

EGÉSZSÉGTUDATOSSÁG ÉS ALTERNATÍV GYÓGYMÓDOK ALKALMAZÁSA, AZOK MEGÍTÉLÉSE KÖZGAZDÁSZ HALLGATÓK KÖRÉBEN

Berend Dóra

PhD-hallgató

Budapesti Corvinus Egyetem, Marketing és Média Intézet

dora.berend@uni-corvinus.hu

Kulcsszavak: attitűd, egészségtudatosság, empowerment, health locus of control, komplementer és alternatív medicina, természetgyógyászat

1. BEVEZETÉS

A lakosság megfelelő egészségi állapotának megőrzése és fenntartása egyaránt gazdasági, társadalmi és egyéni érdek. Egészségesebb társadalomban alacsonyabbak lehetnek a központi egészségügyi kiadások, kevesebb a betegség miatt kieső munkaidő. A prevenció és az egészségtudatos magatartás kialakításának jelentőségére számos kutatás hívja fel a figyelmet. Az egészségügyi problémák jelentős nagy része elkerülhető lenne az egészség magatartás megváltoztatásával, tudatossá tételével – ebben jelentős szerepet kap a hatékony kommunikáció és ezáltal a marketing.

Az egészségügyi piacon mind nagyobb teret követel magának az alternatív és komplementer medicina, így a hagyományos kínai orvoslás részét képező akupunktúra vagy a homeopátia, kineziológia, alternatív masszáz és mozgásterápia vagy meditáció. Az alternatív medicina területe heterogén, a minden tudományos alapot nélkülöző módszerektől az idősebbek által is végezhető sportágakon át a relaxációs technikák tudományosan elfogadott és kevésbé elfogadott, vallásos és világi iskoláin keresztül a hagyományos indiai, kínai orvoslásig. Prevencióként vagy gyógy módként a komplementer és alternatív medicina egyes ágait ma is alkalmazza a lakosság. Kutatásomban vizsgálni kívánom, hogy a Health Locus of Control (HLC) (Furnham & Forey 1994) alapján előrejelezhető-e az egyén komplementer és alternatív medicina iránti attitűdje illetve annak alkalmazása. A kutatás következő szakaszában kerül vizsgálatra a modell és az alternatív gyógy módokkal szembeni attitűdök kapcsolata. A komplementer és alternatív medicinára vonatkozó lekérdezés a HLC kérdőívvel egyidejűleg megtörtént. Ezen közleményben a HLC modellt, annak dimenzióit vizsgáltam faktoranalízissel, illetve a MINNISSA modell segítségével.

Magyarországon 1997-ben lépett életbe a 40/1997. (III.5) és a 11/1997. (V.28) rendelet a természetgyógyászati tevékenység szabályozásáról, mely lehetővé tette államilag elismert országos képzési jegyzékben (OKJ)-ben szereplő szakképzettség megszerzését. A téma marketingszemléletű kutatása a fogyasztói attitűdökre koncentrálna.

2. ELMÉLETI HÁTTÉR

A kutatások növekvő számát a komplementer és alternatív medicina termékeinek és szolgáltatásainak dinamikusan növekvő volta hívja életre. A komplementer és alternatív medicina a XX. század végén nagy népszerűsége tett szert az Amerikai Egyesült Államokban és Nyugat-Európában. Az első átfogó és reprezentatív kutatást Eisenberg és társai publikálták 1998-ban (Eisenberg et al. 1998), mely kimutatta, hogy az Amerikai Egyesült Államokban 1990 és 1997 között az alternatív terapeutáknál tett éves látogatások száma 427 millióról 629 millióra növekedett. A fogyasztók ez irányú kiadásai 14 milliárd USD-ről 27 milliárd USD-ra nőttek. Mind több biztosító társaság nyújt lehetőséget az alternatív medicina igénybevételére (Pelletier et al. 1997, Busato et al. 2006). A szolgáltatások és termékek bővülése maga után vonja a jogi szabályozás szükségességét, ezt megalapozni hivatott a WHO adatgyűjtése, mely az egyes országok alternatív és komplementer orvoslással kapcsolatos szabályozásait mutatja be (WHO 2001). A szabályozási kérdések tudományos háttérét a témában végzett bizonyítékokon alapuló klinikai kutatások támogatják. A piac oldaláról vizsgálva a kérdést új fogyasztói magatartás trendek (Töröcsik 2003) megjelenésének lehetünk tanúi. Az „egzotikumok, keleti kultúrák trendje” a gyógyításban magával hozta az indiai ayurvéda, a kínai akupunktúra és akupresszúra valamint a távol-keleti gyógynövények alkalmazását. Bár ellentrendként jelentkezik a „gyökerek” keresése ám az alternatív orvoslás területén ez a trend is azonos irányba mutat, felébreszti a hagyományos nép gyógymódok iránti érdeklődést. Szintén az alternatív orvoslás terjedésének kedvez a „gyengéd orvoslás trendje”, mely megerősítette a természetgyógyászati tevékenységeket, a homeopátiát valamint az érzelmi, lelki aspektusokat kezelő (pl. kineziológia) módszerek piaci jelenlétét. Új, több milliárd dolláros piaci lehetőségek nyíltak meg a XX. század végén. Hartman (1999) az új piacnak több alcsoportját azonosítja, köztük az alternatív orvoslás piacát. A komplementer és alternatív medicina alkalmazása társadalmilag is értelmezhető átfogó jelenséggé vált, mely így hatással lehet az egészség magatartásra.

2.1. Fogalmak meghatározása

A komplementer és alternatív medicina fogalmának meghatározására a szakirodalomban számos kísérletet tettek, értelmezése nem egységes. A számos definíció közül Ernst megfogalmazása írja le leginkább a jelenséget gazdasági, marketingvonatkozásban.

“A komplementer medicina diagnózis, kezelés és/vagy prevenció mely kiegészíti a fő egészségügyi rendszert hozzájárulva a közjóhoz, kielégítve azt a keresletet melyet az ortodox orvoslás nem elégít ki valamint diverzifikálja az orvoslás elméleti kereteit.”,
(Ernst et al. 1995)

Az egészség magatartás Gochman (1997) szerint:

„... olyan nyílt viselkedési mintázatok, tevékenységek és szokások, melyek az egészség fenntartásával, helyreállításával, vagy javításával kapcsolatosak”.

