táblázat: A függő konstrukciók leíró statisztikái.....	190
43. táblázat: Empirikus korrelációs mátrix eredményei	191
44. táblázat: Empirikus kovariancia mátrix eredményei	192

M4. Kvalitatív kutatás – Mélyinterjú beszélgetésvázlat

Az egészséggel kapcsolatos munkavállalói juttatások szerepe a munkavállalói elégedettség és hűség kialakulásában – Mélyinterjú

Bemutatkozás, téma és célkitűzések ismertetése

A beszélgetés kötetlen, az alábbi vezérfonal segítségével szolgál az egyes témák átbeszéléséhez.

Vezérfonal az egészségmegőrzéssel, betegségmegelőzéssel kapcsolatban:

1. Mennyire tartja fontosnak, hogy egy vállalatnál egészséges munkavállalók dolgozzanak? Ön szerint a vállalat működésében mire lehet hatással, ha a munkavállalók egészségesek? És ha egészségtudatosak is? Hatással lehet ez a vállalati teljesítményre? A vállalat megítélésére? Versenyképességére? Fluktuáció mértékére? Mire lehet még hatással?
2. Ön szerint mit jelent egy vállalat életében az egészségmegőrzés? Milyen területei vannak/lehetnek a munkahelyi egészségfejlesztésnek?

Vezérfonal a juttatásokkal, munkahelyi elégedettséggel és hűséggel kapcsolatban:

1. Az Ön tapasztalatai alapján melyek azok a juttatások, amelyek motiválják a munkavállalókat?
2. Az alábbi juttatások közül melyek azok, amelyek Ön szerint kis-és középvállalati szinten is tudnának működni? *(A nagyvállalati CSR riportok elemzése során összeállított lista alapján)*
3. Milyen egyéb juttatásokat tudna elképzelni, melyek segítségével növelni lehetne a munkavállalók egészségtudatosságának szintjét?
4. Mit gondol, az egészséggel kapcsolatos juttatások befolyásolják-e a munkavállalók jóllétét, elégedettségét? Hogyan?
5. Melyek azok az egészséggel kapcsolatos juttatások, területek, amelyek szerepet játszhatnak abban, hogy a munkavállaló a cégnél maradjon és ne is akarjon váltani?

Megköszönni az interjúban adott válaszokat és segítséget.

Elköszönés

M5. Kvalitatív kutatás – Fókuszcsoportos beszélgetések forgatókönyve (Moderator Guide)

Az egészséggel kapcsolatos munkavállalói juttatások szerepe a munkavállalói elégedettség és hűség kialakulásában - Fókuszcsoport

A moderátor megköszöni a részvételt és bemutatkozik.

Ismerteti a résztvevőkkel a felmérés célját, a beszélgetés menetét.

Kiemeli az őszinte válaszok fontosságát, ismerteti, hogy az eredményeket csak a doktori disszertációhoz készített kutatás keretein belül használja fel. Megegyezik a résztvevőkkel, hogy a beszélgetés alatt tegeződjenek vagy magázódjanak (az oldottabb légkör eléréséhez a moderátor felajánlja a tegeződő formát).

A résztvevők rövid bemutatkozása

Először azt szeretném kérni, hogy ti is mutakozzatok be néhány szóban! Hány évesek vagytok, mivel foglalkoztok, mivel töltitek a szabadidőtöket, van-e valamilyen hobbitok? Ha van esetleg bármi más, amit még fontosnak tartotok elmondani magatokról, akkor azt is szívesen meghallgatjuk.

Fontos, hogy mindenki szóhoz jusson, a zárkózottabb résztvevők is feloldódjanak! A beszélgetés teljes ideje alatt figyeljen a moderátor arra, hogy egyensúlyban legyenek a résztvevők válaszai.

Megköszöni a bemutatkozást.

Asszociációs játék I.

Hangulatlazítás, fókusz megtalálása a témával kapcsolatban

Mondok sorban egymás után szavakat, és azt kérem, hogy gondolkodás nélkül mondjátok el, mi jut eszetekbe az adott szóval kapcsolatban! A szavakat egyenként mondom majd, és akkor lépünk tovább, ha megbeszéltük az adott szóhoz tartozó gondolatokat.

egészség – egészségmegőrzés – betegségmegelőzés – rizikófaktorok – egészségtudatosság – egészséges táplálkozás – testmozgás – rehabilitáció

Nyitott kérdések az egészséggel, egészségtudatossággal kapcsolatban – az egészség értelmezésének feltárása

1. Mit jelent számotokra az egészség? Mikor mondjátok valakire, hogy egészséges?
2. Milyen részei lehetnek az egészségnek? Gyűjtsük össze őket!
3. *A kártyák alapján:* Szerintetek melyek ezek közül a legfontosabbak? *(A moderátor segítségével állítsanak fel egy prioritási sorrendet, ahol az egészség területeit, részeit elhelyezik! pl. fizikai egészség, mentális egészség, lelki egészség stb.)*
4. Hogyan tudnánk jellemezni az egészségtudatos embereket? Hogyan képzelitek el őket? Kik ők? pl. Hol laknak? Mivel foglalkoznak? Mennyi idősek? *(demográfiai jellemzők mentén)*
5. Szerintetek mitől függ, mennyire vagyunk egészségtudatosak? Ez belső vagy külső motiváció? Hogyan tudnánk növelni az egészségtudatosságot? Mit kellene másképp csinálnunk?
6. Mit jelent számotokra az egészségmegőrzés? *(Mennyire azonos az egészségtudatossággal?)*
7. Most arra kérlek titeket, hogy engedjétek szabadon a fantáziátokat, és próbáljuk megismerésíteni ezt a kifejezést! Ha most belépne az ajtón, hogyan képzelitek el? Milyen külső tulajdonságokkal jellemeznék? Férfi vagy nő? Hogyan nézne ki? Hogyan öltözködne? Milyen belső tulajdonságai lennének? Hol élne? Lenne-e családja? Lennének-e hobbijai? Miket csinálna szabadidejében? Elégedett lenne-e a magánéletével? Elégedett lenne-e a munkahelyén? Szüksége lenne-e még valamire? Ha igen, mire?

Asszociációs játék II.

Hangulatlazítás, fókusz megtalálása a témával kapcsolatban

Most ismét mondok sorban egymás után szavakat, és azt kérem, hogy gondolkodás nélkül mondjátok el, mi jut eszetekbe az adott szóval kapcsolatban! A szavakat az előzőhöz hasonlóan szintén egyenként mondom majd, és akkor lépünk tovább, ha megbeszéltük az adott szóhoz tartozó gondolatokat.

munkavállalói juttatások – nem pénzügyi juttatások – munkahelyi egészségfejlesztés – munkahelyi hiányzás – munkavállalói jóllét – munkavállalói elégedettség – munkavállalói hűség

Nyitott kérdések az egészséggel kapcsolatos munkavállalói juttatásokra vonatkozóan – az munkahelyi egészségfejlesztés értelmezésének feltárása

1. Mit jelent számotokra a munkahelyi egészségfejlesztés? Hol, mely területeken tud ez megnyilvánulni a mindennapi munkátok során?
2. Milyen juttatásokat tartanátok fontosnak egy munkahelyen az egészségetek megőrzése céljából? Gyűjtsük össze őket! *(A moderátor segítségével gyűjtsenek össze annyi juttatási lehetőséget és tényezőt, amennyit tudnak!)*
3. *A kártyák alapján:* Szerintetek ezek közül melyek azok, amiket nem csak nagyvállalati környezetben lehet megvalósítani, hanem egy kisvállalat is be tudna építeni a működésébe? Melyek ezek közül a legfontosabbak? *(A moderátor segítségével állítsanak fel egy prioritási sorrendet, ahol a munkahelyi egészségfejlesztés területeit, részeit elhelyezik! pl. fizikai egészség, mentális egészség, lelki egészség stb.)*
4. Az egészséggel kapcsolatos területek és tényezők közül, amiket az előbbieken összegyűjtöttünk, melyek azok, amiket úgy gondoltok, hogy a saját felelősségetek fejleszteni, rajtatok múlik, hogy mennyire vagytok tudatosak? És melyek azok, amelyek szerintetek a munkáltató felelősségi körébe tartoznak inkább?
5. Hogyan tudnátok jellemezni egy elégedett alkalmazottat? Mit csinál? Hogyan érzi magát munka közben? Ha most besétálna az ajtón, akkor hogy nézne ki? *(demográfiai és életmód jellemzők mentén)*
6. Szerintetek mitől függ, mennyire vagyunk elégedettek a munkahelyünkön? Tegyük fel, hogy a fizetésetekkel elégedettek vagytok. Hogyan tudná növelni a munkáltatók az elégedettségi szinteteket? Mi az az indok, motiváció, amiért ott maradtok a cégnél, és nem akartok váltani?

Jutalmazás

A moderátor megköszöni a figyelmet és a segítséget, elköszön a résztvevőktől.

M6. A mélyinterjúkon és fókuszcsoportokon résztvevők adatai

Kutatás típusa	Nem	Életkor	Végzettség	Foglalkozás
Mélyinterjú	férfi	40	egyetem	ügyvezető (KKV)
	nő	42	egyetem	biztosítási alkusz
	nő	50	szakközépiskola	egészségbiztosítási termékmenedzser
	nő	33	egyetem	CSR munkatárs
	férfi	45	egyetem	HR vezető
Fókuszcsoport I. (nagyvállalat/ multinacionális vállalat dolgozója)	nő	45	egyetem	senior beszerző
	férfi	32	egyetem	jogász
	férfi	28	egyetem	informatikus
	nő	36	egyetem	kutatói menedzser
	férfi	25	egyetem	mérnök
Fókuszcsoport II. (KKV alkalmazott)	nő	30	egyetem	ügyvéd
	férfi	29	egyetem	marketing menedzser
	férfi	47	középiskola	szakmunkás
	nő	39	egyetem	gyógyszerész
	férfi	34	egyetem	HR munkatárs
Fókuszcsoport III. (Állami/közigazgatási szféra dolgozója)	nő	38	egyetem	egyetemi oktató
	férfi	42	egyetem	rendőr
	férfi	48	középiskola	katona
	férfi	40	egyetem	katona
	nő	58	középiskola	titkárságvezető

M7. Kvantitatív kutatás – kérdőív

TISZTELT KITÖLTŐ!

Hegyesné Görgényi Éva vagyok, a Szent István Egyetem Gazdaság- és Regionális Tudományi Doktori Iskola végzős doktorandusz hallgatója. Jelen felmérés a magyar felnőtt munkavállalók egészségtudatos magatartásával kapcsolatban készül, elsősorban arra fókuszálva, mely egészséggel kapcsolatos tényezők és juttatások játszanak szerepet a munkahelyi elégedettség kialakulásában. Válaszadásánál a korábbi munkahelyi tapasztalatait és elvárásait is figyelembe veheti. Ezúton is köszönöm, hogy válaszával segíti munkámat. Szeretném tájékoztatni, hogy a kitöltés anonim, az Ön által megadott adatokat csak a jelen, doktori tanulmányaimhoz szükséges kutatásban használom fel, és harmadik személy részére azokat nem szolgáltatom ki.

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTTAL, ÉLETMÓDDAL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK



1. Mennyire érzi magát egészségesnek?

- a) Rendkívüli módon b) Nagyon c) Közepesen
d) Nem igazán e) Egyáltalán nem

2. Mennyire fontosak Önnek az egészsége szempontjából az alábbiak? (1 – nem fontos; 2 – kevésbé fontos; 3 – közepesen fontos; 4 – fontos; 5 – nagyon fontos)

Rendszeres testmozgás	1	2	3	4	5
Egészséges táplálkozás	1	2	3	4	5
Megbecsülés	1	2	3	4	5
Stresszkezelés, meditáció	1	2	3	4	5
Szűrővizsgálatok	1	2	3	4	5
Biztosítás	1	2	3	4	5

3. Ön dohányzik?

- a) Igen, rendszeresen b) Igen, alkalmanként c) Nem, leszoktam
d) Soha nem dohányoztam

4. Milyen gyakran fogyaszt alkoholt?

- a) Naponta b) Hetente 2-3 alkalommal c) Hetente
d) Havonta 2-3 alkalommal e) Havonta f) Ritkábban
g) Soha

5. Milyen rendszeresen mozog, végez valamilyen sporttevékenységet?

- b) Naponta b) Hetente 2-3 alkalommal c) Hetente
d) Havonta 2-3 alkalommal e) Havonta f) Ritkábban
g) Soha

6. Milyen gyakran fogyaszt zöldséget és gyümölcsöt?

- a) Naponta többször b) Naponta c) Hetente 2-3 alkalommal
d) Hetente e) Havonta 2-3 alkalommal f) Ritkábban

7. Milyen gyakran jár szűrővizsgálatokra?

- a) Rendszeresen részt veszek az ajánlott szűrővizsgálatokon.
b) Csak a kötelező szűrésekre megyek el: ha behívót kapok vagy munkahelyi vizsgálatra kell mennem.
c) Csak betegség esetén, orvosi beutalásra megyek szűrésre.

