

# Szakterületi nézőpontok háromszöge a krónikus betegségek háztartási fogyasztásra gyakorolt hatása kapcsán

*Triangle of literature viewpoints on the effects of chronic illnesses on the household consumption*

KUN ZSUZSANNA

PhD hallgató, Budapesti Corvinus Egyetem, [zsuzsanna.kun@uni-corvinus.hu](mailto:zsuzsanna.kun@uni-corvinus.hu)

## **Absztrakt**

A statisztikákból mind globális, mind európai, mind pedig hazai szinten kiderül, hogy a krónikus megbetegedések száma évről-évre növekszik. A betegség nem csupán a beteg, hanem a vele közvetlen kapcsolatban állók életére is hatással van. A családi egységet, mint gazdasági és fogyasztási egységet is érinti a betegség. A tanulmány célja, hogy azonosítsa azokat a szakterületeket, amelyek a betegség-háztartás-fogyasztás triangulumának jobb megértését segítik. Az irodalomkutatás során az egyes területek páronként jelennek meg hangsúlyosan a kutatásokban. A krónikus betegségek és a háztartások határterületén a háztartási sokkok tanát találjuk, a háztartás és a fogyasztási szokások közti átfedésnél a fogyasztói magatartás tanulmányozása van segítségünkre, míg a fogyasztás és krónikus betegségek határmezsgyéjén az úgynevezett egészségügyi marketing szolgálat hasznos megközelítésekkel. A különböző szakterületi nézőpontok feltárása során nem találtatott olyan kutatási irányvonal, mely a három területet együttesen vizsgálná abban a tekintetben, hogy a krónikus betegség jelenléte milyen hatással bír a háztartás fogyasztási szokásaira.

*Kulcsszavak: krónikus betegség, háztartási fogyasztás, cost-of-illness, háztartási életciklus, adherencia*

It is underlined by statistical data that the number of patients affected by chronic illnesses is growing year by year on global, European and domestic level as well. The disease has an impact not only on the patient's lifestyle but also on the close relatives, so the family unit is affected as an economic and consumption unit by chronic illnesses. This study aims to identify those disciplines which help to understand the triangle of chronic illness – household – consumption. In the papers, these fields appear mostly in pairs. On the margin of chronic illnesses and households the household shock was found, on the border of household and consumption the consumer behaviour helps to understand more of the research topic and on the crossroads of consumption and chronic illnesses, the health-marketing issues can provide some viewpoints on our triangle. No such research stream could have been identified which focuses on each element of the triangle at the same time regarding the effect of chronic disease on household consumption.

*Keywords: chronic illness, household consumption, cost-of-illness, household life-cycle, adherence*

## 1. Bevezetés

A WHO adatai szerint évente mintegy 41 millió ember hal meg különböző krónikus betegségek következtében. Ez a szám az összes halálozás több, mint kétharmadát (71%) jelenti. A krónikus betegségek jellemzője, hogy lassú lefolyásúak, a tünetek pedig negatív hatással vannak az életminőségre, nem csupán a betegére, hanem a vele közvetlen kapcsolatban álló hozzátartozókéra is.

A krónikus betegségek és a háztartási fogyasztás relációja két irányú. Egyrészt a kialakulásukban az életstílusunk (benne a fogyasztási szokásaink) óriási szerepet játszik. Több kutatás ezt az irányt boncolgatja, elsősorban egészségügyi, esetleg makrogazdasági oldalról közelítve a problémához. Másrészt arról, hogy a kialakult krónikus betegségek miként hatnak vissza az egyének és háztartások fogyasztási szokásaira már kevesebb kutatási szakirodalom áll rendelkezésre arról. Bár az egészséges táplálkozási szokásokat több tanulmány kutatja, ok okozati összefüggésben a betegség fogyasztásra gyakorolt hatása kapcsán nem található számottevő vizsgálat.

A jelen esszének kettős célja van. Egyik célja bemutatni a krónikus betegségek legfontosabb statisztikai adatait globális, európai, és hazai szinten, hogy a téma relevanciája hangsúlyosan megjelenjen. Másik célja pedig megérteni a *krónikus betegségek, a háztartás és a fogyasztás hármásának* viszonyrendszerét, ehhez feltárni a lehetséges szakirodalmi megközelítéseket több szakterület áttekintésén keresztül. Az irodalmi áttekintés során törekedtünk minden releváns szakterületet azonosítani, és azok releváns publikációiba is bepillantást adni. Későbbi empirikus kutatások során ezen területek további szűkítésére, illetve esetenként kiszélesítésére lehet szükség.

## 2. Krónikus betegségek

### 2.1. A krónikus betegségek definíciója:

Az egészség korlátozását, a normálistól való eltérést többféleképpen csoportosíthatjuk. Ez lehet fizikai vagy szellemi jellegből fakadó. A megjelenés idejét tekintve, lehet már akár a születéstől kezdve, genetikai okokból jelen (pl. Down szindróma), de szintén az élet elejétől van jelen az a csoport, amely magával a születéssel kapcsolatos traumák során korlátozza az egyént (pl. oxigénhiányból fakadó fogyatékoságok), keletkezhet baleset során (pl. végtagvesztés, bénulás), lehet az élet során szerzett betegség (pl. asztma, diabétesz), lehet az idős kor velejárója (pl. Parkinson-kór, demencia), de vannak olyan állapotok, melyek kiváltó oka nem ismert (autizmus) (PAVIA – MASON, 2012).