Az egészségnevelési és egészségfejlesztési programok célja a magatartás egészségtudatosabbá tétele. Az egészség nevelés (health education):

„ tudatosan kialakított tanulási lehetőség, mely kommunikációt is magában foglal a célból, hogy bővítse egészség témakörében az ismereteket, növelje a tudást és fejlessze azokat az életvezetési képességeket melyek az egyén és a társadalom egészségéhez hozzájárulnak „

Az egészség fejlesztés (health promotion):

„ folyamat, mely képessé teszi az embereket arra, hogy egészségüket és azt befolyásoló tényezőket kontrollálni tudják, ezzel javítva egészségüket”.

Ez utóbbi fogalom folyamatot fejez ki, melyen az egyén végighaladva képessé válik saját egészségének tudatos és önálló kontrolljára. Az egyén szabad akaratának figyelembe vétele a páciens „nagykorúsítása”, mely egyben a beteg és orvos közös felelősségvállalását is jelenti az egészségügyben meghatározó trenddé vált. Az információs technológia fejlődése lehetővé tette, hogy az egyén gyorsan, jelentős mennyiségű információhoz jusson hozzá az interneten egészségével kapcsolatosan. A növekvő tudás magával hozza a felelősségteljes önálló döntés képességét. A fogyasztó magatartásának befolyásolására ma már nem elegendő az egészségnevelés mint oktatási módszer. Szükségessé vált a társadalmi célú marketing alkalmazása. A társadalmilag kívánatos célok a marketing eszközök és egészségügyi ismeretek együttes alkalmazásával érhetők el.

Az első átfogó kutatások az alternatív medicina alkalmazásának mértékét szándékozták felmérni. Az első meghatározó kutatás Eisenberg (1998) és társai felmérése volt. A kutatás 1990 és 1997 közti fogyasztói magatartás trendeket mérte fel az Amerikai Egyesült Államokban az alternatív egészségügyi piacon. 1991-ben 1539 fős, 1997-ben 2055 fős véletlen reprezentatív mintát alkalmaztak (amerikai háztartások) a megkérdezés telefonon történt. Az alternatív szolgáltatásokra fordított kiadások 45,2%-kal növekedtek ebben az időszakban, 1997-ben a becsült kiadások meghaladták a 21,2 milliárd USD-t és ebből 12,2 milliárd USD-nyi összeget a páciensek maguk finanszíroztak, biztosítás igénybevétele nélkül. A kutatás számos későbbi vizsgálatot alapozott meg, melyekre ezen dolgozatban nem térnek ki bővebben. Eisenberg kutatása felhívta a figyelmet az alternatív egészségpiac jelentőségére, méretére és az arra fordított fogyasztói kiadások nagyságára. Ralph et.al 1997-ben telefonos megkérdezésükben hasonlóan arra az eredményre jutottak, hogy a komplementer és alternatív medicina ismertsége jelentős, a megkérdezettek több mint 99%-a ismerte az akupunktúrát, csontkovácsolást, fitoterápiát, hipnózist, meditációt, távol-keleti gyógy módokat és a masszázst. A terápiákat nagyrészt saját maguk finanszírozták, a fogyasztók információ igénye leginkább arra vonatkozott, hogy a módszer hogyan működik és másodsorban érdeklődtek az ár felől. A technikák prevencióban történő alkalmazása hosszú távon csökkenthetné a központi egészségügyi kiadásokat.

Az 1999-ben és később megjelenő kutatások már az alternatív és komplementer medicina tekintetében a fogyasztói magatartás okait vizsgálták (Mitzdorf et. al. 1999, Siahpush 1999). Siahpush (1999) kutatásában az alternatív medicinával szembeni attitűdök meghatározó okait kereste valamint a konvencionális medicinával kapcsolatos elégedetlenség dimenzióit mérte fel. Úgy találta, hogy a variancia nagy része az egyéni értékekkel magyarázható ezek a hit a természetes alapú szerekben, elkötelezettség az egészség holisztikus volta mellett, fogyasztási szemlélet (szívesen választ több rendelkezésre álló egészségügyi szolgáltatás közül), és a hit az egyéni felelősségvállalásban. A szerző kiemeli, hogy az alternatív és komplementer medicina alkalmazásának oka elsősorban az egyén egészséggel kapcsolatos értékeiben és meggyőződéseiben keresendő. Spence és Ribeaux (2001) fogyasztói szegmentumokat azonosítottak, és ehhez új elemként hozzákapcsolták a wellness területét (mely az USA-ban 60 milliárd USD-os piac 2000-ben) ahol az egyén nem betegség esetén keresi az alternatív terápiákat, hanem megelőzőként.

A Kanadában 2006-ban készült felmérés (Esmail 2007) szintén jelentős növekedésre hívja fel a figyelmet. A megkérdezettek többsége, 74%-a használt legalább egyszer alternatív terápiát. 2000-ben az alternatív terápiákra felfigyelt a WHO is, összegyűjtötte a témában megjelent kutatásokat és kiemelte azokat, melyek tudományosan megalapozottnak ítélt. Napjainkig kiemelt figyelemmel kíséri a komplementer és alternatív medicina területén zajló változásokat, a tagországok szabályozását és iránymutatásokat ad a kutatási irányokra.

Az alternatív medicina alkalmazásának vagy elutasításának megértésére az egészséggel kapcsolatos modellek adhatnak elemzési lehetőséget. Számos irodalmi kutatás fedezett fel kapcsolatot a Health Locus of Control és az egészséggel kapcsolatos viselkedés között.

2.2. Health Locus of Control Model

Az egyén egészséggel kapcsolatos viselkedését meghatározza abbéli hite, hogy mennyire van kontrollja saját egészsége fölött. Meghatározó jelentőségű e területen Rotter (1966), melyben 10 év munkáját összegzi. A kontroll lehet belső vagy külső. Külső kontroll esetén az egyén úgy gondolja, hogy egészségére tőle független erők, például a szerencse vagy az orvos van hatással és belső amikor úgy érzi, hogy önmaga is befolyással lehet saját egészségére. Lau (1982) szerint azt, hogy valaki külső vagy belső kontrollal döntően múltbeli események és tapasztalatok határozzák meg. A HLC modell tesztelése során arra az eredményre jutott, hogy a modell egyetlen dimenzióját sem befolyásolja jelenlegi betegség, azok stabilak és az élet viszonylag korai szakaszában alakulnak ki.