8. Milyen típusú munkát végez?

- a) Fizikai munka b) Irodai munka

II. KÖZÖSSÉGI MÉDIA HASZNÁLATTAL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK



9. Milyen típusú applikációkat, oldalakat használ a digitális eszközein (laptop, számítógép, tablet, okostelefon)? Több válasz megjelölése is lehetséges.

- a) Szórakozás (mozi, rádió stb.) b) Játékok c) Híroldalak
d) Keresőalkalmazások (útvonala, receptek, telefonszám, stb.)
e) Naptár és egyéb tervező alkalmazások f) Közösségi oldalak
g) Sport és fitness alkalmazások h) Időjárás
i) Utazási alkalmazások (online jegy, idegenvezetés, tömegközlekedés, stb.)
j) Kellékek (számológép, fordító, átváltó, stb.)
k) Egyéb:.....

10. Az alábbiak közül mely közösségi média alkalmazásokat, portálokat használja rendszeresen? (Több válasz megjelölése is lehetséges.)

- a) Facebook b) Twitter c) LinkedIn d) Google+ e) YouTube
f) Flickr g) Pinterest h) Instagram i) TikTok j) Blogok k) Fórumok
l) wiki m) Egyéb:.....

11. Egy átlagos nap mennyi időt tölt el a különböző közösségi portálokon?

- a) Kevesebb, mint 1 óra b) 1-2 óra c) 2-4 óra d) Több, mint 4 óra

12. Mennyire jellemzőek Önre az alábbi állítások, mennyire ért egyet velük? (1: nagyon nem értek egyet – 5: erősen egyetérték)

Rendszeresen használom a közösségi média alkalmazásokat arra, hogy az információhoz jussak az egészséges életmóddal kapcsolatban.	1	2	3	4	5
Könnyen hozzájuthatok hasznos és megbízható információhoz a közösségi média alkalmazásokon keresztül az egészségtudatossággal kapcsolatban.	1	2	3	4	5
A közösségi média alkalmas eszköz arra, hogy ösztönözze az egészségtudatos magatartást (sportos életmód, egészséges táplálkozás, szűrővizsgálatok stb.)	1	2	3	4	5
A közösségi média nyújtja a legfrissebb információkat az egészséges életmódról.	1	2	3	4	5

13. Az alábbiak közül mit részesít előnyben, ha az egészséges életmóddal kapcsolatban információt gyűjt?

- a) Szöveg b) Fotók szöveggel c) Video d) Podcast
e) Virtuális valóság f) Interaktív alkalmazások g) Események
h) Egyéb:.....

A III-XII kérdőívblokkokban kérem, hogy a nem pénzügyi juttatások preferenciájára vonatkozóan nyilatkozzon arról, mennyire ért egyet az állításokkal. Az egyes blokkokban található faktorok mérése 5 fokozatú skálával történik az alábbiak szerint: 1 – nagyon nem értek egyet; 2 – nem értek egyet; 3 – közepesen; 4 – egyetértek; 5 – erősen egyetértek.

III. FIZIKAI EGÉSZSÉGGEL kapcsolatos munkahelyi juttatásokra vonatkozó kérdések



14	Fontosnak tartom, hogy a munkáltató biztosítson számomra sport bérletet (pl. fitness bérlet, uszoda bérlet, All You Can Move sportkártya).	1	2	3	4	5
15	Örülnek neki, ha a munkáltató bevezetné a rendszeres, napi 10-20 perces munkahelyi tornát a munkaidő terhére (pl. reggeli torna, nyújtás, átmozgatás)	1	2	3	4	5
16	Szeretném, ha a munkáltató heti rendszerességgel biztosítana 1 órás sportpálya bérletet/terembérletet olyan sportra, melyet a többség támogat (pl. jóga, foci).	1	2	3	4	5
17	Számomra sokat jelent, ha céges színekben vehetek részt sportrendezvényeken, és a munkáltató fizeti helyettem a nevezési díjat (pl. futóverseny, triatlon, úszás, evezés, kerékpár).	1	2	3	4	5
18	Szeretném, ha a munkáltató biztosítana számomra a bejáráshoz kerékpárt és hozzá kapcsolódó szerviz szolgáltatást.	1	2	3	4	5

IV. MENTÁLIS EGÉSZSÉGGEL kapcsolatos juttatásokra vonatkozó kérdések



19	Fontos, hogy legyen pszichológiai tanácsadás/coaching a munkahelyemen.	1	2	3	4	5
20	Szívesen részt veszek/vennék a cég által szervezett meditációs foglalkozásokon.	1	2	3	4	5
21	Fontosnak tartom, hogy legyen relaxációs szoba, és erre fordítható idő a munkahelyemen.	1	2	3	4	5
22	Számomra sokat jelent, ha van játszótér a munkahelyemen.	1	2	3	4	5
23	Szeretném, ha havi rendszerességgel lenne munkahelyi masszázs a munkahelyemen.	1	2	3	4	5
24	Fontos, hogy a munkahelyem családbarát legyen (pl. óvoda, gyerekefelügyelet stb.).	1	2	3	4	5
25	Fontosnak tartom, hogy magammal tudjam vinni a háziállatomat (pl. kutya) a munkahelyemre.	1	2	3	4	5

V. EGÉSZSÉGES TÁPLÁLKOZÁSSAL kapcsolatos juttatásokra vonatkozó kérdések



26	Fontos, hogy a munkáltató napi szinten biztosítson friss zöldséget/gyümölcsöt (pl. gyümölcskosár, napi 1 idénygyümölcs/fő).	1	2	3	4	5
27	Szeretném, ha lenne táplálkozási, dietetikai, vagy életmódtanácsadás a munkahelyemen.	1	2	3	4	5
28	Örülnek neki, ha a munkáltató rendszeresen szervezne olyan főzőtanfolyamot, ahol megtanítanak az egészségtudatos táplálkozásra és főzésre.	1	2	3	4	5

29	Számomra sokat jelent, ha van vízautomata, vízsűrítő berendezés a munkahelyemen.	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

VI. PREVENCIÓVAL kapcsolatos juttatásokra vonatkozó kérdések



30	Fontosnak tartom, hogy a munkáltató ingyenes szűrővizsgálatokat biztosítson (pl. évente laborvizsgálat, allergiavizsgálat stb.).	1	2	3	4	5
31	Örölnék neki, ha a munkáltatóm biztosítaná számomra a nem térített védőoltásokat (pl. influenza).	1	2	3	4	5
32	Szívesen venném, ha a munkáltató szervezne elsősegély tanfolyamokat.	1	2	3	4	5
33	Örölnék neki, ha a munkáltató támogatná a káros szenvedélyekről leszoktató programokat (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás).	1	2	3	4	5

VII. REHABILITÁCIÓVAL kapcsolatos juttatásokra vonatkozó kérdések



34	Fontosnak tartom, hogy juttatásként kapjak egészségpénztári hozzájárulást.	1	2	3	4	5
35	Örölnék neki, ha lehetőségem lenne évente 3 nap erejéig teljesen térített egészségügyi szabadság igénybevitelére (orvosi igazolás nélkül).	1	2	3	4	5
36	Örölnék neki, ha a munkáltató munkaidő kedvezménytel támogatná a felépülésemet (pl. 2 óra/hét a munkaidőmből rehabilitációra, gyógytornára stb. fordítható).	1	2	3	4	5
37	Szeretném, ha a munkáltatóm regeneráló szabadságot biztosítana (pl. 4-5 napos wellness pihenés évente egy munkavállaló családjának).	1	2	3	4	5

VIII. BIZTOSÍTÁSSAL kapcsolatos juttatásokra vonatkozó kérdések



38	Fontosnak tartom, hogy a munkáltató betegség vagy baleset esetén anyagilag támogasson.	1	2	3	4	5
39	Szívesen venném, ha bármilyen egészségügyi probléma esetén várakozás nélkül juthatnék egészségügyi ellátáshoz.	1	2	3	4	5
40	Fontosnak tartom, hogy megelőző jelleggel igénybe tudjak venni különböző szűrő- és orvosi vizsgálatokat a munkahelyemen.	1	2	3	4	5
41	Örölnék, ha a munkáltató kiegészítené a táppénz összegét a felépülésem idejére.	1	2	3	4	5
42	Fontosnak tartom, hogy a munkáltató halálom esetén támogatást nyújtson a családomnak.	1	2	3	4	5

43	Szívesen venném, ha a cégnél eltöltött idő alapján, időnként szabadon felhasználható pénzügyi keretet is kapnék a munkáltató által biztosított konkrét egészségügyi szolgáltatások mellé.	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

IX. LELKI EGÉSZSÉGGEL kapcsolatos juttatásokra vonatkozó kérdések



44	Fontos számomra, hogy a munkáltató elősegítse a magánélet/munka egyensúlyt.	1	2	3	4	5
45	Fontosnak tartom, hogy a munkahelyemen megbecsüljék a munkámat.	1	2	3	4	5
46	Elvárom, hogy munkahelyemen ne legyen megkülönböztetés, megfélemlítés, zaklatás.	1	2	3	4	5
47	Örülök neki, ha a munkahelyem támogatja a rugalmas munkaidőt, távmunkát.	1	2	3	4	5
48	Fontos, hogy ki tudjam venni az összes szabadságomat, betegszabadságomat, és emiatt ne érjen hátrányos megkülönböztetés.	1	2	3	4	5

X. MUNKAVÁLLALI JÓLLÉTTEL kapcsolatos kérdések



49	Jól érzem magam egy olyan munkahelyen, ahol lehetőségem van mozgásra, sportra.	1	2	3	4	5
50	Szívesen vagyok egy olyan cégnél, ahol az anyagi elismerés mellett erkölcsi elismerést is kapok.	1	2	3	4	5
51	Jól érzem magam egy olyan munkahelyen, ahol a munkáltató fontosnak tartja és támogatja a betegségek megelőzését.	1	2	3	4	5

XI. MUNKAVÁLLALI ELÉGEDETTSÉGGEL kapcsolatos kérdések



52	Összességében elégedett vagyok a munkámmal.	1	2	3	4	5
53	Nem szándékozom más cégnél dolgozni.	1	2	3	4	5
54	Szeretem a munkám.	1	2	3	4	5
55	Nincsenek olyan alapvető dolgok a munkámban, amiket nem szeretek.	1	2	3	4	5
56	Jobban szeretem a munkám, mint más vállalatok munkavállalói.	1	2	3	4	5
57	A munkáltatómat a legjobb választásnak tartom.	1	2	3	4	5

XII. MUNKAVÁLLALAI HŰSÉGGEL kapcsolatos kérdések



58	Pozitívan beszélek a munkáltatómról, amikor barátaimmal, rokonaimmal beszélgetek.	1	2	3	4	5
59	Cégem termékeit és/vagy szolgáltatásait tudom ajánlani másoknak is.	1	2	3	4	5
60	Szeretnék a jövőben is ennél a vállalatnál maradni.	1	2	3	4	5
61	Nem váltanék azonnal, ha más cégtől kapnék állásajánlatot.	1	2	3	4	5

XIII. DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐK



62. Hány éves Ön?

- a) 18-29 b) 30-39 c) 40-49 d) 50-59
e) 60 vagy fölötte

63. Mi az Ön neme?

- a) Nő b) Férfi

64. Kérem, válassza ki, mi az Ön legmagasabb iskolai végzettsége!

- a) Általános iskola b) Gimnázium c) Szakközépiskola/szakiskola
d) BSc/Főiskolai diploma e) MSc/Egyetemi diploma f) Posztgraduális fokozat (Phd)

65. Hol lakik?

- a) Főváros vagy agglomerációja b) Vidéki nagyváros c) Vidéki kisváros
d) Falu/község

66. Az Ön családjában az egy főre jutó nettó átlagjövedelem Ön szerint (viszonyítási alap: a jelenlegi magyar egy főre jutó havi nettó átlagjövedelem kb. 135 ezer Ft)