A krónikus szó -az orvosi latin szerint chronicus- idültet, tartósan fennállót jelent (BRENCsÁN, 2002). Leggyakrabban az akut, gyors lefolyású jelző ellentétként szokták használni. Számtalan betegségnek már az elnevezésében is megjelenik ez a jelző (pl. krónikus sokízületi gyulladás).

A World Health Organization (későbbiekben: WHO) terminológiai tisztázásában kétféleképpen is megközelíti a krónikus betegségeket. Egyrészt „nem fertőző” betegségeként (noncommunicable diseases / NCD's) említi őket, hogy elkülönítse őket a klasszikus fertőző betegségektől, de megjegyzi, hogy több krónikus betegségnek is lehet fertőző komponense, elég, ha a méhnyakrákra gondolunk. Ezért másik megközelítésként az „életmódból fakadó”

betegségek megnevezést használja, ami jobban kihangsúlyozza az életvitel és a mindennapi szokások hatását a betegségek kifejlődésére. Ez az elnevezés is sántít, mivel az életmód a fertőző betegségek kialakulásában is komoly szerepet játszhat.

A WHO végezetül 4 szempontot fogalmaz meg a krónikus betegségek leírására:

- Egy krónikus betegség nagyszámú elterjedéséhez gyakran évtizedekre van szükség.
- Mivel lassan fejlődnek ki, így a megelőzésükre is több lehetőség adódik a hosszú időszak alatt.
- Sikeres kezelésükhöz hosszú távú szemléletre van szükség.
- Az egészségügyi szolgáltatóknak integrálniuk kell ezen betegségek kezelését az akut, fertőző esetekkel (WHO, 2005).

Ezen betegségek kialakulásának rizikófaktorait négy fő csoportba osztják. (1) metabolikus vagy biológiai kockázatok, melyek között helyet kap a magas vérnyomás, magas vércukor szint, a túlsúly és az elhízás, (2) a fizikai aktivitás alacsony szintje, (3) a túlzott alkoholfogyasztás, (4) és a dohányzás (WHO, 2014).

A leggyakrabban említett és vizsgált krónikus betegségek pedig a daganatos megbetegedések, a szív és érrendszeri panaszok, a cukorbetegség, a krónikus májbetegségek, a krónikus légúti megbetegedések, agyi érrendszeri megbetegedések (EUROSTAT, 2018).

A krónikus betegségek tehát olyan betegségek, amelyek kialakulásához lassú út vezet és hosszú távon meghatározzák a beteg életének minőségét. A beteg személy környezetének és családjának alkalmazkodnia kell az átalakult új élethelyzethez.

## *2.2. A krónikus betegségek a számok tükrében:*

Fontos megvizsgálni a legjellemzőbb sarokszámokat, amik a különböző krónikus betegségekkel élők adatait mutatják be. Elérhető egészségügyi statisztikai adatokat gyűjt és közöl számos nemzetközi szervezet, többek között a WHO, az OECD és az EUROSTAT, valamint hazai szinten a KSH. Az alábbiakban bemutatott beteg populáció-mutatók nagysága és egyre növekvő mértéke is felhívja a figyelmet arra, hogy a piacnak foglalkozni kell ezzel a fogyasztói csoporttal.

### *Krónikus betegségek globálisan:*

A WHO 2018 júniusi adatai alapján évente 41 millió ember hal meg krónikus betegségek miatt, ami 71%-át teszi ki az összhalálozási számnak. Ebből a legtöbben, 17,9 millióan szív- és érrendszeri betegségben hunytak el, ezt követi a rák (9,0 millió), a légzőszervi megbetegedések (3,9 millió) és a cukorbetegség (1,6 millió) áldozatainak száma. Ez a négy betegségcsoport teszi ki a krónikus betegségek több mint 80%-át.

A négy leggyakrabban előforduló krónikus betegség okozta idő előtti elhalálozásra a fejletlenebb régiókban élő felnőtteknek majdnem kétszer nagyobb esélye van, mint egy magasabb jövedelmű ország esetében (WHO, 2018).

### *Krónikus betegségek az Európai Unióban:*

Az EU szerint a daganatos megbetegedések, a cukorbetegség, a szívproblémák, a légúti megbetegedések, a májproblémák és az agyi érrendszer problémái az összes tagállam halálózásának több mint feléért voltak okolhatók 2013-2015 között (EUROSTAT, 2018).

Az Európai Unió 2016-os jelentése szerint 555 ezer főre tehető azoknak a száma, akik krónikus betegség következtében hunynak el, és még munkaképes korban vannak. Az ezzel járó gazdasági veszteséget, melynek forrása az alacsonyabb foglalkoztatási és termelési mutatók, évente 115 milliárd euróra becsüli az EU (OECD/EU, 2016).

Az Európai Unió régiók szerint vizsgálja, hogy hol a legmagasabb a krónikus betegségek miatt bekövetkező halálózási arány. Szomorú helyzet, hogy a TOP 5 leginkább érintett régió első helyét is egy magyar régió (Észak-Magyarország) és az utolsó helyét is egy hazai régió (Észak-Alföld) tudhatja magáénak. A helyzet ennél is szomorúbb, ha egyes betegségek szintjén is vizsgálódunk, ugyanis daganatos megbetegedések által okozott halálózás tekintetében Magyarország mind a hét régiója felkerült az uniós TOP 10 leginkább érintett régiói közé (EUROSTAT, 2018).