3. KUTATÁS MÓDSZERTANA

Adrian Furnham számos kutatást végzett az alternatív medicina, pszichológia és szociológia határterületén (Furnham 2000, Jeswani & Furnham 2010). Kutatásomban a Furnham & Forey (1994) által komplementer és alternatív medicina területén végzett attitűd kutatásokban alkalmazott Health Locus of Control (HLC) skálát használtam. Tekintettel arra, hogy a későbbi kutatásokban a HLC eredményeit szeretném összevetni a komplementer és alternatív medicinára vonatkozó válaszokkal, jelen kutatásban a HLC skálát teszteltem. A kutatás későbbi fázisában a komplementer és alternatív medicina iránti attitűdöket és azok kapcsolatát vizsgálom majd a HLC modell dimenzióival. Ezen közleményben a komplementer és alternatív medicinával kapcsolatban feltett néhány átfogó kérdésre adott válaszokat mutatom be.

A HLC dimenziói stabilak és az élet viszonylag korai szakaszában alakulnak ki, ezért a lekérdezést a rendelkezésre álló lehetőségek keretein belül a legfiatalabb felnőtt korosztály körében volt célszerű végezni..

Sokaság meghatározása: A sokaság a Budapesti Corvinus egyetem első éves marketing tárgyat hallgató diákjai voltak.

Mintavételi keret: Az egyetem Neptun rendszere.

Mintavételi technika: Véletlen valószínűségi mintavétel. Neptun kód alapján sorba rendezve minden második hallgató került a mintába.

Mintanagyság: 354 hallgató (azonos számú érvényes válasz)

Kitöltés módja: Interneten keresztül történő kérdőív kitöltés a Google szolgáltatásával.

Mintavétel ideje és helyszíne: 2011.04.08 - 2011.04.13 Budapest, önkitöltős internetes kérdőív.

Kérdőív fordítása: Tekintettel arra, hogy a magyar szakirodalom kutatás nem vezetett eredményre magyar nyelvre fordított validált HLC kérdőív feltárásában, a fordítást elvégeztük angol nyelvről magyar nyelvre. A kérdőívet két személy egymástól függetlenül fordította angol nyelvről magyar nyelvre, egy Ph.D hallgató és egy emeritus kutató. A két fordítást összevetve kialakult változatot egy személy tesztelte a kitöltést hangosan végezve Schwarz (1999) kognitív interjúzási módszere alapján. A felmerült kétértelműségek, hibák javításra kerültek. A kijavított kérdőívet további két személy (BA hallgató) tesztelte, aminek során a kitöltéshez szükséges időtartam került ellenőrzésre, mely 25-27 perc.

Furnham és Forey (1994) a kérdőívben a kérdéseket négy nagy csoportba rendezték.

Az első csoportba azok a kérdések tartoznak melyek alapján meghatározható, hogy az egyén egészségének alakulását mennyiben tekinti a szerencse, a véletlen által meghatározottnak.

A második csoportban lévő kérdések alapján következtetések vonhatók le arról, hogy az egészség ügyében mennyire hagyatkozik az egyén a szolgáltatóra, az orvosra. Úgy gondolja-e, hogy egészsége az orvostól függ és az orvos kontrollálja az ő egészségét.

A harmadik csoportban található kérdések az egyén önkontrolljával kapcsolatosak. Érez-e hatalmat saját egészsége fölött, tudja-e önmaga befolyásolni egészségi állapotának alakulását, kimenetelét.

A negyedik csoport az egyén általános betegségek általi fenyegetettség érzésének szintjére ad választ.

A faktorelemzés módszerével először feltáró módon a saját értékek, varianciarányad majd a scree teszt alapján ellenőriztem a faktorok számát. A korrelációs mátrix alapján megállapítható, hogy a váltók között van korreláció, a legmagasabb korrelációs érték 0.51 mely a „A05 Az orvosok csak pácienseik néhány egészségügyi problémáját tudják enyhíteni/gyógyítani” és a „A03 Az orvosok ritkán tudnak bármit is tenni a beteg emberekért” állítások között volt. Az anti image korrelációs mátrixban az átlóban lévő elemek MSA értéke (measure of sampling adequacy) 0.709 és 0.810 között változott. A 0.5 alatti értékeket célszerű lett volna, de itt nem volt ilyen érték. Füstös L. és tsai (2004, 253) ajánlása alapján ellenőriztem a KMO and Bartlett's Test-et, ennek alapján a faktorelemzés elvégezhető, a Kaiser-Meyer-Olkin mutató 0.767 (0.5 fölött lehetővé teszi a faktoranalízist). A vizsgált modell illeszkedése közepesen megfelelőnek tekinthető. A szignifikancia szint 0.000 mely szintén alátámasztja a faktoranalízis létjogosultságát (0.05 alatt van). Az exploratív megközelítés során 6 faktoros változat tűnt megfelelőnek. Az elemzés során vizsgált módszerek 6 faktoros esetben: rotálatlan Principal Component Analysis (PCA), Varimax PCA. A 6 faktoros változat nem bizonyult minden tekintetben kielégítőnek. A szakirodalmi ajánlás alapján a priori kritériumként 4 faktoros változatot feltételezve konfirmatórikus módon is elvégeztem az elemzést. 4 faktoros változatban vizsgált változatok: rotálatlan PCA, Varimax PCA, Oblimin PCA. A faktoranalízis nem adott egyértelmű struktúrát és az eredeti modellel megegyező faktorok nem alakultak ki. A MINNISSA modell alkalmazásával azonban egyértelmű struktúra rajzolódott ki.

4. EREDMÉNYEK BEMUTATÁSA ÉS ÉRTÉKELÉSE

4.1. PCA, 6 faktoros változatok

A PCA esetében a kommunalitások 0,762 és 0,408 között változtak. A Total Variance Explained 55.532%. Az érték alacsony, az információ csaknem 45%-a elvész.