- a) Az átlagosnál sokkal magasabb b) Az átlagosnál magasabb c) Átlagos
d) Az átlagosnál alacsonyabb e) Az átlagosnál sokkal alacsonyabb

67. Melyik ágazatban dolgozik?

- a) Mezőgazdaság, erdőgazdálkodás, halászat b) Bányászat, kőfejtés
c) Feldolgozóipar d) Villamosenergia-, gáz-, gőzellátás, légkondicionálás
e) Vízellátás, hulladékgazdálkodás f) Építőipar
g) Kereskedelem, gépjárműjavítás h) Szállítás, raktározás
i) Szálláshely-szolgáltatás, vendéglátás j) Információ, kommunikáció
k) Pénzügyi, biztosítási tevékenység l) Ingatlanügyletek
m) Szakmai, tudományos, műszaki tevékenység
n) Adminisztratív és szolgáltatást támogató tevékenység
o) Közigazgatás, védelem; kötelező társadalombiztosítás
p) Oktatás q) Humán-egészségügyi, szociális ellátás
r) Művészet, szórakoztatás, szabad idő s) Egyéb szolgáltatás

M8. A közösségi média képességvizsgálata

26. táblázat: A legnépszerűbb közösségi média hálózatok képességvizsgálata

	Facebook 	Twitter 	YouTube 	Instagram 	LinkedIn 	Pinterest 
Leírás	A legnagyobb, széles körben ismert közösségi oldal nagy vonzerővel és nagyszámú napi felhasználóval. https://www.facebook.com/	Eredetileg arra épült, hogy megválaszolják a kérdést: Mit csinálsz éppen? Olyan helyre fejlődött, ahol a felhasználók rövid információkat kaphatnak az érdekesnek tartott emberektől vagy szervezetektől. https://twitter.com/	Videomegosztó weboldal, amely lehetővé teszi a felhasználók számára videók feltöltését, megtekintését és megosztását. A tartalom nagy részét magánszemélyek töltik fel, és egyre népszerűbb a fiatal generáció körében (influenszerek) https://www.youtube.com/	Online mobil fotómegosztó, videómegosztó és közösségi hálózati oldal, amely lehetővé teszi a felhasználók számára képek és videók készítését, valamint megosztásukat. https://instagram.com/	Szakmai közösségi hálózat, szakmai információk megosztására, álláskeresésre, toborzásra. https://www.linkedin.com/	Olyan weboldal, amely lehetővé teszi a felhasználók számára képek (pinnek) és egyéb médiatartalmak (pl. videók) feltöltését, mentését, rendezését és kezelését az ún. táblákon keresztül. https://www.pinterest.com/
Tipikus használat	• barátok, ismerősök hozzáadásával hálózat építhető	• 280 karakteres, felhasználó által írt üzenet (tweet)	• video tartalmak megosztása content	• képek, fotók, videók megosztása	• szakmai kapcsolatépítés (ismerősök, kollégák)	• képek, fotók és videók megosztása

		• linkek tartalmak megosztása és • rengeteg szolgáltatás, beleértve a csoportokat, eseményeket, játékokat és személyes üzenetküldést	• más felhasználók követése • linkek megosztása • más felhasználók vagy vállalati oldalak véleményezése, hozzászólás más tweetekhez	• hozzászólások (a videókhoz) • tartalomgyártó k, influenszerek követése	• hozzászólások (fotókhoz) • más felhasználók követése	hozzáadásával szakmai hálózat építhető) • linkek, tartalom megosztása • más felhasználók "ajánlása", képességei méltatása	• más felhasználók követése
Havi aktív felhasználók száma (MAU)		2,8 milliárd	330 millió	2,3 milliárd	1,3 milliárd	310 millió	478 millió
Napi aktív felhasználók száma (DAU)		1,9 milliárd	199 millió	122 millió	500 millió	n.a.	n.a.
Tartalom-menedzsment	Szöveg		 karakterlimit: 280				
	Kép, fotó						
	Audio/ Video			 Elérhető tartalom: videoklip, TV-klip, zenei videó, video blog (vlog) stb.			
Egyéb jellemzők	Chat						

	Komment						
	Megosztás						
	Tag (jelölés)		 # hashtag				
	Bejelentkezés						
	Privát üzenet						
	Konverzió követés						
	Weboldal widgetek / integráció						
Rugalmas-ság	optimalizált mobil eszközök-re	Apps for iPhone, Android, Nokia, Blackberry, Windows, Sony, INQ	Apps for iPhone, iPad, Blackberry, Windows	Apps for iPhone, Blackberry, Android	Apps for iPhone, Blackberry, Android	Apps for iPhone, Blackberry, Android	Apps for iPhone, Blackberry, Android
Biztonsági/adatvédelmi beállítások		Az adatvédelmi beállítások testreszabhatóak, így a felhasználók eldönthetik, mely információkat mely felhasználókkal osztják meg.	A felhasználók választhatnak nyilvános (alapértelmezett) vagy privát fiókot (csak engedéllyel kommunikálhatnak velük és láthatják a frissítéseiket,	A felhasználók választhatnak nyilvános, nem nyilvános vagy privát tartalmat feltöltéseikhez.	A külső felhasználók - akik nem követik a felhasználót - engedélyt kell kérniük a felhasználó saját fotóinak	Az adatvédelmi beállítások nagyon testreszabhatóak, így a felhasználók eldönthetik, mely információkat mely	Az adatvédelmi beállítások nagyon testreszabhatóak (pl. Ne kövesse nyomon funkció)

		karakterkorlátozás nélkül)		megtekintéséhez	felhasználókkal osztják meg.	
Előnyök	• a legnagyobb közösségi hálózat a havi aktív felhasználók száma alapján • legváltozatosabb • sokrétű és széles spektrumú interakciók • a szájreklám (word-of-mouth) fokozott hatása • hatékony elemzést és targetálást tesz lehetővé • üzleti oldalak külön kezelése • bejelentkezés, hely megjelölés stb.	• hatékony platform közvetítésekhez, sugárzáshoz • vírusmarketing pozitív hatásai • hatékony híradáshoz, és élő események esetében pl. konferenciák • a kisméretű üzenetek, tartalmak könnyen emészthetők	• kedvelt az orvosok körében az informatív és részletorientált videók lehetősége miatt • elkötelezettség korellál a betegközpontú tartalommal • összekapcsolható más közösségi hálózatokkal • sokféle formátum • hatékony targetálás • alkalmas hosszú és rövid üzenetekhez is	• mivel a Facebook tulajdonában van, hatalmas potenciál van benne • kiváló adatvédelmi beállítások • nagyon összefonódott és átlátható kapcsolat a Twitterrel és Facebookkal • hely megjelölés	• könnyű hozzáférést biztosít a szakmai közönséghez • pontos információ a felhasználók szakmai életéről • rendkívül gazdag tartalom • hatékony toborzási eszköz • alkalmas belső CSR tevékenységekhez is	• vásárlásra fogékony hangulat • életesemények előtt • hosszú távú elérhetőség
Hátrányok	• korlátozott elérés • nehéz kezelni a folyamatosan növekvő számú követőt • jogi szabályozások	• a karakterlimit megnehezítheti az igazán mély üzenetek átadását • nehéz elkötelezettséget generálni	• videók gyártása és megnézése is sok időt igényelhet • a videók megosztása a közösségi	• nagyon fiatal közönség – korlátozott lehetőség a targetálásra • csak meggyőző vizuális	• A prémium szolgáltatásokért regisztrálni kell a LinkedIn Premiumra (1 hónap ingyenes próbaverzió)	• túlszűfolt platform, nehéz megtalálni a releváns tartalmat

	földrajzi régiótól függően eltérhetnek – nehéz egységes nemzetközi szabályozást kialakítani • adatvédelmi aggályok • nagyon kevés a központi tartalomellenőrzés – hitelességi problémák	• rendszeres frissítést igényel • nincs központi tartalomellenőrzés	hálózaton korlátozott • a videók megfelelő színvonalon történő gyártása és szerkesztése költséges lehet, és speciális ismereteket igényel	tartalom esetében lehet hatékony eszköz		• leginkább nők használják – korlátozott lehetőség a targetálásra • jó minőségű tartalom előállítása és szerkesztése költséges lehet, szakértelmet és erőforrást igényel
--	---	--	--	---	--	---

Forrás: saját szerkesztés (2021)

27. táblázat: SWOT analízis – vizsgált egészségügyi kampányok besorolása

	Campaign	Organisation's name	Year	Communicated message (risk factor, disease)	Used SM platforms	Relevance
1	One&Only Campaign	Center for Disease Control and Prevention	2015	Safe injection practices	Facebook Twitter Pinterest Blog YouTube RSS GovDelivery	Low
2	Smokefree	NHS	2015	Public health campaign initiated and supported by Public Health England against smoking and smoking related diseases	Facebook Twitter YouTube	High
3	PackHead	World Lung Foundation	2009	Campaign against smoking – Facebook app that allows users to add rotten teeth, throat tumours, bleeding brains and other smoking related illnesses to their (or friends') profile picture	Facebook	Moderate
4	SmokeFree Alexandria	World Lung Foundation	2010	Campaign against smoking and smoking related diseases, but only in Egypt	Facebook	Moderate
5	Tobacco Control Program	Ministry of Health and Family Welfare & World Lung Foundation	2009	Campaign against smoking and smoking related diseases	Facebook based on TV and radio campaign	Moderate
6	Online Anti-Smoking Games	New Zealand Health Sponsorship Council	2009	Series of online games targeted at younger children to discourage the uptake of smoking	Facebook	Moderate
7	Be Smoke-Free	Smokefree South West UK	2009-2014	Evidence-based programme to create smoke-free future	Facebook Twitter	High
8	Rip&Roll	Queensland Association of	2011	Campaign against HIV and AIDS	Facebook YouTube	Low

		Health Communities				
9	Organ Donor	New York Alliance for Donation	2015	Campaign to increase organ, eye and tissue donation	Facebook Twitter YouTube (animated video)	Low
10	COPD: Learn More Breath Better	National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute	2015	Campaign against COPD	Facebook Twitter YouTube	High
11	Heart Truth	National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute	2015	Program to raise awareness about women's risk for heart disease	Facebook Twitter Pinterest	High
12	National Asthma Education and Prevention Program	National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute	2008	Program to raise awareness about asthma	Facebook	Moderate
13	Go4Life	National Institutes of Health	2015	Exercise and physical activity campaign	Twitter YouTube	High
14	Rethinking Drinking	National Institutes of Health	2015	Campaign against alcohol and alcohol related diseases	Only website and booklet (no SM)	Low
15	Celiac Disease Awareness Campaign	National Institutes of Health	2014	Awareness campaign to increase knowledge of celiac disease among health care professionals and public	Myspace Facebook Twitter Google+	Low
16	National Diabetes Program	Partnership among NIH, CDC and more than 200 public and private organisations	2015	Program to create awareness about diabetes, its symptoms, treatments, etc.	Facebook Twitter YouTube RSS	High

17	National Kidney Disease Education Program	National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases	2015	Program improving the understanding, detection and management of kidney disease	Facebook Twitter YouTube	Low
18	Learn the Link	National Institute on Drug Abuse	2015	Campaign against drug usage and related diseases: HIV and AIDS	YouTube	Low
19	Break Dengue	Break Dengue	2013	Campaign to combat dengue fever	Facebook Pinterest Google+ Twitter Blog YouTube	Low
20	NorthShore Health System	Rise Interactive partnered with NorthShore University HealthSystem	2015	Health system that allows the current and future patients to interact with their physicians	Facebook Twitter LinkedIn	Low
21	HIV Aware	National AIDS Trust	2015	Campaign about benefits, employment and human right for people living with HIV	Facebook Twitter Instagram YouTube	Low
22	Be Clear on Cancer	Cancer Research UK	2014	Different programs against bowel cancer, lung cancer, blood in pee, breast cancer, ovarian cancer, skin cancer, oesophago-gastric cancer etc.	Facebook Twitter Google+	Moderate
23	Think Kidneys	British Kidney Patient Association	2015	National campaign tackling acute kidney injury	Facebook Twitter Blog	Low
24	TimetoChange	NHS	2015	National mental health anti-stigma campaign	Facebook Twitter YouTube	Moderate

Forrás: saját kutatás (2015)