#### *Krónikus betegségek Magyarországon:*

Ha megnézzük a KSH adatait a Magyarországi helyzetre vonatkozóan, akkor hasonló tendenciákat látunk. A 10 000 főre jutó betegség-előfordulás tekintetében a gyermekek (0-18 év) körében a cukorbetegség (27,4 eset 2017-ben) 2003 óta több, mint duplájára nőtt, a magas vérnyomás (59,6 eset 2017-ben) 43%-kal nőtt, a legnagyobb emelkedés pedig az asztma (633,1 eset 2017-ben) esetében figyelhető meg, ahol több, mint 2,5-szeresére emelkedett az esetszám vizsgált 15 év alatt.

A felnőttek esetében ezek a számok szintén csaknem duplázódnak, illetve a szélesebb életkori sáv végett eleve magasabbak: cukorbetegség (1321,4 eset 2017-ben) több, mint kétszeresére, magasvérnyomás (3959,7 eset 2017-ben) közel 70%-kal, míg a szívbetegségek (1517,3 eset 2017-ben) közel háromnegyedével nőttek a 15 év alatt (KSH, 2019).

A statisztikai adatok bemutatásának összefoglalásaként elmondható, hogy a krónikus betegség által érintett egyének száma világszinten növekszik. Ugyanakkor a betegség nem csupán a páciens érinti, hanem közvetlen környezetét, a vele egy háztartásban élő hozzátartozóit is. Ez pedig megnöveli a betegség által érintett populáció számát, azaz egy ekkora szegmens esetében már szükséges odafigyelni a speciális szükségletekre.

### **3. A kapcsolódó szakterületi nézőpontok**

A kapcsolódó szakirodalmakban nem található egyértelmű kutatási irányvonal, mely részletesen foglalkozna a krónikus betegségek hatásaival a háztartás fogyasztására. A téma maga egyfajta multidiszciplináris feldolgozást igényel, mert a megértéshez a krónikus betegség, a háztartások dinamikája, és a fogyasztási szokások háromszögét együtt kell vizsgálni.

A szakirodalom feltérképezése során törekedtünk a legfontosabb olyan irányok megismerésére, amelyek segítik megérteni a krónikus betegségek háztartási fogyasztási szokásaira gyakorolt hatását. A tanulmány ezen fejezetének célja, hogy megtalálja a kapcsolódási pontokat az egyes szakterületekhez a téma körül, illetve releváns kutatási példákat találjon az adott területen.

Az érintett szakterületek között, jelen konferencia témájához leginkább kötődik a fogyasztói magatartás és az egészségügyi marketing területe. Ugyanakkor a fogyasztói magatartásra gyakorolt egészségügyi hatások nem értelmezhetőek a háztartások struktúráját és viselkedését feltáró kutatások nélkül. Ez a terület magába foglalja a családpszichológia eredményeit, valamint a háztartási sokkok tanát. A krónikus betegségek hatásának megismerését segítik az ún. cost-of-illness tanulmányok, melyek a betegség költségeit veszik számba mind háztartási, mind pedig makroökonomiai szinten. Az egészségügyi kutatások között is találhatóak publikációk melyek a beteg környezetével, a betegség hatásaival foglalkoznak, így az egészségügyi szakirodalmat is hasznos áttekinteni, hiszen rendszeresen publikálnak kissé „kilógó“, de a témához kapcsolódó kutatásokat is, akár a marketing területéről.

### *3.1. terület: marketing az egészségügyben – „health marketing“*

Először is beszélnünk kell a marketing élettudományokban betöltött szerepéről. Az egészségügyi szervezetekre egyfajta nonprofit jelleggel kell tekintenünk. Ennek megfelelően a célcsoportjai is speciálisak, akik elsősorban a kliensek vagy paciensek, valamint a finanszírozók. Az egészségügyi intézmények esetében ki kell egészíteni ezt további speciális szegmensekkel is, úgymint a szakszemélyzet (orvosok, ápolók, dietetikusok, stb.) és a különféle szabályozó szervezetek (minisztériumok, szakhatóságok, stb) (SIMON, 2010).

A marketing és egészségügy, mint iparág különleges kapcsolatára hívja fel a figyelmet STREMERCH – VAN DYCK (2009) is. Állításuk szerint az egészségügy önálló iparágként is definiálható, amely tudományos alapokon nyugszik és befolyásolja az emberek életminőségét. Az élettudományi iparágat három külön területre oszthatjuk, úgymint (1) a gyógyszerészet, (2) a biotechnológia, (3) és a terápiás gyógyászati segédeszközök. Ezek különlegessége más iparágakkal szemben, hogy a fogyasztók mindennél jobban bíznak a tudományos érvekben. Az élettudományok határán is találunk további iparágakat, amelyeknek egy része érintett a tudományos alapokon nyugvó élettani iparában is. Ezek a határterületek a kozmetikai ipar, valamint az orvosi felszerelések és a táplálkozási kiegészítők iparágai (STREMERCH – DYCK, 2009).

Az úgynevezett „health marketing“ azaz egészségügyi marketing területe két nagyobb témára fókuszál.

Az első terület arra összpontosítja a figyelmet, hogy az egészségügyi intézmények és a gyógyító iparban érdekelt cégek hogyan tudják fejleszteni, promótálni és pozicionálni a termékeiket és szolgáltatásaikat (STREMERCH, 2008). Ehhez azonban alapvetően szükségünk van arra, hogy megértsük miként hat a betegség kialakulása és tartós jelenléte a fogyasztói döntésekre. Azaz a betegség lelki, szociális és gazdasági hatásai hogyan fordíthatók le a fogyasztói döntések folyamatára.