Total Variance Explained						
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,394	16,161	16,161	3,394	16,161	16,161
2	2,724	12,969	29,130	2,724	12,969	29,130
3	1,771	8,435	37,565	1,771	8,435	37,565
4	1,618	7,703	45,268	1,618	7,703	45,268
5	1,089	5,188	50,456	1,089	5,188	50,456
6	1,066	5,076	55,532	1,066	5,076	55,532

1.ábra: Total Variance Explained, 6 faktoros PCA.

Forrás: Saját szerkesztés, SPSS.

A rotálatlan PCA Component Matrixában, nem alakultak ki egyértelműen a főkomponensek. A „A04 Bárki megtanulhatja az alapvető egészségmegőrzési elveket melyekkel megelőzhető a betegség” nem sorolható be egyik faktorba sem. Annyi állapítható meg róla, hogy a 6. faktorba biztosan nem tartozik. A rotált Varimax PCA valamivel tisztább képet ad. Az 1. faktorba tartoznak azok a változók melyek az „*orvosok segíteni tudása*” -val kapcsolatosak. A 2. faktorba tartoznak az „*egyén tehetetlensége a betegséggel szemben*” jellegű változók. A 3. faktor tartalmazza a „*szerencse*”-vel kapcsolatos kijelentéseket. A 4. faktor jelentéstartalmának meghatározása nehézségeket okoz. Ami a változókban közös lehet az egyfajta „*hosszabb távú, nem közvetlen hatás*”. Az 5. a „*saját felelősség*” faktora. A 6. faktornak egyetlen eleme van: „*A10 Sok betegség súlyossága eltűzött.*” Egy faktor azonban egy változóval azonban nem elfogadható.

4.2. PCA, 4 faktoros változatok

A PCA esetében a kommunalitásokat vizsgálva (mellékletben csatolva) a: „*A10 Sok betegség súlyossága eltűzött*” továbbra is problémát jelez. Értéke nagyon alacsony, mindössze 0.078 ami arra utal, hogy a 4 faktor ebből a változóból nagyon keveset fog magyarázni. A Total Variance Explained a 4 faktoros PCA esetében szintén alacsony, 45.268%. A 4 faktoros PCA komponens mátrix esetében a 4 faktor elnevezhető volt, de volt két olyan változó melyek nem voltak egyértelműen besorolhatók egyik faktorba sem. A négy faktor: 1. faktor: „*Tehetlenség*”. 2. faktor: Az „*orvosokkal kapcsolatos*” kijelentések tartoznak ide. 3. faktor: „*Felépülés a betegségek és egészségügyi rendszer függvényében*”. 4. faktor: „*Szerencse*” faktora.

Az „A04 Bárki megtanulhatja az alapvető egészségmegőrzési elveket melyekkel megelőzhető a betegség” változó mind a 4 faktorba beletartozik, a faktorsúlyok rendre: -0.395, -0.309, 0.288, -0.262. Hasonló a helyzet az „A10 Sok betegség súlyossága eltűzött” változóval, mely 3 faktorba tartozik. Több változó esetében jelentkezik az egyszerre 2 faktorba tartozás problémája. A Varimax forgatás nem hozott eredményt, de Oblimin forgatással a faktorok elnevezése megegyezik a rotálatlan változattal. Egyértelmű struktúra így sem alakult ki.

„A10 Sok betegség súlyossága eltűzött” továbbra sem került bele egyértelműen valamelyik faktorba. Értékei: 0.135, -0.168, -0.18, 0.178. Az „A08 Az emberek akik sosem betegszenek

meg, egyszerűen szerencsések.” egyszerre tartozik az 1. (érték 0.394) és 3. faktorba (érték - 0.379) hasonlóan az „*A12 Hosszú távon azok az emberek, akik törődnek önmagukkal (egészségükkel), egészségesek maradnak és gyorsabban javulnak*” változóhoz.

Összefoglalva a faktoranalízis eredményeit és összevetve azokat a HLC modellel megállapítható, hogy a faktorok az Oblimin forgatás esetében a legmegfelelőbbek, elnevezhetőek és értelmezhetőek de a struktúra nem egyezik meg az irodalomban megadott struktúrával (1.sz. melléklet).

4.3. MINISSA (Michigan-Israel-Nijmegen – Integrated-Small-Space-Analysis)

A MINISSA-val (2. ábra) kapott két dimenziós ábra stressz mutatója 0.150591. Bár Kruskal (1964) szerint a stressz mutató 10% és 20% között gyenge vagy éppen csak elfogadható, az adott kutatás esetében azért tekinthető mégis jónak, mert 21 dimenziós tér transzformációja történt 2 dimenzióba. 3 dimenziós térben a stressz érték már 0.076511. Az ábra kör, illetve 3 dimenziós térben gömb alakot ad, a módszer megfelelő. Az értelmezés során a két dimenziós ábrában a 3 dimenziós kép alapján alcsoportok alakíthatók ki. A függőleges tengely mentén elkülönülnek a „*Befolyásolható*” és a „*Befolyásolhatatlan*” változók.

A 2 dimenziós ábrán a „*Befolyásolható*” változók esetében a felső negyedben található azok, melyeket „*segítő egészségügy*”-nek nevezhetünk. Amennyiben a MINISSA-t nem csak 2 dimenzióban, hanem 3D térben is vizsgáljuk, a „*segítő egészségügy*”-ön belül két alcsoport rajzolódik ki. Az egyik az, melyben az orvos, a másik, melyben az egészségügyi rendszer tud hatni. Nevezük az előbbit „*egészségügyi rendszer*” csoportnak, változói:

„*A02 Az orvosnál tett rendszeres kontroll vizsgálatok az egészség kulcsfontosságú tényezői*”

„*A13 A betegségből való felépüléshez mindenképp előtti jó egészségügyi ellátás kell*”

Az utóbbi csoport a „*segítő orvos*”, ide tartozó változók az:

„*A15 A legtöbb ember jelentős segítséget kap ha elmegy az orvoshoz*”

„*A09 Az orvosok szinte mindig segíteni tudnak pácienseiknek hogy jobban érezzék magukat*”