28. táblázat: Részletes SWOT analízis

DETAILED SWOT ANALYSIS	Smokefreee (NHS UK)	Be Smoke-Free Smokefree Southwest UK)	COPD: Learn More Breath Better (NIH USA)	Heart Truth (NIH USA)	Go4Life (NIH USA)	National Diabetes Prevention Program
Key message	Take the first step	Tackling tobacco, driving change Be there tomorrow: 1 in 2 smokers will lose their life early due to smoking	Learn more Breathe Better We'll help you take the first step to breathing better	Learn your risk. Take control.	Endurance.Strength. Balance.Flexibility	Prevent Diabetes STAT Screen/ Test/ Act Today CDC 24/7 Saving Lives. Protect people
Number of followers	Facebook: 217135 Twitter: 4482	Twitter: 1326	Facebook: 33438 Twitter: 12700	Facebook:50414 Twitter: 43300	Twitter: 5017	Only CDC has followers, not the program
STRENGTHS	• Continuous program from 2009 • Regular updates on a daily basis • Clear and targeted message (information and support for smokers who want to quit) • Good use of hyperlinks • Supported by independent website, events,	• Daily updates • Good use of hyperlinks – references to NHS Smokefree program • Supported by other channels (website, more social media platforms) • Lots of supporting video articles • Good target audience identification in	• Good evidence of Twitter use – high number of followers and tweets, good use of hashtags • High quality images and videos are available on SM sites • Daily updates • Good use of hyperlinks, good references to upcoming events	• Well-defined target audience • Not only the most popular Facebook and Twitter account it has, but also Pinterest – multiplatform campaign • Daily updates • Good use of hyperlinks • Continuous monitoring of post – dialogues	• Activity tracking app – lead to more engaged audience • Well-defined target audience • Good use of hashtags • High quality messages – videos, images • Daily updates • Good references to other pages and organisations • Good use of hyperlinks	• Well-defined target audience • Clear and short messages with activities to do in order to prevent the threat • Good use of tools – podcasts, quiz etc. • Supported by independent website

	other social media platforms – multi-channel program • Dialogues are possible (NHS responses to comments) • Good command of visual aid usage (good audio and video quality) • References to upcoming or current events e.g. Stoptober	messages (e.g. daddies in latest message)	• Supported by other pages, events etc. • More channels used e.g. widgets • Good dialogues • Audience relevant contents • Short, clear and targeted messages	• Consistent use of campaign elements (e.g. red colour) • High number of images and videos in high quality • Motivating and audience relevant content • Supported by other platforms, and website, references to upcoming events		
WEAKNESSES	• A bit crowded sites – it is difficult to find previous news • Current app is not working	• It has no Facebook page • Some pictures and videos are not working	• Too many updates in some cases (e.g. during events) • No responses to comments	• Current app is not platform optimised • Too many information	• Few followers – limited audience • No central responses (one way communication)	• No updates after the event • Lack of control of comments • No interactivity
OPPORTUNITIES	• More or smaller target groups with similar messages (current target audience is too wide) in order to achieve more	• Achieving more potential target groups and saving cost via the use of other social media platforms (e.g. Facebook)	• Regular monitoring for improvements • Provide more engaging posts • Increase the level of engagement	• Increase the level of engagement by improvements in apps • Users not engaged with some content -> use of tools e.g.	• Achieving more potential target groups or increasing the size of current target audience • Use of tools to increase the level of engagement	• Better use of tools • Better use of hyperlinks • Increase the engagement level of target audience • Continuous monitoring of SM sites

	people and make them engaged • Increase the level of engagement with games or different apps	• Better use of social media applications – more visual aids, games or apps embedded to SM sites	with games or apps	widgets, buttons etc.		
THREATS	• Lack of credible comments • Current app is not working – it can lead to lose of potential target audience	• Lack of interest – few comments from target groups • Limited use of comments, lack of interactivity • Limited audience	• Lose of audience because of the lack of responses and regular monitoring • Lack of interactivity	• Limited audience: only for women – losing potential target audience of men (heart disease is not just women problem)	• Limited audience: target groups may have limited connection to SM • Lack of two-way dialogue	• Poor use of available tools on SM sites • No regular use, seemingly no control of content

Forrás: saját kutatás (2015)

29. táblázat: A vizsgált kampányok besorolásához használt kritériumok

Relevancy	Inclusion criteria
High	1. Campaigns related to public health and health awareness AND 2. Campaigns that had used social media platforms for delivers AND 3. Campaigns were organised from 2010 (last 5 years) AND 4. Campaigns are related to TOP10 diseases or risk factors defined in literature review.
Moderate	1. Campaigns related to public health and health awareness AND 2. Campaigns that had used social media platforms for delivers AND 3. Campaigns were organised between 2005 and 2010 AND 4. Campaigns are related to TOP 10 diseases or risk factors defined in literature review
Low	1. Campaigns related to public health and health awareness AND 2. Campaigns that had used social media platforms for delivers AND 3. Campaigns were organised before 2005 OR 4. Campaigns are not related to TOP10 diseases or risk factors defined in literature review

Forrás: saját kutatás (2015)

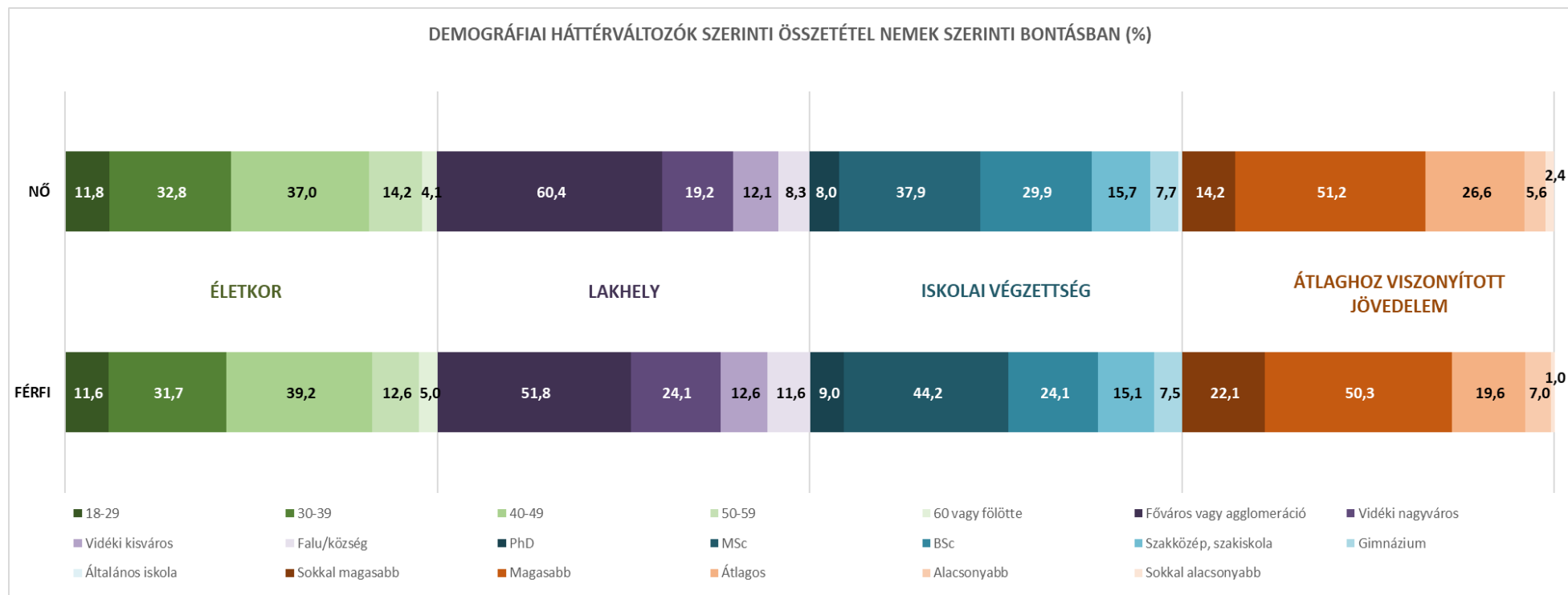
M9. Tartalomelemzés eredménye

30. táblázat: Nagyvállalati "jó gyakorlatok"

Vállalatok	Környezettel kapcsolatos	Táplálkozással kapcsolatos	Életstílussal kapcsolatos
 Fenntarthatósági jelentés, 2016	Munkavédelem Ergonómia Képzések	Egészséges táplálkozás népszerűsítése	Szabadidősportok biztosítása Testébresztő (rendezvények)
 Fenntarthatósági jelentés, 2016	Rugalmas munkaszerződés Biztonságos munkakörnyezet Képzések	Egészséges menü biztosítása	Employee Assistant Program (prevenció) Sporttevékenységek szervezése pl. jóga, karate, séta Tanácsadás (orvosi, pszichológiai)
 CSR riport, 2017	Higiénikus és biztonságos munkakörnyezet Kötelező eü képzések	Gyümölcskosár Főzőtanfolyamok Táplálkozási tanácsadás	Wellness Oltások Sporttevékenységek (pl. nordic walking, futás, hockey) Dohányzás korlátozása Tanácsadás (mentális)
 CSR riport, 2016	Tűzvédelem Biztonságos munkakörnyezet (képernyő, ergonómia, eszközök)	Egészséges táplálkozás népszerűsítése	Stressz menedzsment, megelőzés Kampány – mindennapos mozgás Egészségügyi szűrések
 CSR riport, 2016	Biztonságos munkakörnyezet Relaxációs szoba Rugalmas munkaszerződés Wellness központok	Helyi, organikus élelmiszerek az éttermekben Vízszűrő rendszerek Élelmiszerfeldolgozó rendszerek (élelmiszerpazarlás csökkentése)	Healthy Living és Healthy Minds programok Tanácsadás Jóga és meditáció

Forrás: saját szerkesztés

M10. Kérdőíves felmérés demográfiai háttéreredményei



69. ábra: A minta háttérváltozók szerinti megoszlása

Forrás: saját szerkesztés

31. táblázat: A minta megoszlása nem és életkor szerint (a rétegek aránya a mintában)

		Minta (fő)	Minta (%)			Minta (fő)	Minta (%)
Férfi	18-29	23	4,3%	Nő	18-29	40	7,4%
	30-39	63	11,7%		30-39	111	20,7%
	40-49	78	14,5%		40-49	125	23,3%
	50-59	25	4,7%		50-59	48	8,9%
	60 vagy fölött	10	1,9%		60 vagy fölött	14	2,6%
Férfiak összesen		199	37,1%	Nők összesen		338	62,9%

Forrás: saját szerkesztés

32. táblázat: A minta megoszlása nem és jövedelem alapján (a rétegek aránya a mintában)

		Minta (fő)	Minta (%)			Minta (fő)	Minta (%)
Férfi	Az átlagosnál sokkal alacsonyabb	2	0,4%	Nő	Az átlagosnál sokkal alacsonyabb	8	1,5%
	Az átlagosnál alacsonyabb	14	2,6%		Az átlagosnál alacsonyabb	19	3,5%
	Átlagos	39	7,3%		Átlagos	90	16,8%
	Az átlagosnál magasabb	100	18,6%		Az átlagosnál magasabb	173	32,2%
	Az átlagosnál sokkal magasabb	44	8,2%		Az átlagosnál sokkal magasabb	48	8,9%
Férfiak összesen		199	37,1%	Nők összesen		338	62,9%

Forrás: saját szerkesztés

33. táblázat: A minta megoszlása nem és lakóhely szerint (a rétegek aránya a mintában)