A második terület az egészséggel kapcsolatos üzenetek hatékonyságára helyezi a hangsúlyt, például, hogy a pozitív és negatív érzelmi állapotban a fogyasztók milyen típusú egészséges életmóddal, betegségmegelőzéssel kapcsolatos üzeneteket fogadnak be könnyebben. Pozitív lelkiállapotban nagyobb valószínűséggel hallják meg az egészségügyi kockázatok kihangosítását, míg negatív lelkiállapotban elutasíthatják azt (AGRAWAL, et al., 2007) and (STREMERCH, 2008). Itt fontos határterületként jelenik az úgynevezett adherencia kérdése,

mely arról szól, hogy az előírt kezelésekhöz mennyire tartják magukat az egyes betegek, legyen szó akár a gyógyszerelésről, akár a diétáról, vagy egyéb kiegészítő orvosi előírásokról. A krónikus betegségek lényege, hogy a betegnek a betegséggel párhuzamosan hosszú távon kitartónak kell lennie a terápiával kapcsolatban, hogy annak pozitív hatásai jelentkezzenek és megmaradjanak. Ebben a folyamatban a család támogató szerepe nélkülözhetetlen (BROWN – BUSSELL, 2011). Különösen szükségessé teszi az adherencia marketing eszközökkel való segítségét a tény, hogy Magyarországon a nem adherens viselkedés kiugróan magas (70%) az európai összehasonlításban (MORRISON et al., 2015).

### *3.2. terület: fogyasztói magatartás*

#### *A család, mint a fogyasztás egysége*

A család egy nagyobb társadalmi és gazdasági rendszer egyik alrendszere, amely kapcsolatban áll a többi alrendszerrel (COMMURI – GENTRY, 2000). A családok számára a fogyasztás nem csak a javak megszerzése miatt fontos. Különleges szerep, hogy a fogyasztáson keresztül érintkeznek más családokkal, az anyagi világgal és a társadalom több részével is. Ebben a viszonyrendszerben a betegség jelenléte egyfajta stigmaként jelentkezik ami a társas kapcsolatokon keresztül érezhető az érintett családok számára (PAVIA – MASON, 2012).

A háztartási krízis említés szintjén már 1993-ban megjelenik a marketinggel és fogyasztói magatartással kapcsolatos publikációkban FELLERMAN – DEBEVEC cikkében. Fogyasztási zavarként okozhatnak az átlagostól eltérő családi állapotokat, úgymint az elvált/egyszülős családmodell, idős hozzátartozó gondozása. Kritikus élethelyzet-változásként utalnak a születésre, az önálló háztartás alapítására, a házasságra, a munkanélküliségre, valamint a betegségre és a halálra (FELLERMAN – DEBEVEC, 1993).

A család betegséggel kapcsolatos nehézségeit számba véve többféle csoportba sorolják azokat. Például a diabétesz betegség okozta terhek között háztartáson kívüli (barátok, rokonok) feszültségként említik meg, hogy a külső ismerősök nem tudják miként kezeljék a betegséget, ezért gyakran csökken ezeknek a kapcsolatoknak az intenzitása, vagy akár meg is szakad. A háztartáson belül megjelenik az a tényező, hogy a beteg tehertételként érzékeli a saját állapotát a családtagjaira nézve, és ez személyes feszültség forrását jelenti számukra. A pénzügyi nehézségek között pedig megjelenik a speciális élelmiszerekre fordított extra anyagi ráfordítás is (YILMAZ-ASLAN et al., 2014).

A család anyagi helyzetének jelentős szerepe van az egészséggel kapcsolatos kutatásokban. A magasabb jövedelemmel rendelkező háztartások egészségtudatosabbak, csakúgy, mint a saját lakóingatlanal rendelkező háztartások (PRASAD et al., 2008). Az egészségtudatosság, a legtehetősebb tercilis esetében az Európai Unió adatai szerint, jobb érzékelt egészségi állapottal is párosul, mivel 94,4%-uk a saját egészségét jónak, nagyon jónak, vagy megfelelőnek értékelte (EUROSTAT, 2015).

#### *A családi életciklus elmélete*

COMMURI – GENTRI áttekintő tanulmányukban megállapítják, hogy, amennyiben a családok fogyasztásban betöltött szerepét keressük, a legtöbb kutatás alapvetően négy témára fókuszál.

- 1) Ki hozza meg a vásárlási döntést?

- 2) Hogy alakul a dolgozó nők fogyasztása?
- 3) Meg lehet-e határozni a férjek és a feleségek befolyásának mértékét?
- 4) Milyen szerepe van a családi életciklusnak? (COMMURI – GENTRY, 2000)
- 5)

A következőkben a családi életciklussal foglalkozó kutatásokat tekintem át, kitérve arra, hogy milyen egészséggel és jóléttel kapcsolatos vonatkozásai vannak a modellnek.

A családi életciklus elméletek a fogyasztói magatartást vizsgáló szakirodalomban azért játszanak fontos szerepet, mert arra világítanak rá, hogy a család demográfiai helyzetének megváltozása a fogyasztási szokások megváltozását is magával hozza (NEULINGER – SIMON, 2011).