A 2 dimenziós ábra alsó negyedben azok a változók szerepelnek, melyekre az egyén tud hatni. A MINISSA modell elemzésekor a tengelyek metszéspontján keresztül, átellenesen egymással ellentétes tartalmú de azonos gondolatkör köré csoportosuló változók találhatóak. Ennek megfelelően a függőleges tengely jobb oldalán a „*Befolyásolhatatlan*” síkfél alsó negyedében találjuk a „*tehetetlen orvos*” változó csoportot. Ide tartozik a:

„*A18 Az orvosok nagyon keveset tudnak tenni azért, hogy megelőzzék a betegséget*”

„*A03 Az orvosok ritkán tudnak bármit is tenni a beteg emberekért*”

„*A05 Az orvosok csak pácienseik néhány egészségügyi problémáját tudják enyhíteni/gyógyítani*”

A „*Befolyásolható*” síkfél alsó negyedében található a „*felelős egyén*” csoport, melyen belül a 3 dimenziós ábra alapján két alcsoport különíthető el. Az egyik a „*nem szerencse függés*” a másik az „*önkontroll*” csoportja.

A „*nem szerencse függés*” csoportba tartozó változók a:

„*A01 Annak, hogy egészségesek maradunk-e, kevés vagy semmi köze a szerencséhez.*”

„*A11 Ha az egészségről beszélünk, nincs olyan hogy „balszerencse”.*”

Az „*önkontroll*” csoportban található változók a:

„*A04 Bárki megtanulhatja az alapvető egészségmegőrzési elveket melyekkel megelőzhető a betegség.*”

„*A21 Ha megbetegszem az általában az én saját hibám.*”

„*A12 Hosszú távon, azok az emberek akik törődnek önmagukkal (egészségükkel) egészségesek maradnak és gyorsabban javulnak.*”

A „Befolyásolhatatlan” síkfél felső és alsó negyedének határán helyezkedik el a „tehetetlen egyén” csoport, szemben a „felelős egyén” csoporttal. A „tehetetlen egyén” csoporton belül, a 3 dimenziós ábra alapján alcsoportok ismerhetők fel, így a „szerencsefüggő tehetetlenség”:

„A07 Hogy az emberek jobban lesznek-e vagy sem, gyakran a szerencsétől függ”

„A08 Az emberek akik sosem betegszenek meg, egyszerűen szerencsések”

és a „tevékenységfüggő tehetetlenség”:

„A06 Nem sokat tehetünk azért, hogy megakadályozzuk a betegséget”

„A17 Egészségügyi szempontból nem sokat tehet az ember önmagáért, ha megbetegszik”

„A19 Az, hogy megbetegszünk csak kis mértékben függ vagy nem függ attól, hogy törődünk-e magunkkal (egészségünkkel)”

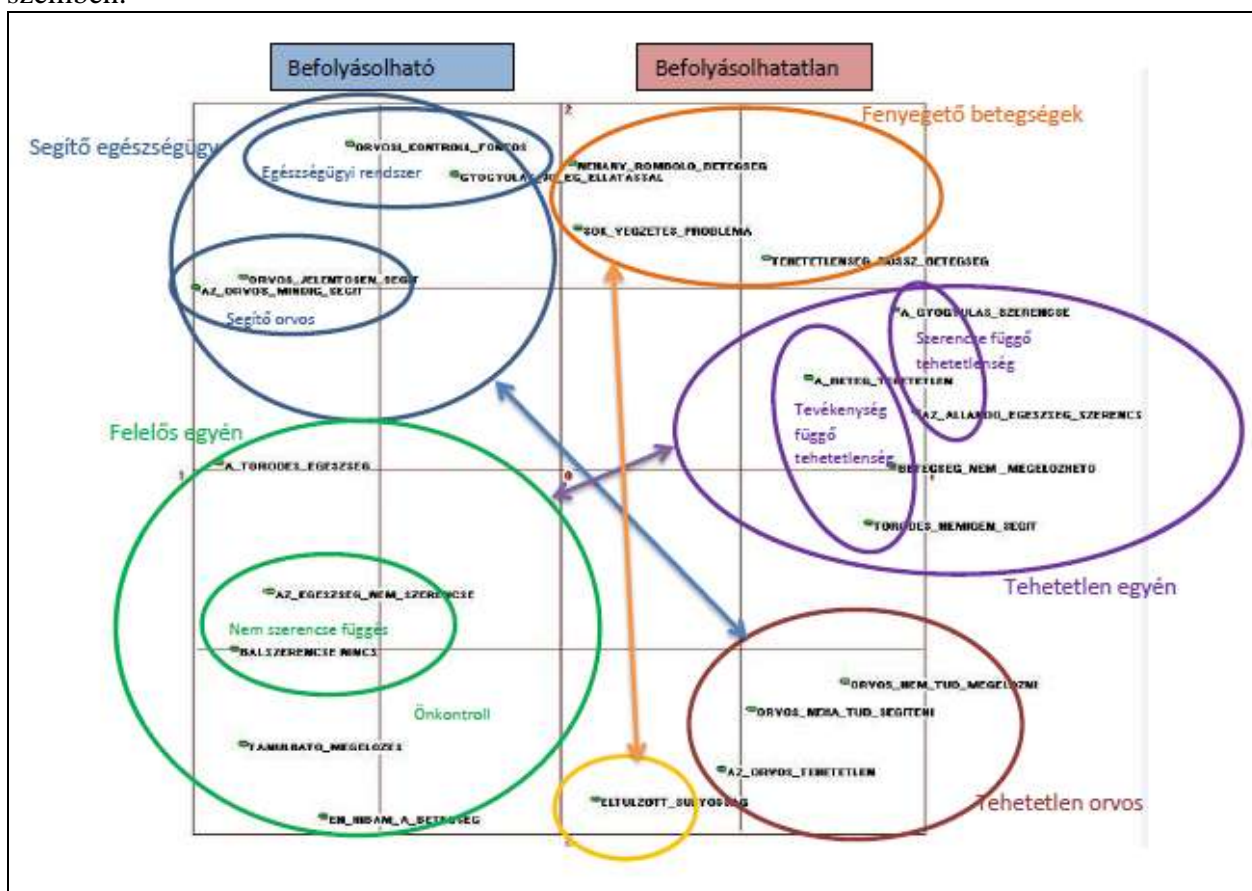
A „Befolyásolhatatlan”, síkfél felső negyedében helyezkedik el a „fenyegető betegségek” csoportja a következő változókkal:

„A14 Napjainkban néhány betegség teljesen legyengíti (tönkreteszi) az egészséget”

„A16 Sok olyan egészségügyi probléma van, amely nagyon komoly vagy akár végzetes lehet.”