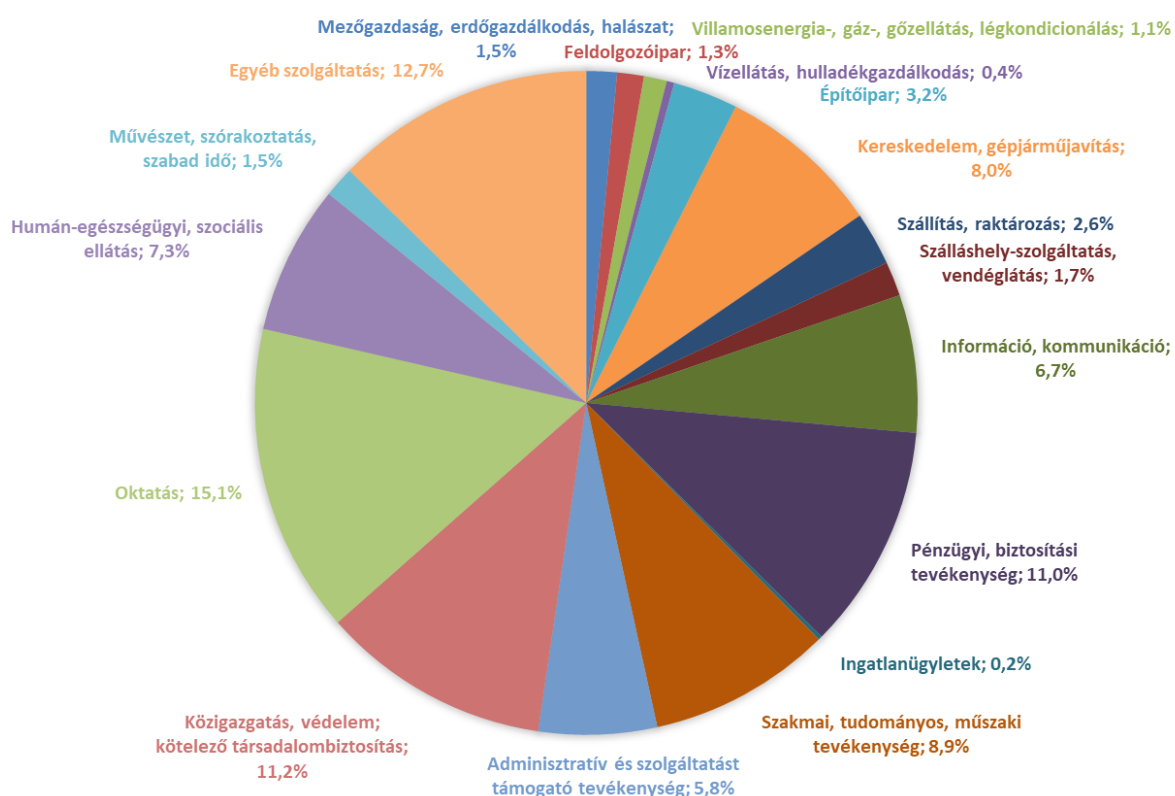
		Minta (fő)	Minta (%)			Minta (fő)	Minta (%)
Férfi	Főváros vagy agglomerációja	103	19,2%	Nő	Főváros vagy agglomerációja	204	38,0%
	Vidéki nagyváros	48	8,9%		Vidéki nagyváros	65	12,1%
	Vidéki kisváros	25	4,7%		Vidéki kisváros	41	7,6%
	Falu/község	23	4,3%		Falu/község	28	5,2%
Férfiak összesen		199	37,1%	Nők összesen		338	62,9%

Forrás: saját szerkesztés

34. táblázat: A minta megoszlása nem és iskolai végzettség alapján (a rétegek aránya mintában)

		Minta (fő)	Minta (%)			Minta (fő)	Minta (%)
Férfi	Általános iskola	0	0,0%	Nő	Általános iskola	3	0,6%
	Gimnázium	15	2,8%		Gimnázium	26	4,8%
	Szakközépiskola/ szakiskola	30	5,6%		Szakközépiskola/ szakiskola	53	9,9%
	BSc/ Főiskolai diploma	48	8,9%		BSc/ Főiskolai diploma	101	18,8%
	MSc/ Egyetemi diploma	88	16,4%		MSc/ Egyetemi diploma	128	23,8%
	Posztgraduális fokozat (Phd)	18	3,4%		Posztgraduális fokozat (Phd)	27	5,0%
Férfiak összesen		199	37,1%	Nők összesen		338	62,9%

Forrás: saját szerkesztés



70. ábra: A minta megoszlása ágazatok alapján

Forrás: saját szerkesztés

M11. A közösségi média egészségfejlesztő használatára való nyitottság elemzésének háttéreredményei

35. táblázat: Változók leíró statisztikája

	N	Missing	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
Q1	537	0	1	5	3,49	0,710	0,504
Q2/1	537	0	1	5	3,99	1,039	1,080
Q2/2	537	0	1	5	4,05	,889	,790
Q2/3	537	0	1	5	4,08	,954	,910
Q2/4	537	0	1	5	3,66	1,079	1,165
Q2/5	537	0	1	5	3,72	1,078	1,163
Q2/6	537	0	1	5	3,14	1,192	1,420
Q3	537	0	1	4	1,78	1,072	1,149
Q4	537	0	1	7	3,46	1,667	2,779
Q5	537	0	1	7	4,86	1,744	3,043
Q6	537	0	1	6	4,84	1,042	1,085
Q7	537	0	1	3	2,26	,725	,525
Q8	537	0	1	2	1,85	,356	,127
Q12/1	537	0	1	5	2,74	1,190	1,416
Q12/2	537	0	1	5	2,94	1,192	1,420
Q12/3	537	0	1	5	3,23	1,193	1,422
Q12/4	537	0	1	5	2,50	1,197	1,433
Valid N (listwise)	537						

Forrás: saját szerkesztés

36. táblázat: Anti-image mátrix

		Anti-image Matrices														
		Q2/1	Q2/2	Q2/3	Q2/4	Q2/5	Q2/6	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q12/1	Q12/2	Q12/3	Q12/4
Anti-image Covariance	Q2/1	0,436	-0,243	0,004	-0,065	-0,004	-0,015	0,012	0,017	-0,257	0,096	0,02	0,016	0,003	-0,033	0,024
	Q2/2	-0,243	0,455	-0,07	-0,059	-0,069	-0,001	0,088	0,004	0,082	-0,173	0,014	-0,049	0,009	-0,016	0,02
	Q2/3	0,004	-0,07	0,65	-0,218	-0,072	-0,107	-0,001	0,08	-0,019	-0,032	0,07	0,024	-0,007	0,004	-0,058
	Q2/4	-0,065	-0,059	-0,218	0,676	-0,089	0,042	-0,065	0,04	-0,007	0,046	0,028	-0,02	-0,011	-0,006	0,01
	Q2/5	-0,004	-0,069	-0,072	-0,089	0,492	-0,241	-0,007	0,015	0,062	0,057	-0,249	-0,014	0,004	0,007	0,01
	Q2/6	-0,015	-0,001	-0,107	0,042	-0,241	0,636	-0,074	-0,028	0,054	-0,007	-0,006	-0,021	-0,013	0,032	-0,039
	Q3	0,012	0,088	-0,001	-0,065	-0,007	-0,074	0,923	-0,098	0,02	0,044	0,026	-0,021	0,021	0,006	-0,015
	Q4	0,017	0,004	0,08	0,04	0,015	-0,028	-0,098	0,911	-0,119	0,007	0,009	0,082	-0,013	-0,052	-0,008
	Q5	-0,257	0,082	-0,019	-0,007	0,062	0,054	0,02	-0,119	0,62	-0,176	-0,086	-0,039	0,019	0,016	-0,013
	Q6	0,096	-0,173	-0,032	0,046	0,057	-0,007	0,044	0,007	-0,176	0,789	-0,12	0,033	0,023	-0,064	0,015
	Q7	0,02	0,014	0,07	0,028	-0,249	-0,006	0,026	0,009	-0,086	-0,12	0,733	-0,023	0,018	-0,036	0,003
	Q12/1	0,016	-0,049	0,024	-0,02	-0,014	-0,021	-0,021	0,082	-0,039	0,033	-0,023	0,415	-0,168	-0,077	-0,085
	Q12/2	0,003	0,009	-0,007	-0,011	0,004	-0,013	0,021	-0,013	0,019	0,023	0,018	-0,168	0,373	-0,115	-0,119
	Q12/3	-0,033	-0,016	0,004	-0,006	0,007	0,032	0,006	-0,052	0,016	-0,064	-0,036	-0,077	-0,115	0,468	-0,14
	Q12/4	0,024	0,02	-0,058	0,01	0,01	-0,039	-0,015	-0,008	-0,013	0,015	0,003	-0,085	-0,119	-0,14	0,45
Anti-image Correlation	Q2/1	,618 ^a	-0,545	0,007	-0,121	0	-0,028	0,019	0,027	-0,495	0,164	0,036	0,038	0,006	-0,072	0,055
	Q2/2	-0,545	,702 ^a	-0,129	-0,107	-0,145	-0,001	0,135	0,006	0,155	-0,288	0,023	-0,113	0,022	-0,035	0,045
	Q2/3	0,007	-0,129	,804 ^a	-0,329	-0,128	-0,167	-0,001	0,104	-0,03	-0,045	0,102	0,047	-0,014	0,008	-0,108
	Q2/4	-0,121	-0,107	-0,329	,812 ^a	-0,154	0,064	-0,082	0,051	-0,01	0,063	0,04	-0,037	-0,021	-0,011	0,019
	Q2/5	0	-0,145	-0,128	-0,154	,697 ^a	-0,43	-0,011	0,022	0,112	0,091	-0,414	-0,032	0,01	0,016	0,022
	Q2/6	-0,028	-0,001	-0,167	0,064	-0,43	,744 ^a	-0,097	-0,036	0,086	-0,01	-0,009	-0,041	-0,027	0,059	-0,072
	Q3	0,019	0,135	-0,001	-0,082	-0,011	-0,097	,654 ^a	-0,107	0,026	0,051	0,031	-0,033	0,036	0,009	-0,023
	Q4	0,027	0,006	0,104	0,051	0,022	-0,036	-0,107	,608 ^a	-0,158	0,008	0,011	0,134	-0,023	-0,079	-0,012
	Q5	-0,495	0,155	-0,03	-0,01	0,112	0,086	0,026	-0,158	,543 ^a	-0,252	-0,127	-0,077	0,039	0,031	-0,025
	Q6	0,164	-0,288	-0,045	0,063	0,091	-0,01	0,051	0,008	-0,252	,537 ^a	-0,158	0,057	0,042	-0,105	0,026

Q7	0,036	0,023	0,102	0,04	-0,414	-0,009	0,031	0,011	-0,127	-0,158	,630 ^a	-0,042	0,034	-0,061	0,005
Q12/1	0,038	-0,113	0,047	-0,037	-0,032	-0,041	-0,033	0,134	-0,077	0,057	-0,042	,834 ^a	-0,426	-0,174	-0,197
Q12/2	0,006	0,022	-0,014	-0,021	0,01	-0,027	0,036	-0,023	0,039	0,042	0,034	-0,426	,812 ^a	-0,276	-0,291
Q12/3	-0,072	-0,035	0,008	-0,011	0,016	0,059	0,009	-0,079	0,031	-0,105	-0,061	-0,174	-0,276	,854 ^a	-0,306
Q12/4	0,055	0,045	-0,108	0,019	0,022	-0,072	-0,023	-0,012	-0,025	0,026	0,005	-0,197	-0,291	-0,306	,849 ^a

Forrás: saját szerkesztés

37. táblázat: Végleges klaszterközéppontok

	Cluster			
	1	2	3	4
Zscore: 3.Ön dohányzik?	-,42197	-,38435	1,25807	,31734
Zscore: 4. Milyen gyakran fogyaszt alkoholt?	,06715	-,09632	-,16093	,35898
Zscore: 5. Milyen rendszeresen mozog, végez valamilyen sporttevékenységet?	-,40605	,51926	-,66175	-,15690
Zscore: 6. Milyen gyakran fogyaszt zöldséget és gyümölcsöt?	-,21002	,36486	-,64291	-,02154
Zscore: 7. Milyen gyakran jár szűrővizsgálatokra?	,28495	,20606	-,10751	-,89175
Zscore: 2. Mennyire fontosak Önnek az egészsége szempontjából az alábbiak? - rendszeres testmozgás	-,59476	,66074	-,24612	-,75260
Zscore: 2. Mennyire fontosak Önnek az egészsége szempontjából az alábbiak? - egészséges táplálkozás	-,45301	,64469	-,11703	-1,05941
Zscore: 2. Mennyire fontosak Önnek az egészsége szempontjából az alábbiak? - megbecsülés	-,56115	,41116	,47223	-,88825
Zscore: 2. Mennyire fontosak Önnek az egészsége szempontjából az alábbiak? - stresszkezelés, meditáció	-,58216	,43809	,46348	-,92512
Zscore: 2. Mennyire fontosak Önnek az egészsége szempontjából az alábbiak? - szűrővizsgálatok	,10458	,25255	,56330	-1,51211
Zscore: 2. Mennyire fontosak Önnek az egészsége szempontjából az alábbiak? - biztosítás	-,03842	,13171	,68000	-1,08473

Forrás: saját szerkesztés

38. táblázat: ANOVA teszt a klaszterelemzésbe bevont változókra

	ANOVA					
	Cluster			Error		
	Mean	df	Mean	df	F	Sig.
	Square		Square			
Zscore: 3.Ön dohányzik?	70,861	3	,607	533	116,781	,000
Zscore: 4. Milyen gyakran fogyaszt alkoholt?	5,291	3	,976	533	5,422	,001
Zscore: 5. Milyen rendszeresen mozog, végez valamilyen sporttevékenységet?	42,442	3	,767	533	55,353	,000
Zscore: 6. Milyen gyakran fogyaszt zöldséget és gyümölcsöt?	25,225	3	,864	533	29,208	,000