A tradicionális háztartási életciklus elméletek nyomon követik a klasszikus családmódellet az egyedülálló fiattól az idős, „túlélő” párig. Az eltérő szerzők többféle szakaszolást használnak, azonban öt elkülöníthető szakasz mindenkinél megfigyelhető (1) egyedülálló fiatal, (2) gyermek nélküli fiatal pár, (3) pár gyermekkel, (4) házaspár kirepült gyermekkel, (5) idős egyedülálló (HOFMEISTER-TÓTH, 2006). A klasszikus életciklusok között leginkább az utolsó két szakaszt említik úgy, hogy az egészséggel kapcsolatos kiadások fajsúlyosan megjelennek (DU – KAMAKURA, 2006).

A családi életciklusnak az egészségtudatos vásárlási szokásokra is hatása van. A kisgyermeket nevelő háztartások jelentősen egészségtudatosabbak a többi háztartásnál (PRASAD et al., 2008). Esetükben magas az egészséges élelmiszerek fogyasztásának aránya azaz őket vizsgálva azt találjuk, hogy itt a legmagasabb az egészséges élelmiszerek, az alacsony zsírtartalmú ételek, és a teljes kiőrlésű gabonák fogyasztása, valamint a gyakori gyümölcsfogyasztás is (NEULINGER – SIMON, 2011).

### *3.3. terület: háztartási sokk*

Azoknak a családok, ahol valamely családtagnak súlyos krónikus betegséggel kell szembenéznie, nem a hagyományos hétköznapi problémákat kell megoldaniuk. Lényegében egy sokk-hatás éri a háztartást, amely kihatással van a családi dinamikára, a hétköznapiakra, és a rendelkezésre álló erőforrásokra. Az alábbi alfejezet a háztartásokra nehezedő sokkok természetét tekinti át, kitérve az egészséggel kapcsolatos vonatkozásokra.

A háztartások akkor érzékelnek sokkot, ha a lehetséges kockázatok közül valamelyik bekövetkezik. A lehetséges kockázatok több csoportra oszthatjuk, természeti kockázatok, társadalmi kockázatok, gazdasági kockázatok, politikai kockázatok, környezeti kockázatok, életciklussal kapcsolatos kockázatok és az egészséggel kapcsolatos kockázatok. Ez utóbbiak közé tartoznak a balesetek, fertőzések, járványok, fogyatékoságok és a különféle krónikus betegségek is. Amikor egy kockázat bekövetkezik, akkor beszélünk sokkról, ha az jelentős negatív jóléti hatást von maga után, például jövedelem kiesést, vagy a betegségekkel kapcsolatos fokozott egészségügyi kiadásokat (HEITZMANN et al., 2002).

A betegség megjelenése váratlan, és a gazdasági nehézségek mellett, társadalmi értelemben véve is komoly terhet ró az érintett háztartásokra. A betegség leginkább azért jelent gazdasági problémákat, mert egyszerre okoz plusz költségeket és bevételkiesést is. A pluszköltségek

között elsősorban az egészségügyi kiadások jelennek meg. A bevételkiesés mellett komoly rizikótényezőt jelent a munkahely elvesztésének lehetősége (KABIR et al., 2000).

A betegséggel való megküzdést két nagy stratégiai csoportra lehet osztani. Mivel mind gazdasági, mind társadalmi értelemben is hatással van a betegség a háztartás életére, ezért mindkettő megközelítésben megküzdési stratégiát kell kialakítani. A gazdasági megközelítések között említik a hitelek felvételét, a kiadások csökkentését, újabb bevételi források keresését, a megtakarítások felhasználást, vagy akár felélését, valamint a meglévő ingóságok értékesítését. A társadalmi megküzdések között pedig olyan megoldások jelennek meg, mint háztartások összeolvasztása, az ajándékok/támogatások és a külső segítség elfogadása (KABIR et al., 2000).

### *3.4. terület: Cost-of-Illness studies, azaz a betegség költsége*

Azon túl, hogy a krónikus betegségek a fentebb említett statisztikák szerint a népességfogyásnak számottevő okozói, jelentős gazdasági vonzatokkal járnak együtt nemzetgazdasági és háztartási szinten is. A gyógyszer és más egészségügyi kiadásokon túl egy-egy család megváltozott élethelyzete (munkából kiesés, ápolás stb.) is jelentős anyagi teherrel jár. A fejletlenebb országokat, illetve az anyagilag nehezebb helyzetben lévőket pedig mindez hatványozottan sújtja, hiszen az egészségesebb életmód feltételeihez való hozzájárások korlátozott, valamint éppen ők az egészségtelen termékek (dohány, alkohol, olcsóbb és egészségtelen élelmiszer) eladási célpontjai. Az empirikus kutatások adatait éppen ezért jellemzően a fejlődő országok népessége körében gyűjtik.

A betegségek háztartásokra gyakorolt gazdasági terheivel foglalkozó kutatásokat RUSSEL (2004) elemezte. Az áttekintés a makroökonómiai hatásokkal nem foglalkozik, hanem kifejezetten a háztartásokra fókuszál. A betegségek direkt és indirekt hatását tárja fel háztartási szinten. Feltérképezi hogy miként küzdenek meg a betegséggel kapcsolatos költségekkel, illetve, hogy ezek a költségek milyen hatással vannak a háztartás vagyoni helyzetére, bevételi forrásaira, és hogyan befolyásolja az elszegényedést. A vizsgált tanulmányok elsősorban a direkt költségekre koncentrálnak, így az egészségügyi költségek megjelennek, ugyanakkor egyéb, járulékos költségeket figyelmen kívül hagynak. Az indirekt költségek esetében a legtöbb kutatás a keresőképes családtagot veszi figyelembe, és az ő kieső jövedelmével kalkulál, amit az egészségügyi szolgáltatások keresésével és igénybevételével veszít el. Az egész életciklusra kiterjedő, vagy az idő előtt bekövetkező halálozással pedig végképp csak a tanulmányok kis része foglalkozik. Olyan tanulmányt Russel nem talált, ami a legkevésbé számszerűsíthető, de komoly tényezőkkel foglalkozik, úgy mint a társadalmi kirekesztettség, vagy a bánat miatt okoz nehézségek (Russell, 2004).