„A20 Néhány fajtája a betegségeknek annyira rossz, hogy semmit sem tehetünk ellene.”

A MINISSA modellben helyére kerül a faktorelemzésben folyamatosan problémát okozó A10-es változó. „A10 Sok betegség súlyossága eltúlzott”. Egyedül áll ugyan, de szükség van rá a tér kifeszítéséhez a kör (illetve 3D-ben) a gömbforma kialakításához. Ez a változó a „Befolyásolhatatlan” síkfél alsó negyedében helyezkedik el. Ennek oka, hogy tartalma általános vélekedés, állítás a betegségekről – mely nem befolyásolható. Mivel nem magára a betegségre vonatkozik a változó, hanem a róla szóló vélekedéssel kapcsolatos véleményre kérdez rá ezért nem a felső negyedbe került a betegségek mellé, hanem önállóan áll velük szemben.



2.ábra: MINISSA elemzés

Forrás: Saját szerkesztés

4.4. A HLC skála dimenziói alapján a válaszok elemzése

A válaszadók száma 354 fő, ebből 201 nő és 153 férfi. A válaszadás 1-től 7-ig terjedő Likert skálán történt ahol az 1 a „nem értek egyet”, a 7 az „egyetértek” kategóriának felelt meg. Jellemzően nem voltak jelentős kiugró értékek melyek az átlagot torzították volna, így az értékelés során az átlagot vettem figyelembe.

A HLC kérdőív első dimenziója a *szerencsére* vonatkozik.

Arra a kérdésre, hogy „*Annak, hogy egészségesek maradunk-e, kevés vagy semmi köze a szerencséhez. [A/1]*” normál eloszlást, 4,38-as átlagot kaptunk. Az „*Hogy az emberek jobban lesznek-e vagy sem, gyakran a szerencsétől függ. [A/7]*” kérdésnél az átlag 2,87 volt. A „*Az emberek akik sosem betegszenek meg, egyszerűen szerencsések. [A/8]*” esetében pedig 2,4. A „*Ha az egészségről beszélünk, nincs olyan hogy „balszerencse”. [A/11]*” kérdés esetében a hallgatók semlegesek maradtak. Megállapítható, hogy a hallgatók inkább nem értenek egyet azzal, hogy egészségük szerencse függő. Ebből következik az a feltevés, hogy ha nem a szerencse határozza meg az egészséget, akkor lehet tenni érte valamit. A HLC szerint az egyik oldalon az orvos és egészségügy, a másik oldalon az egyén áll aki befolyásolhatja az egészséget.

A HLC kérdőív második dimenziója az egészségügyet és azon belül az orvost mint szolgáltatót vizsgálja.

Három kérdés az orvos tehetetlenségére vonatkozik. „*Az orvosok ritkán tudnak bármit is tenni a beteg emberekért. [A/3]*” (2,18 átlag), „*Az orvosok csak pácienseik néhány egészségügyi problémáját tudják enyhíteni/gyógyítani. [A/5]*” (3,49 átlag) és „*Az orvosok nagyon keveset tudnak tenni azért, hogy megelőzzék a betegséget. [A/18]*” (3,33 átlag). A hallgatók ebben a kérdésben semlegesek maradtak, de inkább nem értettek egyet az állításokkal. Az orvosokat nem érzik ugyan tehetetlennek, de nem utasítják el egyértelműen a tehetetlenségre vonatkozó állításokat. Összevetve az itt kapott válaszokat azokkal amelyek az orvosok aktív hozzájárulására vonatkoznak az egészség megőrzésében és visszanyerésében megállapítható, hogy inkább hisznek abban, hogy az orvosok tudnak segíteni de ez meggyőződés nem egyértelmű: „*Az orvosok szinte mindig segíteni tudnak pácienseiknek hogy jobban érezzék magukat [A/9]*”, „*A legtöbb ember jelentős segítséget kap ha elmegy az orvoshoz. [A/15]*” (4,71 átlag). Magasabb átlaggal szerepel a következő két kérdésre adott válasz: „*A betegségből való felépüléshez mindenek előtt jó egészségügyi ellátás kell. [A/13]*” (5,6 átlag), „*Az orvosnál tett rendszeres kontroll vizsgálatok az egészség kulcsfontosságú tényezői. [A/2]*”, (5,02 átlag). Az orvosnál tett kontrollvizsgálatokat és az egészségügyi rendszer minőségét a hallgatók fontosnak tartották. Az orvosi kontroll és egészségügyi rendszer jósága nem azonos a gyógykezeléssel, illetve az orvosba vetett bizalommal, hogy segíteni tud a problémán. A jó egészségügyi ellátás magában foglalja a szolgáltatásokat, termékeket, berendezéseket – melyek alkalmazásában nem feltétlenül bízta magát az egyén az orvos döntésére. A kontroll információgyűjtést jelent a fennálló egészségi állapotról, annak monitorozását. Az eddigiek alapján azzal a várakozással élhetünk, hogy amennyiben az egészség megőrzésében nem játszik jelentős szerepet sem a szerencse, sem az orvosi segítség, akkor a HLC harmadik dimenziójában kell magasabb értékeket kapnunk. A hallgatók az egészség megőrzésének felelősségét és képességét az egyén aktív, ez irányú tevékenységében kell lássák.