Zscore: 7. Milyen gyakran jár szűrővizsgálatokra?	29,044	3	,842	533	34,488	,000
Zscore: 2. Mennyire fontosak Önnek az egészsége szempontjából az alábbiak? - rendszeres testmozgás	66,714	3	,630	533	105,875	,000
Zscore: 2. Mennyire fontosak Önnek az egészsége szempontjából az alábbiak? - egészséges táplálkozás	72,933	3	,595	533	122,551	,000
Zscore: 2. Mennyire fontosak Önnek az egészsége szempontjából az alábbiak? - megbecsülés	55,016	3	,696	533	79,049	,000
Zscore: 2. Mennyire fontosak Önnek az egészsége szempontjából az alábbiak? - stresszkezelés, meditáció	59,410	3	,671	533	88,508	,000
Zscore: 2. Mennyire fontosak Önnek az egészsége szempontjából az alábbiak? - szűrővizsgálatok	78,622	3	,563	533	139,621	,000
Zscore: 2. Mennyire fontosak Önnek az egészsége szempontjából az alábbiak? - biztosítás	48,330	3	,734	533	65,881	,000

Forrás: saját szerkesztés

39. táblázat: Klaszterek jellemzői

		Önámítók	Sportos tudatosak	Felelősség áthárítók	Egészségtelen nemtörődömök
Nem	Férfi	36,1%	30,5%	35,5%	59,0%
	Nő	63,9%	69,5%	64,5%	41,0%
Életkor	18-29	12,3%	8,4%	16,1%	15,7%
	30-39	27,9%	33,5%	26,9%	42,2%
	40-49	38,5%	38,9%	41,9%	28,9%
	50-59	15,6%	13,4%	14,0%	10,8%
	60 vagy fölött	5,7%	5,9%	1,1%	2,4%
Lakóhely	Budapest	57,4%	64,9%	44,1%	49,4%
	Vidéki nagyváros	22,1%	18,0%	21,5%	27,7%
	Vidéki kisváros	12,3%	12,1%	15,1%	9,6%
	Falu/község	8,2%	5,0%	19,4%	13,3%
Iskolai végzettség	Gimnázium vagy alatta	5,7%	7,5%	11,8%	9,6%
	Szakközépiskola/szakiskola	16,4%	10,0%	30,1%	13,3%
	BSc	29,5%	27,2%	26,9%	27,7%
	MSc	38,5%	44,4%	30,1%	42,2%
	PhD	9,8%	10,9%	1,1%	7,2%
Átlaghoz viszonyított jövedelem	Sokkal alacsonyabb	1,6%	1,3%	1,1%	4,8%
	Alacsonyabb	2,5%	3,8%	12,9%	10,8%
	Átlagos	27,9%	21,3%	31,2%	18,1%
	Magasabb	54,9%	53,6%	40,9%	48,2%
	Sokkal magasabb	13,1%	20,1%	14,0%	18,1%
Munka típusa	Irodai	86,1%	90,8%	68,8%	85,5%
	Fizikai	13,9%	9,2%	31,2%	14,5%

Forrás: saját szerkesztés

M12. PLS-SEM elemzéshez tartozó háttéreredmények

40. táblázat: Analízis az alacsony értékekkel rendelkező tételek eltávolítása előtt

Indikátorok / Faktorok	Lelki egészség	Rehabilitáció	Egészséges táplálkozás	Biztosítás	Munkavállalói hűség	Mentális egészség	Prevenció	Fizikai egészség	Munkavállalói elégedettség	Munkavállalói jóllét
LE1	0,716									
LE2	0,879									
LE3	0,872									
LE4	0,792									
LE5	0,852									
REH1		0,754								
REH2		0,849								
REH3		0,874								
REH4		0,815								
ET1			0,819							
ET2			0,873							
ET3			0,771							
ET4			0,644							
BIZ1				0,85						
BIZ2				0,705						
BIZ3				0,788						
BIZ4				0,849						
BIZ5				0,811						
BIZ6				0,822						
MH1					0,871					
MH2					0,805					
MH3					0,918					
MH4					0,884					
ME1						0,748				
ME2						0,749				
ME3						0,783				
ME4						0,584				
ME5						0,702				
ME6						0,607				
ME7						0,341				
PRE1							0,83			
PRE2							0,718			
PRE3							0,727			
PRE4							0,706			
FE1								0,748		
FE2								0,707		
FE3								0,806		
FE4								0,736		
FE5								0,627		
MEL1									0,845	
MEL2									0,834	

MEL3	0,822
MEL4	0,741
MEL5	0,815
MEL6	0,856
MJ1	0,76
MJ2	0,841
MJ3	0,877

Forrás: saját szerkesztés

41. táblázat: A független konstrukciók leíró statisztikái

Faktorok	Ind.	N	Min.	Max.	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness	Kurtosis
Fizikai egészség	FE1	537	1	5	3,38	1,245	1,549	-0,262	-0,900
	FE2	537	1	5	3,38	1,383	1,912	-0,358	-1,114
	FE3	537	1	5	3,74	1,255	1,576	-0,784	-0,378
	FE4	537	1	5	2,69	1,399	1,957	0,271	-1,166
	FE5	537	1	5	2,79	1,422	2,022	0,228	-1,228
Mentális egészség	ME1	537	1	5	3,29	1,214	1,473	-0,252	-0,755
	ME2	537	1	5	3,13	1,332	1,775	-0,163	-1,136
	ME3	537	1	5	3,17	1,305	1,703	-0,111	-1,087
	ME4	537	1	5	2,36	1,239	1,534	0,510	-0,786
	ME5	537	1	5	3,63	1,395	1,947	-0,610	-0,958
	ME6	537	1	5	3,82	1,276	1,627	-0,846	-0,378
	ME7	537	1	5	2,05	1,323	1,751	0,985	-0,308
Egészséges táplálkozás	ET1	537	1	5	3,46	1,308	1,712	-0,434	-0,880
	ET2	537	1	5	3,14	1,328	1,765	-0,150	-1,105
	ET3	537	1	5	2,69	1,421	2,021	0,294	-1,206
	ET4	537	1	5	3,99	1,233	1,520	-1,109	0,200
Prevenció	PRE1	537	1	5	4,31	1,012	1,024	-1,527	1,724
	PRE2	537	1	5	3,76	1,305	1,703	-0,773	-0,539
	PRE3	537	1	5	3,69	1,209	1,463	-0,648	-0,527
	PRE4	537	1	5	3,20	1,344	1,806	-0,213	-1,106
Rehabilitáció	REH1	537	1	5	4,13	1,055	1,112	-1,140	0,645
	REH2	537	1	5	4,33	0,956	0,915	-1,492	1,771
	REH3	537	1	5	4,19	0,993	0,986	-1,248	1,089
	REH4	537	1	5	4,22	1,098	1,206	-1,372	1,009
Biztosítás	BIZ1	537	1	5	4,32	0,977	0,955	-1,445	1,523
	BIZ2	537	1	5	4,58	0,694	0,482	-1,682	2,538
	BIZ3	537	1	5	4,31	0,954	0,909	-1,464	1,730
	BIZ4	537	1	5	4,36	0,894	0,799	-1,519	2,151
	BIZ5	537	1	5	4,37	1,018	1,037	-1,694	2,163
	BIZ6	537	1	5	4,18	1,006	1,013	-1,214	0,959
Lelki egészség	LE1	537	1	5	4,33	0,942	0,887	-1,395	1,352
	LE2	537	1	5	4,71	0,672	0,452	-2,911	9,625
	LE3	537	1	5	4,77	0,638	0,407	-3,307	11,725
	LE4	537	1	5	4,57	0,777	0,604	-2,015	4,127
	LE5	537	1	5	4,71	0,680	0,462	-2,788	8,324

Forrás: saját szerkesztés

42. táblázat: A függő konstrukciók leíró statisztikái

Faktorok	Ind.	N	Min.	Max.	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness	Kurtosis
Munkavállalói jóllét	MJ1	537	1	5	4,10	0,900	0,809	-0,797	0,290
	MJ2	537	1	5	4,69	0,648	0,420	-2,484	7,304
	MJ3	537	1	5	4,48	0,761	0,578	-1,645	2,998
Munkavállalói elégedettség	MEL1	537	1	5	3,99	0,864	0,746	-0,665	0,307
	MEL2	537	1	5	3,75	1,210	1,464	-0,736	-0,347
	MEL3	537	1	5	4,16	0,913	0,834	-1,023	0,779
	MEL4	537	1	5	3,51	1,095	1,198	-0,527	-0,342
	MEL5	537	1	5	3,51	1,053	1,109	-0,412	-0,263
	MEL6	537	1	5	3,50	1,146	1,314	-0,452	-0,509
Munkavállalói hűség	MH1	537	1	5	3,80	1,042	1,085	-0,737	0,176
	MH2	537	1	5	3,94	1,060	1,123	-0,912	0,375
	MH3	537	1	5	3,84	1,145	1,311	-0,794	-0,159
	MH4	537	1	5	3,64	1,231	1,514	-0,598	-0,628