Egy másik áttekintő tanulmányban McINTYRE et al. (2006) szintén a háztartások pénzügyi helyzetére koncentrálnak a direkt és indirekt költségek vizsgálatával. Megállapítják, hogy a betegség gyakran együtt jár az elszegényedéssel, különösképpen akkor, ha a direkt költségeken felül jövedelemkieséssel is számolni kell a háztartásnak. A direkt költségek közé a gyógyszerre való kiadásokat, az egészségügyi szolgáltatásokat költségeit, valamint egyéb költségeket sorolnak. Az indirekt költségek között a beteg „idő-költségét”, valamint a beteget gondozó személy „idő-költségét” is említik. Megküzdési stratégiák között megjelenik a direkt költségeknél a megtakarítások felhasználása és a fogyasztási szokások megváltoztatása, a meglévő vagyoneszközök értékesítése, kölcsönkérés és kölcsönfelvétel, és egyéb stratégiák. Az



indirekt költségek esetében előkerül a háztartáson belüli és a háztartáson kívülről érkező munkaerő helyettesítés, valamint a munkaerő bérlés is (McINTYRE et al., 2006).

RUSSEL (2004) felhívja a figyelmet, hogy a „cost-of-illness” típusú tanulmányok eredményei rendkívül nehezen összehasonlíthatók, mivel sem a méréshez szükséges definíciók, sem az alkalmazott módszertanok nem egységesek (RUSSELL, 2004) Ez nehezíti a tanulmányok összehasonlíthatóságát, de egyúttal egyértelműen jelzi is, hogy a mérési módszertan terén nincs közös eszköz, így ez egyfajta kutatási hiányként (gap) is értelmezhető.

### 3.5. terület: egészségügy (health care)

A leggyakrabban, amikor egészségről és fogyasztásról olvasunk, akkor a kutatások ok-okozati összekapcsolódás terén azt vizsgálják, hogy az elfogyasztott élelmiszerek és italok milyen egészségügyi hatást, illetve hosszabb távon betegséget váltanak ki a fogyasztókból. Néhány példa csak az egészségügyi szakirodalom rengetegéből, hogy miként hat az elfogyasztott tejtermék a diabétesz kialakulására (GAO et al., 2013), vagy milyen hatása van az emésztőrendszeri daganatokra a tejtermékek fogyasztásának (DAVOODI et al., 2013).

Jelen értekezésnek nem célja, hogy egészségügyi kutatást készítsen elő, ugyanakkor az egyes szakirodalmi feltárások során érdemes odafigyelni az orvosi szaklapokban megjelenő, a családi életre (például: (ROSLAND – PIETTE, 2010) vagy (ROLLAND – WALSH, 2006) és a beteg jóllétére vonatkozó publikációkra.

### 3.6. terület: pszichológia

A pszichológiai szakirodalom három nagyobb fázisra osztja egy betegség lefolyásának időszakait. Fogyasztási szempontból az első szakasz az új helyzet, a második szakasz pedig az új egyensúly megjelenése és fenntartása végett érdekes.

Az első „*krízis*” szakaszban történnek a legnagyobb változások, ez a sokk időszaka, amikor a családnak szembesülnie kell a változás mértékével, és ki kell alakítania egy olyan rendszert, amit hosszú távon képesek közösen fenntartani (ROLLAND, 1987). A családok ebben rendkívül kreatívak, még akár a daganatos megbetegedések esetében is megtalálják a módját, hogy „normális” életet éljenek. Alkalmazkodnak a betegséghez mind a napi rutin, mind pedig a nagyobb rituálék tekintetében is (BUCHBINDER et al., 2009). Hasonlóak az eredmények az asztmával való családi megküzdés terén is. Az is evidenciát nyert, hogy abban az esetben, ha a családi kapcsolatok bizalomra épülnek, úgy a betegség is kisebb hatást gyakorol a család életére (FIESE – WAMBOLDT, 2003). A diabétesz esetében különösen nehéznek értékelik a kezdeti szakaszban a magas szintű kontroll gyakorlását, mind az új étrend, mind pedig az aktívabb testmozgás terén (YILMAZ-ASLAN et al., 2014).

A második, „*Krónikus*” szakasz rejti magában a legnagyobb veszélyeket a családi egység szempontjából. A megváltozott „szürke hétköznapok” történnek napról-napra, a felhalmozott erőforrások elfogyhatnak. A pénzügyi tartalékok kimerülhetnek, a család tagjai gyakran kifáradnak az állandó készenlétben, gondoskodásban (ROLLAND, 1987). A krónikus betegséggel való szembesülés során az érintettek gyakran érzik azt, hogy elveszítik a kontrollt a saját egészségük felett, és érzelmileg is negatív vetületet hozhat magával a számukra. Ez együtt jár azzal, hogy az orvosi előírásokat is kevésbé tartják be (ld. adherencia feljebb).