A HLC kérdőív harmadik dimenziója az egyént, *mint egészségéért tenni képes felelős személyt* vizsgálja. A harmadik dimenzióhoz tartozó indikátorokra adott válaszok alátámasztják várakozásainkat. „*Bárki megtanulhatja az alapvető egészség megőrzési elveket melyekkel megelőzhető a betegség. [A/4]*” (5,21 átlag), „*Nem sokat tehetünk azért, hogy megakadályozzuk a betegséget [A/6]*”. (2,11 átlag), „*Hosszú távon, azok az emberek akik törődnek önmagukkal (egészségükkel) egészségesek maradnak és gyorsabban javulnak.*

[A/12] (5,92 átlag), *Egészségügyi szempontból nem sokat tehet az ember önmagáért, ha megbetegszik.* [A/17] (2,06 átlag), *Az, hogy megbetegszünk csak kis mértékben függ vagy nem függ attól, hogy törődünk-e magunkkal (egészségünkkel).* [A/19] (2,16 átlag). A HLC kérdőív mind a 4 dimenzióját, azon belül mind a 21 indikátort is figyelembe véve a legalacsonyabb értéket a *Nem sokat tehetünk azért, hogy megakadályozzuk a betegséget* [A/6]. (2,11 átlag), kérdésre kaptuk. Az egyet nem értés jelzi, hogy a hallgatók úgy gondolják, az egyén az, aki leginkább tehet önmagáért. Mindezt alátámasztja a kérdőívben a második legmagasabb értékkel rendelkező *Hosszú távon, azok az emberek akik törődnek önmagukkal (egészségükkel) egészségesek maradnak és gyorsabban javulnak.* [A/12] (5,92 átlag) kérdésre adott válaszok. Ennél az értéknél már csak egy magasabb szám van, mely a betegségetől való általános fenyegetettség kategóriában található. Árnyalja a képet a *Ha megbetegszem az általában az én saját hibám.* [A/21] (3,6 átlag) adott válasz, mely inkább semleges álláspontot takar. A válaszadók az egészség megőrzését nem tekintik a szerencsétől függőnek, de nem tekintik önmagukat sem hibásnak betegségükért.

A HLC negyedik dimenziója a betegségetől való általános fenyegetettség érzetet határozza meg.

Sok betegség súlyossága eltúlzott. [A/10] (3,88 átlag), *Napjainkban néhány betegség totálisan legyengíti (tönkreteszi) az egészséget.* [A/14] (5,86 átlag), *Sok olyan egészségügyi probléma van, amely nagyon komoly vagy akár végzetes lehet.* [A/16] (6,25 átlag), *Néhány fajtája a betegségeknek annyira rossz, hogy semmit sem tehetünk ellene.* [A/20] (4,57).

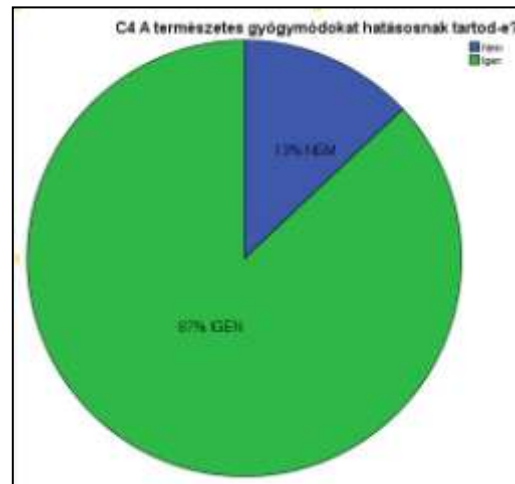
Ebben a dimenzióban találjuk a legmagasabb [A/16] és a harmadik legmagasabb [A/14] értéket. Mindkettő a betegségek veszélyességére és végzetes voltára vonatkozik.

A betegségetől való fenyegetettség dimenziójában csak az [A/10] kérdés esetében található szignifikáns eltérés nemek szerinti megoszlásban (Pearson Chi-Square=19,960; df=6; p=0,003) A táblázat megbízható. A Cramer V a választott 0,05-ös szignifikancia szinten szignifikáns (0,003) és a közepesnél gyengébb (0,237) kapcsolatot mutat. Az [A/10] kérdésre „*Sok betegség súlyossága eltúlzott*”. adott válaszok esetében az 1-7-ig terjedő Likert skálán az 1-es jelentette a nem értek egyet és 7 az egyetértek kontinuum két végpontját. Az 1-es értékelések 84%-át nők és 16%-át férfiak adták. A 7-es értékelés esetében a nemek aránya megfordul. Az összes 7-es érték 72,4%-át férfiak és 27,6%-át nők választották. Az eredmények arra utalnak, hogy a nők a betegségeket fenyegetőnek érzik és ezt a fenyegetettséget nem tekintik eltúlzottnak. Valószínűként élük meg. A férfiak szintén fenyegetőnek érzékelik a betegségeket, de úgy gondolják, hogy ez eltúlzott lehet.

A HLC dimenziók vizsgálata alapján t összességében megállapítható, hogy a megkérdezettek úgy érzik fenyegető betegségek veszik őket körül, melyek igen súlyosak is lehetnek. A súlyosság eltúlzott voltával kapcsolatosan eltérés mutatkozik a nemek tekintetében. Bár az egyén úgy gondolja, hogy személy szerint nem tehet arról, ha megbetegszik, a beteggé válás mégsem szerencse kérdése. Lehet ellene tenni. A megkérdezettek úgy gondolják, hogy az orvosoknál többet tehetnek önmagukért. A kontroll vizsgálatok és a jó egészségügyi rendszer azonban szükséges ahhoz, hogy egészségben tudják tartani önmagukat.

4.5. A komplementer és alternatív medicinára vonatkozó kérdések

Az önkezelésnek és öngyógyításnak számos eszköze van. A komplementer és alternatív medicina alkalmazása egyike a lehetőségeknek. *A természetes gyógymódokat hatásosnak tartod-e?* [C/4] kérdésre a megkérdezettek 87%-a felelt igennel és 13%-a nem-el. Nemek tekintetében szignifikáns eltérés nem volt a férfiak és nők között.



3.ábra: C4 kérdésre adott válaszok kördiagramja

Forrás: Saját szerkesztés, SPSS

Az alternatív terápiákat tudományosan ki kellene értékelni. [G/4] kérdésre a hallgatók 12,1%-a adott 4-es vagy annál alacsonyabb értéket 1-től 7-ig terjedő Likert skálán. Az átlag=5,21; medián=6; módusz=7. A megkérdezettek között nemek tekintetében itt sem volt szignifikáns különbség, mindnyájan határozottan támogatták az alternatív gyógymódok tudományos kiértékelését.