Forrás: saját szerkesztés

43. táblázat: Empirikus korrelációs mátrix eredményei

	LE1	LE2	LE3	LE4	LE5	REH1	REH2	REH3	REH4	ET1	ET2	ET3	BIZ1	BIZ2	BIZ3	BIZ4	BIZ5	BIZ6	MH1	MH2	MH3	MH4	ME1	ME2	ME3	ME5	PRE1	PRE2	PRE3	PRE4	FE2	FE3	FE4	MEL1	MEL2	MEL3	MEL4	MEL5	MEL6	MJ1	MJ2	MJ3	FE1	
LE1	1.000	0.565	0.474	0.478	0.488	0.214	0.407	0.327	0.329	0.257	0.229	0.178	0.322	0.278	0.318	0.375	0.307	0.378	0.045	0.092	0.036	0.021	0.301	0.265	0.296	0.281	0.270	0.175	0.176	0.212	0.124	0.098	0.110	0.060	-0.030	0.074	0.040	0.016	0.028	0.369	0.403	0.432	0.158	
LE2	0.565	1.000	0.743	0.570	0.692	0.179	0.278	0.242	0.200	0.124	0.113	0.027	0.270	0.322	0.269	0.287	0.270	0.250	0.112	0.152	0.077	0.082	0.193	0.174	0.170	0.225	0.203	0.058	0.158	0.118	0.085	0.069	0.038	0.186	0.065	0.189	0.063	0.066	0.053	0.331	0.629	0.505	0.059	
LE3	0.474	0.743	1.000	0.628	0.714	0.204	0.241	0.201	0.157	0.134	0.151	0.072	0.244	0.364	0.289	0.292	0.232	0.231	0.123	0.128	0.047	0.060	0.260	0.202	0.171	0.223	0.190	0.097	0.111	0.106	0.107	0.104	0.057	0.149	0.067	0.109	0.080	0.070	0.065	0.302	0.569	0.487	0.097	
LE4	0.478	0.570	0.628	1.000	0.608	0.198	0.237	0.146	0.189	0.169	0.167	0.129	0.198	0.288	0.231	0.238	0.177	0.246	0.084	0.046	0.009	-0.001	0.211	0.173	0.124	0.199	0.178	0.101	0.079	0.128	0.127	0.100	0.087	0.092	0.004	0.112	0.104	0.004	0.006	0.352	0.491	0.410	0.116	
LE5	0.488	0.692	0.714	0.608	1.000	0.228	0.291	0.205	0.163	0.151	0.139	0.045	0.205	0.289	0.274	0.276	0.228	0.227	0.067	0.099	0.053	0.093	0.191	0.155	0.165	0.221	0.227	0.090	0.095	0.094	0.159	0.053	0.060	0.139	0.081	0.114	0.111	0.054	0.049	0.290	0.547	0.433	0.089	
REH1	0.214	0.179	0.204	0.198	0.228	1.000	0.517	0.541	0.452	0.356	0.353	0.188	0.423	0.221	0.416	0.374	0.327	0.458	-0.036	-0.061	-0.048	-0.043	0.253	0.202	0.194	0.247	0.403	0.285	0.297	0.287	0.280	0.222	0.176	-0.077	-0.008	-0.023	0.000	0.011	-0.014	0.232	0.176	0.309	0.287	
REH2	0.407	0.278	0.241	0.237	0.291	0.517	1.000	0.647	0.588	0.289	0.257	0.164	0.459	0.298	0.421	0.489	0.360	0.488	-0.041	-0.044	-0.016	-0.055	0.195	0.126	0.165	0.313	0.367	0.285	0.240	0.226	0.224	0.184	0.093	-0.051	-0.039	-0.016	-0.022	-0.042	-0.062	0.236	0.237	0.355	0.201	
REH3	0.327	0.242	0.201	0.146	0.205	0.541	0.647	1.000	0.676	0.355	0.336	0.226	0.502	0.345	0.410	0.530	0.454	0.564	-0.070	-0.036	-0.066	-0.045	0.268	0.198	0.258	0.296	0.402	0.307	0.323	0.270	0.262	0.223	0.076	-0.077	-0.040	0.006	-0.067	-0.013	-0.081	0.269	0.182	0.338	0.241	
REH4	0.329	0.200	0.157	0.189	0.163	0.452	0.588	0.676	1.000	0.346	0.272	0.227	0.519	0.309	0.354	0.551	0.418	0.528	-0.051	-0.022	0.008	-0.007	0.136	0.178	0.142	0.323	0.358	0.251	0.228	0.197	0.233	0.216	0.125	-0.051	-0.019	0.021	-0.009	0.033	-0.033	0.244	0.157	0.297	0.233	
ET1	0.257	0.124	0.134	0.169	0.151	0.356	0.289	0.355	0.346	1.000	0.607	0.478	0.325	0.176	0.291	0.300	0.300	0.382	-0.020	-0.025	-0.037	-0.055	0.329	0.282	0.352	0.376	0.345	0.261	0.325	0.343	0.294	0.305	0.291	-0.037	-0.019	0.013	-0.006	-0.026	-0.053	0.313	0.154	0.291	0.371	
ET2	0.229	0.113	0.151	0.167	0.139	0.353	0.257	0.336	0.272	0.607	1.000	0.650	0.312	0.166	0.337	0.286	0.272	0.353	0.040	-0.074	0.005	0.002	0.440	0.413	0.401	0.364	0.374	0.294	0.394	0.477	0.305	0.279	0.250	-0.017	0.023	0.057	0.041	0.072	0.054	0.233	0.193	0.323	0.311	
ET3	0.178	0.027	0.072	0.129	0.045	0.188	0.164	0.226	0.227	0.478	0.650	1.000	0.198	0.135	0.203	0.205	0.180	0.233	0.045	-0.045	-0.012	-0.012	0.288	0.370	0.332	0.294	0.217	0.174	0.351	0.387	0.330	0.284	0.289	-0.014	-0.001	0.013	0.068	0.073	0.054	0.180	0.116	0.216	0.263	
BIZ1	0.322	0.270	0.244	0.198	0.205	0.423	0.459	0.502	0.519	0.325	0.312	0.198	1.000	0.457	0.580	0.703	0.673	0.666	0.038	-0.002	0.004	-0.007	0.283	0.218	0.222	0.320	0.402	0.312	0.297	0.320	0.259	0.235	0.159	-0.015	-0.009	0.037	-0.018	0.031	-0.006	0.316	0.292	0.428	0.240	
BIZ2	0.278	0.322	0.364	0.288	0.289	0.221	0.298	0.345	0.309	0.176	0.166	0.135	0.457	1.000	0.515	0.538	0.463	0.470	-0.004	-0.066	-0.021	-0.029	0.181	0.132	0.123	0.215	0.324	0.237	0.238	0.168	0.151	0.109	0.079	-0.033	0.010	-0.003	-0.063	-0.039	-0.054	0.233	0.314	0.333	0.109	
BIZ3	0.318	0.269	0.289	0.231	0.274	0.416	0.421	0.410	0.354	0.291	0.337	0.203	0.580	0.515	1.000	0.556	0.529	0.556	0.050	0.007	0.048	0.009	0.262	0.179	0.210	0.312	0.590	0.460	0.326	0.268	0.213	0.142	0.143	0.019	0.048	0.059	0.014	0.028	0.037	0.271	0.294	0.520	0.182	
BIZ4	0.375	0.287	0.292	0.238	0.276	0.374	0.489	0.530	0.551	0.300	0.286	0.205	0.703	0.538	0.556	1.000	0.685	0.637	-0.016	-0.017	-0.019	-0.061	0.187	0.141	0.188	0.247	0.402	0.248	0.262	0.301	0.204	0.163	0.135	-0.050	-0.018	-0.006	-0.040	-0.049	-0.075	0.229	0.269	0.418	0.170	
BIZ5	0.307	0.270	0.232	0.177	0.228	0.327	0.360	0.454	0.418	0.300	0.272	0.180	0.673	0.463	0.529	0.685	1.000	0.624	-0.002	-0.025	-0.033	-0.025	0.193	0.188	0.209	0.205	0.326	0.284	0.267	0.302	0.193	0.179	0.126	-0.005	-0.019	0.035	-0.010	-0.008	-0.046	0.212	0.222	0.374	0.090	
BIZ6	0.378	0.250	0.231	0.246	0.227	0.458	0.488	0.564	0.528	0.382	0.353	0.233	0.666	0.470	0.556	0.637	0.624	1.000	-0.041	-0.057	-0.049	-0.076	0.214	0.220	0.209	0.260	0.329	0.276	0.312	0.288	0.223	0.209	0.176	-0.082	-0.045	-0.042	-0.073	-0.034	-0.039	0.299	0.245	0.445	0.212	
MH1	0.045	0.124	0.123	0.084	0.067	-0.036	-0.041	-0.070	-0.051	-0.020	-0.040	0.045	0.038	-0.004	0.050	-0.016	-0.002	-0.041	1.000	0.671	0.709	0.657	0.039	0.032	-0.057	0.005	-0.007	0.276	0.314	0.005	0.021	0.057	0.009	0.183	0.651	0.610	0.596	0.478	0.586	0.721	0.099	0.160	0.140	0.050
MH2	0.092	0.152	0.128	0.046	0.099	-0.061	-0.044	-0.036	-0.022	-0.025	-0.074	-0.045	-0.002	-0.066	0.007	-0.017	-0.025	-0.057	0.671	1.000	0.634	0.569	-0.015	-0.026	-0.064	-0.021	-0.027	-0.009	-0.022	-0.045	-0.032	-0.021	0.100	0.574	0.482	0.531	0.412	0.494	0.553	0.095	0.148	0.100	0.013	
MH3	0.036	0.077	0.047	0.009	0.053	-0.048	-0.016	-0.066	0.008	-0.037	0.005	-0.012	0.004	-0.021	0.048	-0.019	-0.033	-0.049	0.709	0.634	1.000	0.818	-0.029	-0.015	-0.027	0.062	0.034	0.006	-0.008	-0.061	-0.008	0.005	0.110	0.680	0.815	0.624	0.524	0.598	0.764	0.072	0.063	0.023	0.047	
MH4	0.021	0.082	0.060	-0.001	0.093	-0.043	-0.055	-0.045	-0.007	-0.055	0.002	-0.012	-0.007	-0.029	0.009	-0.061	-0.025	-0.076	0.657	0.569	0.818	1.000	-0.030	-0.019	-0.031	0.029	0.001	0.021	0.013	-0.030	0.015	-0.004	0.091	0.654	0.762	0.568	0.493	0.567	0.730	0.003	0.072	0.009	0.044	
ME1	0.301	0.193	0.260	0.211	0.191	0.253	0.195	0.268	0.136	0.329	0.440	0.288	0.283	0.181	0.262	0.187	0.193	0.214	0.039	-0.015	-0.029	-0.030	1.000	0.640	0.570	0.344	0.280	0.227	0.318	0.307	0.226	0.259	0.208	-0.037	-0.026	0.044	-0.013	0.063	-0.002	0.254	0.195	0.299	0.283	
ME2	0.265	0.174	0.202	0.173	0.155	0.202	0.126	0.198	0.178	0.282	0.413	0.370	0.218	0.132	0.179	0.141	0.188	0.220	0.032	-0.026	-0.015	-0.019	0.640	1.000	0.606	0.353	0.181	0.104	0.288	0.258	0.340	0.287	0.259	-0.014	0.010	0.038	0.010	0.085	0.024	0.215	0.184	0.226	0.256	
ME3	0.296	0.170	0.171	0.124	0.165	0.194	0.165	0.258	0.142	0.352	0.401	0.332	0.222	0.123	0.210	0.188	0.209	0.209	-0.057	-0.064	-0.027	-0.031	0.570	0.606	1.000	0.373	0.235	0.164	0.263	0.297	0.308	0.248	0.186	-0.001	-0.007	0.016	-0.013	0.024	-0.010	0.271	0.170	0.268	0.285	
ME5	0.281	0.225	0.223	0.199	0.221	0.247	0.313	0.296	0.323	0.376	0.364	0.294	0.320	0.215	0.312	0.247	0.205	0.260	0.005	-0.021	0.062	0.029	0.344	0.353	0.373	1.000	0.337	0.189	0.233	0.212	0.283	0.274	0.216	0.067	0.054	0.028	0.036	0.021	0.012	0.343	0.269	0.302	0.235	
PRE1	0.270	0.203	0.190	0.178	0.227	0.403	0.367	0.402	0.358	0.345	0.374	0.217	0.402	0.324	0.590	0.402	0.326	0.329	-0.007	-0.027	0.034	0.001	0.280	0.181	0.235	0.337	1.000	0.587	0.396	0.378	0.290	0.268	0.217	0.026	0.074	0.065	-0.019	0.002	-0.006	0.303	0.212	0.403	0.316	
PRE2	0.175	0.058	0.0																																									