Azonban ahogy az idő előrehalad megtanulják a feltételeiket jobban kezelni és ez visszaadja az egészségük feletti kontroll érzetét is, így a pozitív érzelmek is erősödnek (MAKAREM, 2016).

A harmadik „Kivezetés” szakasza inkább pszichológiai szempontból fontos, bőséges gyász-irodalom foglalkozik vele (ROLLAND, 1987).

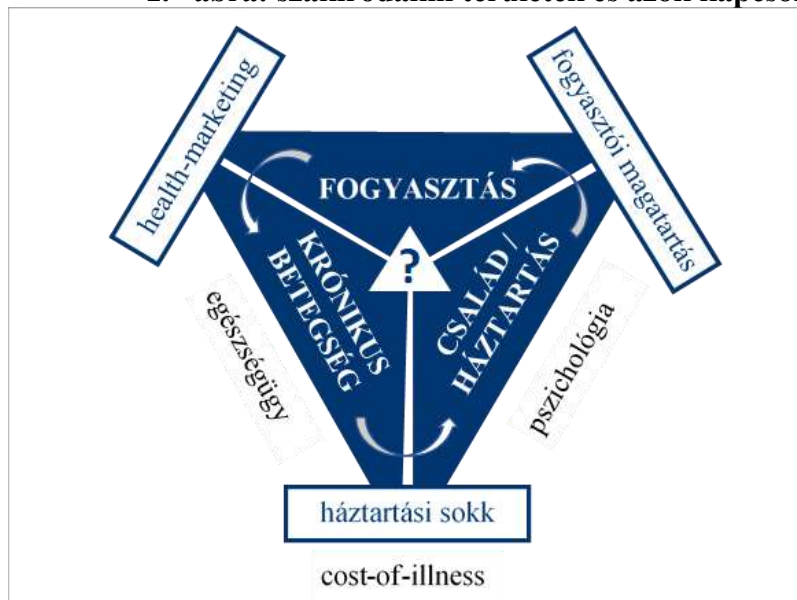
#### 4. Következtetések - a szakirodalom feltárás tanulságai

A szakirodalmi áttekintés tanulságait az alábbi ábra foglalja össze, bemutatva, hogy az egyes területek hogyan segítik a betegség, háztartás, fogyasztás háromszögének megismerését.

*A körforgás, vagy alapvetés:*

A krónikus betegség megjelenése hatással van a család rövid, közép és hosszú távú életére, mely a család fogyasztással kapcsolatos döntéseiben is megjelenik. A fogyasztási döntések pedig hatással vannak a krónikus betegség kialakulására, mérséklődésére, vagy éppen az állapot romlására.

1. ábra: szakirodalmi területek és azok kapcsolódásai



Forrás: saját szerkesztés

*A határterületek:*

A fogyasztás és a háztartás határterületének megértésében a fogyasztói magatartás lehet segítségünkre. A háztartások életciklusainak azonosítása segít analizálni a fogyasztási preferenciákat és fogyasztói döntéseket.

A fogyasztás és krónikus betegség határterületén az egészségügyi marketing feltörekvő szakterületét találjuk. Az egészségügyi intézmények szolgáltatásai, valamint a gyógyszeripar termékei képezik az egészségügyi marketingtevékenység egyik tárgyát, míg a másik vonulatot az egészséges életmód népszerűsítése és az adherencia növelése jelenti.

*A krónikus betegségek és a háztartás határterületének megértésében segítségünkre van a háztartási sokkok feltárása, amely a bekövetkezett negatív események tipizálását és hatásainak azonosítását foglalja magába.*

*A kiegészítő területek:*

Az egészségügy területén rendszeresen publikálnak a beteg környezetével kapcsolatban is elemzéseket, illetve a betegség közvetlen testi, fizikális hatásain túlmutató tanulmányokat, ezzel is hatékonyabbá téve a gyógyítási folyamatot.

A pszichológiai ismeretek segítik megérteni, hogy milyen hatásai vannak a betegségnek a családi egység működését tekintve, és a család milyen pszichológiai és társas erőforrásokat tud mozgósítani a megküzdés érdekében.

Cost-of-illness terület pedig a krónikus betegségekből fakadó gazdasági terhek, így a közvetett és közvetlen költségeket definiálásában segít.

## **5. Összefoglalás**

A legjellemzőbb betegségstatisztikák összefoglalását követően áttekintettünk olyan kutatási területeket, amelyek a téma-háromszög egyes részeit páronként vizsgálják. Feltártuk ezen területek kapcsolódását a háztartás - krónikus betegség - fogyasztás viszonyrendszeréhez. Olyan tanulmányt azonban nem találtunk, amely egyszerre elemezné a kutatás fókuszában álló téma minden területét, abból az irányból, hogy a már kialakult betegség milyen hatással van a családok fogyasztói döntéseire akár a betegség korai szakaszában, akár a későbbi „krónikus” szakaszban.

A betegségek által érintett nagy populáció miatt azonban megállapítjuk, hogy a marketing szemszögéből érdemes elkezdni vizsgálni ezen a területen, annak érdekében, hogy a szegmens specialitásait jobban lehessen megérteni és ezáltal magasabb szinten lehessen kiszolgálni az érintettek szükségleteit.