5. LIMITÁCIÓK ÉS TOVÁBBI KUTATÁSI IRÁNYOK

A kérdőívet kitöltő mind a 354 hallgató válasza érvényes volt. Ennek oka, hogy az internetes megkérdezésben a kérdőív nem volt elküldhető minden kérdés megválaszolása nélkül.

A HLC kérdőív dimenzióinak vizsgálata a kutatás első lépcsője. Az egyes kérdésekre adott válaszok mélyebb statisztikai elemzése, illetve az alternatív medicina iránti attitűdöket vizsgáló – ezen közleményben nem szeplő kérdések statisztikai elemzése a kutatás következő fázisának feladata. A férfi-nő arány 43,2%-56,8% nem azonos megoszlása miatt meggondolandó súlyváltozók alkalmazása az elemzés során. Az eredmények értékelése nemek szerinti megoszlásban további információval szolgálhat. Marketing szempontból további érdekes kutatási irány a fenyegetettség érzet okainak vizsgálata. A hallgatók nem érezték ugyan eltúlzottnak a betegségek súlyosságát, de leginkább egyetértettek azzal, hogy sok betegség komoly vagy akár végzetes is lehet. Kérdés, hogy a média, pl. fenyegető járványokról szóló híradások mennyiben hatottak ezen vélemény kialakulására, illetve hogy ez a szemléletmód mennyiben befolyásolja az orvosok iránti attitűdöt. Hatással van-e ez a tehetetlen orvos image kialakulására?

6. IRODALOM

Busato, A., Eichenberger, R., Künzi, B. (2006): „Extent and structure of health insurance expenditure for complementary and alternative medicine in Swiss primary care”, BMC Health Services Research 6, p. 132

- Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. A., Wilkey S., Rompay, M. and Kessler, R. (1998): „Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997”, *Journal of the American Medical Association*, 280 (18), pp.1569-75.
- Ernst, E. (2000): „Prevalence of use complementary/alternative medicine: a systematic review”, *Bulletin of WHO*, 78 (2)
- Ernst, E, Resch K L, Mills S et all. (1995): *Complementary medicine – a definition*. *Br J Gen Pract* 309, pp. 107-111
- Furnham A. (2000): “The perceived efficacy of various „future-ologies” and complementary medicine”, *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 6(1), pp.71-6
- Furnham A., Forey J. (1994): „The attitudes, behaviours and beliefs of patients of conventional vs. complementary (alternative) medicine”, *Journal of Clinical Psychology*, 50 (3)
- Füstös L., Kovács E., Meszéna Gy., Simonné M. N. (2004): „Alakfelismerés” , Budapest, Dico Kiadó Új Mandátum Kiadó, 2004
- Gochman, D. S (1997): „Handbook of Health Behaviour Research”, 1(3), Plenum Press, New York.
- Harvey Hartman, David Wright (1999): „Marketing to the new natural consumer, Understanding trend sin wellness”, The Hartman Group, Inc., Washington 1999
- Jeswani M., Furnham M. (2010): “Are modern health worries, environmental concerns, or paranormal beliefs associated with perceptions of the effectiveness of complementary and alternative medicine?”, *British Journal of health Psychology*, 15, pp. 599-609
- Kruskal Joseph B. (1964): „ Multidimensional Scaling by optimising goodness-of-fit to a non-metric hypothesis”, *Psychometrica* 29, 1964 pp.1-27
- Lau Richard R (1982): “Origins of Health Locus of Control Beliefs”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1982, 42(2), 322-334
- Martine Spence , Peter Ribeaux (2001): „CAM evaluation: What are the research question?” *Complementary Therapies in Medicine*, 9, 188-193
- Mohammad Siahpush (1999), „Why do people favour alternative medicine?”, *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, Jun 1999;23, 3; ABI/INFORM Global pg. 266
- Nadeem Esmail (2007), „Complementary and Alternative Medicine in Canada: Trends in Use and Public Attitudes, Fraser Forum, July/August 2007;ABI/INFORM Global, pg. 19
- Pelletier, K.R., Marie, A., Krasner, M and W.L. Haskell. (1997), „Current trends in the integration and Reimbursement of Complementary and Alternative Medicine by Managed Care, Insurance Carriers and Hospital Providers”, *American Journal of Health promotion* 12: 112-123
- Ralph M. Gaedeke, Dennis H. Tootelian, Cindy Holst (1997): „Alternative Therapies: Familiarity, Use and Information Needs”, *Marketing Health Services*, Summer 1999;19, 2; ABI/Inform Global pg. 29
- Rotter JB (1966): „Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement”, *Psychol. Monograph*, 1966, 80, 1-28
- Schwarz, N. (1999), “ Self-reports: how questions shape the answers”, *American Psychologist*, 54 (2), pp. 93-105
- Simon, J [2010]: „Marketing az egészségügyben”, Akadémiai Kiadó, Budapest. 171.o.
- Töröcsik Mária (2003), „Fogyasztói magatartás trendek”, KJK-Kerszöv Jogi és Üzleti Kiadó Kft., Budapest, 2003
- Ulla Mitzdorf, Karen Beck, Jillian Horton-Hausknecht, Wolfgang Weidenhammer, Angelika Kindermann, Miklós Takács, Gabrielle Astor, Dieter Melchart (1999), „Why Do Patients Seek Treatment in Hospitals of Complementary medicine?”, *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, Volume 5, 1999, pp. 463-473

WHO web oldala: http://www.who.int/topics/health_education/en/

World Health Organisation (2001), „Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review

ENGLISH SUMMARY

Sustainability of health care systems and insurance of appropriate health condition are important government issues. Primary prevention and complementary health care methods (if used at a safe way) might decrease public health care cost and improve health status. The decrees regulating alternative healing methods came into the force in Hungary in 1997 (40/1997. (III. 5.) decree and a 11/1997. (V. 28.) decree. Since this dates, the non conventional healing can be used officially as a preventive method. In field of marketing research the question arises: Is the usage and positive attitude towards complementary and alternative medicine predictable? There is a range of different health behaviour models used for this research purpose. In this paper, as a first research phase the dimensions of Health Locus of Control Model are examined based on a survey conducted at Corvinus University in 2011. As a second stage of the research the indicators measuring attitudes towards complementary and alternative medicine should be included.