44. táblázat: Empirikus kovariancia mátrix eredményei

	LE1	LE2	LE3	LE4	LE5	REH1	REH2	REH3	REH4	ET1	ET2	ET3	BIZ1	BIZ2	BIZ3	BIZ4	BIZ5	BIZ6	MH1	MH2	MH3	MH4	ME1	ME2	ME3	ME5	PRE1	PRE2	PRE3	PRE4	FE2	FE3	FE4	MEL1	MEL2	MEL3	MEL4	MEL5	MEL6	MJ1	MJ2	MJ3	FE1
LE1	0.895	0.357	0.284	0.349	0.312	0.212	0.366	0.305	0.340	0.316	0.286	0.238	0.296	0.181	0.285	0.315	0.294	0.358	0.044	0.092	0.039	0.025	0.343	0.332	0.363	0.369	0.256	0.215	0.200	0.268	0.161	0.115	0.144	0.049	-0.034	0.063	0.041	0.016	0.030	0.312	0.245	0.309	0.185
LE2	0.357	0.451	0.318	0.297	0.316	0.126	0.178	0.161	0.148	0.109	0.101	0.026	0.177	0.150	0.172	0.172	0.184	0.169	0.078	0.108	0.059	0.068	0.158	0.155	0.149	0.210	0.138	0.051	0.128	0.106	0.079	0.058	0.036	0.108	0.053	0.116	0.046	0.047	0.041	0.200	0.273	0.258	0.050
LE3	0.284	0.318	0.406	0.311	0.309	0.137	0.147	0.127	0.110	0.112	0.128	0.065	0.152	0.161	0.175	0.166	0.150	0.148	0.081	0.086	0.034	0.047	0.201	0.172	0.142	0.198	0.122	0.080	0.085	0.090	0.095	0.083	0.051	0.082	0.051	0.063	0.056	0.047	0.048	0.173	0.235	0.236	0.077
LE4	0.349	0.297	0.311	0.603	0.321	0.162	0.176	0.112	0.161	0.172	0.172	0.143	0.150	0.155	0.171	0.165	0.140	0.192	0.068	0.038	0.008	-0.001	0.198	0.178	0.125	0.216	0.140	0.102	0.074	0.134	0.137	0.097	0.095	0.062	0.003	0.079	0.088	0.004	0.005	0.246	0.247	0.242	0.112
LE5	0.312	0.316	0.309	0.321	0.462	0.163	0.189	0.138	0.121	0.134	0.125	0.043	0.136	0.136	0.177	0.167	0.158	0.155	0.047	0.071	0.041	0.078	0.157	0.140	0.146	0.209	0.156	0.079	0.078	0.086	0.149	0.045	0.057	0.082	0.066	0.071	0.082	0.038	0.038	0.177	0.240	0.223	0.075
REH1	0.212	0.126	0.137	0.162	0.163	1.110	0.520	0.566	0.523	0.490	0.494	0.282	0.435	0.161	0.418	0.352	0.350	0.485	-0.040	-0.068	-0.057	-0.056	0.323	0.283	0.266	0.363	0.430	0.392	0.378	0.406	0.407	0.294	0.259	-0.070	-0.011	-0.022	0.000	0.013	-0.017	0.220	0.120	0.247	0.376
REH2	0.366	0.178	0.147	0.176	0.189	0.520	0.913	0.614	0.616	0.361	0.325	0.223	0.428	0.198	0.383	0.417	0.350	0.468	-0.041	-0.044	-0.018	-0.065	0.226	0.160	0.206	0.417	0.355	0.355	0.277	0.290	0.295	0.220	0.124	-0.042	-0.045	-0.014	-0.023	-0.042	-0.068	0.202	0.147	0.258	0.239
REH3	0.305	0.161	0.127	0.112	0.138	0.566	0.614	0.984	0.736	0.460	0.442	0.318	0.486	0.237	0.388	0.469	0.458	0.563	-0.072	-0.038	-0.075	-0.055	0.322	0.262	0.334	0.410	0.403	0.397	0.388	0.360	0.359	0.278	0.105	-0.066	-0.048	0.006	-0.072	-0.013	-0.093	0.240	0.117	0.255	0.297
REH4	0.340	0.148	0.110	0.161	0.121	0.523	0.616	0.736	1.204	0.496	0.397	0.354	0.556	0.235	0.370	0.540	0.466	0.583	-0.058	-0.025	0.010	-0.010	0.181	0.259	0.204	0.494	0.397	0.360	0.302	0.291	0.353	0.297	0.191	-0.049	-0.025	0.021	-0.010	0.038	-0.041	0.241	0.112	0.247	0.318
ET1	0.316	0.109	0.112	0.172	0.134	0.490	0.361	0.460	0.496	1.708	1.053	0.888	0.415	0.159	0.363	0.351	0.400	0.502	-0.028	-0.034	-0.056	-0.088	0.522	0.490	0.600	0.684	0.456	0.444	0.513	0.602	0.531	0.500	0.531	-0.041	-0.030	0.016	-0.009	-0.035	-0.080	0.368	0.130	0.289	0.603
ET2	0.286	0.101	0.128	0.172	0.125	0.494	0.325	0.442	0.397	1.053	1.762	1.225	0.404	0.153	0.426	0.339	0.367	0.471	0.055	-0.105	0.008	0.003	0.708	0.730	0.694	0.674	0.501	0.509	0.632	0.850	0.560	0.465	0.463	-0.019	0.038	0.069	0.059	0.100	0.081	0.278	0.166	0.326	0.514
ET3	0.238	0.026	0.065	0.143	0.043	0.282	0.223	0.318	0.354	0.888	1.225	2.017	0.274	0.133	0.274	0.260	0.260	0.333	0.067	-0.068	-0.019	-0.021	0.496	0.700	0.614	0.582	0.312	0.323	0.601	0.739	0.648	0.507	0.574	-0.017	-0.001	0.017	0.106	0.108	0.088	0.230	0.106	0.233	0.464
BIZ1	0.296	0.177	0.152	0.150	0.136	0.435	0.428	0.486	0.556	0.415	0.404	0.274	0.953	0.130	0.539	0.612	0.668	0.653	0.038	-0.002	0.004	-0.008	0.335	0.283	0.283	0.436	0.397	0.397	0.350	0.419	0.349	0.288	0.217	-0.012	-0.010	0.033	-0.019	0.032	-0.007	0.277	0.185	0.317	0.291
BIZ2	0.181	0.150	0.161	0.155	0.136	0.161	0.198	0.237	0.235	0.159	0.153	0.133	0.310	0.481	0.340	0.333	0.327	0.328	-0.003	-0.049	-0.017	-0.024	0.152	0.122	0.111	0.208	0.227	0.215	0.199	0.156	0.144	0.094	0.076	-0.020	0.008	-0.002	-0.048	-0.028	-0.043	0.145	0.141	0.175	0.094
BIZ3	0.285	0.172	0.175	0.171	0.177	0.418	0.383	0.388	0.370	0.363	0.426	0.274	0.539	0.340	0.908	0.473	0.512	0.533	0.049	0.007	0.053	0.010	0.303	0.227	0.261	0.415	0.568	0.571	0.375	0.343	0.280	0.170	0.190	0.015	0.056	0.052	0.014	0.028	0.040	0.232	0.181	0.377	0.215
BIZ4	0.315	0.172	0.166	0.165	0.167	0.352	0.417	0.469	0.540	0.351	0.339	0.260	0.612	0.333	0.473	0.797	0.622	0.572	-0.015	-0.016	-0.019	-0.067	0.202	0.168	0.218	0.307	0.363	0.289	0.282	0.361	0.252	0.183	0.168	-0.038	-0.019	-0.005	-0.039	-0.046	-0.076	0.184	0.156	0.284	0.189
BIZ5	0.294	0.184	0.150	0.140	0.158	0.350	0.350	0.458	0.466	0.400	0.367	0.260	0.668	0.327	0.512	0.622	1.035	0.639	-0.002	-0.027	-0.038	-0.031	0.238	0.254	0.278	0.291	0.335	0.377	0.328	0.413	0.272	0.228	0.179	-0.005	-0.024	0.033	-0.012	-0.008	-0.054	0.194	0.146	0.289	0.114
BIZ6	0.358	0.169	0.148	0.192	0.155	0.485	0.468	0.563	0.583	0.502	0.471	0.333	0.653	0.328	0.533	0.572	0.639	1.011	-0.043	-0.061	-0.056	-0.094	0.260	0.294	0.273	0.365	0.334	0.362	0.378	0.389	0.309	0.263	0.247	-0.071	-0.055	-0.038	-0.081	-0.036	-0.045	0.270	0.160	0.340	0.266
MH1	0.044	0.078	0.081	0.068	0.047	-0.040	-0.041	-0.072	-0.058	-0.028	0.055	0.067	0.038	-0.003	0.049	-0.015	-0.002	-0.043	1.083	0.740	0.845	0.841	0.049	0.045	-0.077	0.007	-0.007	0.046	0.006	0.029	0.082	0.012	0.266	0.585	0.768	0.566	0.545	0.642	0.859	0.092	0.077	0.111	0.064
MH2	0.092	0.108	0.086	0.038	0.071	-0.068	-0.044	-0.038	-0.025	-0.034	-0.105	-0.068	-0.002	-0.049	0.007	-0.016	-0.027	-0.061	0.740	1.121	0.768	0.741	-0.019	-0.036	-0.088	-0.031	-0.029	-0.013	-0.029	-0.064	-0.046	-0.027	0.148	0.525	0.617	0.513	0.477	0.550	0.670	0.090	0.101	0.081	0.016
MH3	0.039	0.059	0.034	0.008	0.041	-0.057	-0.018	-0.075	0.010	-0.056	0.008	-0.019	0.004	-0.017	0.053	-0.019	-0.038	-0.056	0.845	0.768	1.309	1.150	-0.040	-0.023	-0.041	0.100	0.039	0.008	-0.010	-0.094	-0.012	0.007	0.175	0.671	1.127	0.651	0.656	0.720	1.000	0.074	0.046	0.020	0.067
MH4	0.025	0.068	0.047	-0.001	0.078	-0.056	-0.065	-0.055	-0.010	-0.088	0.003	-0.021	-0.008	-0.024	0.010	-0.067	-0.031	-0.094	0.841	0.741	1.150	1.511	-0.045	-0.031	-0.049	0.050	0.001	0.034	0.019	-0.049	0.026	-0.007	0.157	0.694	1.132	0.637	0.663	0.733	1.028	0.004	0.058	0.009	0.067
ME1	0.343	0.158	0.201	0.198	0.157	0.323	0.226	0.322	0.181	0.522	0.708	0.496	0.335	0.152	0.303	0.202	0.238	0.260	0.049	-0.019	-0.040	-0.045	1.470	1.034	0.901	0.581	0.343	0.358	0.466	0.499	0.379	0.394	0.352	-0.039	-0.038	0.049	-0.017	0.081	-0.003	0.276	0.153	0.276	0.427
ME2	0.332	0.155	0.172	0.178	0.140	0.283	0.160	0.262	0.259	0.490	0.730	0.700	0.283	0.122	0.227	0.168	0.254	0.294	0.045	-0.036	-0.023	-0.031	1.034	1.772	1.052	0.655	0.244	0.180	0.463	0.461	0.625	0.479	0.482	-0.016	0.016	0.046	0.015	0.119	0.037	0.257	0.158	0.229	0.423
ME3	0.363	0.149	0.142	0.125	0.146	0.266	0.206	0.334	0.204	0.600	0.694	0.614	0.283	0.111	0.261	0.218	0.278	0.273	-0.077	-0.088	-0.041	-0.049	0.901	1.052	1.700	0.677	0.310	0.279	0.414	0.520	0.556	0.406	0.338	-0.001	-0.011	0.019	-0.019	0.033	-0.015	0.318	0.143	0.265	0.462
ME5	0.369	0.210	0.198	0.216	0.209	0.363	0.417	0.410	0.494	0.684	0.674	0.582	0.436	0.208	0.415	0.307	0.291	0.365	0.007	-0.031	0.100	0.050	0.581	0.655	0.677	1.944	0.475	0.344	0.392	0.397	0.546	0.479	0.421	0.081	0.091	0.036	0.054	0.031	0.019	0.430	0.243	0.319	0.408
PRE1	0.256	0.138	0.122	0.140	0.156	0.430	0.355	0.403	0.397	0.456	0.501	0.312	0.397	0.227	0.568	0.363	0.335	0.334	-0.007	-0.029	0.039	0.001	0.343	0.244	0.310	0.475	1.022	0.773	0.484	0.513	0.405	0.340	0.306	0.023	0.090	0.060	-0.021	0.002	-0.007	0.275	0.139	0.310	0.397
PRE2	0.215	0.051	0																																								

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Munkám végén szeretném kifejezni köszönetemet mindazoknak, akik a doktori képzésem éveiben mellettem álltak, szakmailag és emberileg segítettek céljaim elérésében.

Mindenekelőtt köszönettel és mérhetetlen hálával tartozom témavezetőmnek, Dr. Farkasné Dr. Fekete Máriának, hogy végigkísért és támogatott ezen az úton. Az ő szakmai tapasztalata, iránymutatása és tisztánlátása erős motivációt jelentett nekem a képzés által támasztott követelmények magas színvonalon történő teljesítésében. Úgy gondolom, hogy segítőkészsége, kedvessége, támogató hozzáállása, a felém és családom irányában tanúsított bánásmódja nem csupán szakmailag, hanem emberileg is példaértékű.

Ezúton köszönöm Dr. Robert Jeyakumar professzornak és Dr. Gonda Györgynek az értekezés módszertani részéhez nyújtott értékes tanácsait és szakmai támogatását.

Nagyrabecsülésem fejezem ki a Doktori Iskola vezetőinek, Dr. Popp József, Dr. Lakner Zoltán és Dr. Lehota József professzor uraknak, ezúton is megköszönve a lehetőséget, hogy itt végezhettem doktori tanulmányaimat. Emellett köszönöm Naárné Dr. Tóth Zsuzsannának a hallgatókért végzett támogató munkáját, és segítőkészségét a doktori iskolában töltött éveim alatt.

Köszönettel tartozom a Doktori Iskola valamennyi oktatójának és munkatársának a támogatásért, külön kiemelve Dr. Vasa Lászlót és Törőné Dr. Dunay Annát, akik szakmai tanácsukkal és konstruktív javaslataikkal értékes segítséget nyújtottak az értekezésem véglegesítésében.

Köszönöm Törökné Hajdú Mónika hivatalvezető asszonynak, és a Doktori Iskola Titkárság munkatársainak segítőkészségét, hatékony támogatását, melyet irányomban, éveken át, a hivatalos ügyintézés terén tanúsítottak.

Köszönettel tartozom továbbá barátaimnak, kollégáimnak és mindazoknak, akik a kvantitatív kutatás során használt kérdőív kitöltésével hozzájárultak ahhoz, hogy munkám eredményes legyen.

Végül, de nem utolsó sorban hatalmas köszönet illeti a családomat a sok türelemért és támogatásért. Az, hogy ők mindig hittek bennem, nagy motivációt nyújtott ahhoz, hogy a doktori képzést és az ezzel járó feladatokat elvégezzem. Külön köszönöm férjemnek és kislányomnak, Nonónak a kitartást. 😊