### **Irodalomjegyzék**

- Agrawal, N. – Menon, G. – Aaker, J. L. (2007): Getting Emotional about Health. *Journal of Marketing Research*. 44 (1) 100–113.
- Brencsán, J. (2002): *Orvosi szótár*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Brown, M. T. – Bussell, J. K. (2011): Medication Adherence: WHO Cares? *Mayo Clinic Proceedings*. 86 (4) 304–314.
- Buchbinder, M. – Longhofer, J. – McCue, K. (2009): Family routines and rituals when a parent has cancer. *Families, Systems, & Health*. 27 (3) 213–227.
- Commuri, S. – Gentry, J. W. (2000): Opportunities for Family Research in Marketing. *Academy of Marketing Science Review*. 8.
- Davoodi, H. – Esmaeili, S. – Mortazavian, A. M. (2013): Effects of Milk and Milk Products Consumption on Cancer: A Review. *Comprehensive Reviews in Food Science and Food Safety*. 12 (3) 249–264.
- Du, R. Y. – Kamakura, W. A. (2006): Household Life Cycles and Lifestyles in the United States. *Journal of Marketing Research*. 43 (1) 121–132.
- EUROSTAT (2015): *Quality of life facts and views*. Publications Office of the European Union, Luxemburg.

- EUROSTAT (2018): Eurostat regional yearbook 2018 edition. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Fellerman, R. – Debevec, K. (1993): Kinship Exchange Networks and Family Consumption. *Advances in Consumer Research* vol. 20 458-462.
- Fiese, B. H. – Wamboldt, F. S. (2003): Coherent accounts of coping with a chronic illness: convergences and divergences in family measurement using a narrative analysis. *Family Process*. 42 (4) 439–451.
- Gao, D. – Ning, N. – Wang, C. – Wang, Y. – Li, Q. – Meng, Z. – Liu, Y. – Li, Q. (2013): Dairy Products Consumption and Risk of Type 2 Diabetes: Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis. *PloS one*, 8 (9) e73965
- Heitzmann, K. – Canagarajah, R. S. – Siegel, P. B. (2002): Guidelines for assessing the sources of risk and vulnerability. Social Protection Discussion Paper Series, The World Bank, No. 31372.
- Hofmeister-Tóth, Á. (2006): Fogyasztói magatartás. Aula Kiadó, Budapest.
- Kabir, M. A. – Rahman, A. – Salway, S. – Pryer, J. (2000): Sickness among the urban poor: a barrier to livelihood security. *Journal of International Development*. 12 (5) 707–722.
- KSH (2019): 2.8.1. Egészségi állapot (2003–2017). Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. elérhető: [http://www.ksh.hu/thm/2/indi2\\_8\\_1.html](http://www.ksh.hu/thm/2/indi2_8_1.html) (letöltve: 2019. március 21.).
- Makarem, S. C. (2016): Emotions and cognitions in consumer health behaviors: insights from chronically ill patients into the effects of hope and control perceptions. *Journal of Consumer Behaviour*. 15 (3) 208–215.
- McIntyre, D. – Thiede, M. – Dahlgren, G. – Whitehead, M. (2006): What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science & Medicine*. 62 (4) 858–865.
- Morrison, V. – Holmes, E. – Parveen, S. – Plumpton, C. – Clyne, W. – De Geest, S. – Dobbels, F. – Vrijens, B. – Kardas, P. – Hughes, D. (2015): Predictors of Self-Reported Adherence to Antihypertensive Medicines: A Multinational, Cross-Sectional Survey. *Value in Health*. 18 (2) 206–216.
- Neulinger, A. – Simon, J. (2011): Food consumption patterns and healthy eating across the household life cycle in Hungary. *International Journal of Consumer Studies*. 35 (5) 538–544.
- OECD/EU (2016): Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle. OECD.
- Pavia, T. M. – Mason, M. J. (2012): Inclusion, exclusion and identity in the consumption of families living with childhood disability. *Consumption Markets & Culture*. 15 (1) 87–115.
- Prasad, A. – Strijnev, A. – Zhang, Q. (2008): What can grocery basket data tell us about health consciousness? *International Journal of Research in Marketing*. 25 (4) 301–309.
- Rolland, J. S. (1987): Chronic Illness and the Life Cycle: A Conceptual Framework. *Family Process*. 26 (2) 203–221.
- Rolland, J. S. – Walsh, F. (2006): Facilitating family resilience with childhood illness and disability. *Current Opinion in Pediatrics*. 18 (5) 527–538.
- Rosland, A.-M. – Piette, J. D. (2010): Emerging models for mobilizing family support for chronic disease management: a structured review. *Chronic Illness*. 6 (1) 7–21.
- Russell, S. (2004): The economic burden of illness for households in developing countries: a review of studies focusing on malaria, tuberculosis, and human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 71 (2\_suppl) 147–155.

Simon, J. (2010): Marketing az egészségügyben. Akadémiai Kiadó, Budapest.

Stremersch, S. (2008): Health and marketing: The emergence of a new field of research. *International Journal of Research in Marketing*. 25 (4) 229–233.

Stremersch, S. – Dyck, W. V. (2009): Marketing of the Life Sciences: A New Framework and Research Agenda for a Nascent Field. *Journal of Marketing*. 73 (4) 4-30.

WHO (2018): World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs. WHO, Genf.

WHO (2014): Global status report on noncommunicable diseases 2014. WHO, Svájc.

WHO (2005): Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO.

Yilmaz-Aslan, Y. – Brzoska, P. – Bluhm, M. – Aslan, A. – Razum, O. (2014): Illness perceptions in Turkish migrants with diabetes: A qualitative study. *Chronic Illness*. 10 (2) 107–121.