

Páciens-szegmensek jellemzői és ezek jelentősége a társadalmi marketingben

Kincsesné Vajda Beáta

A társadalmi marketing nem más, mint marketing technikák alkalmazása olyan programoknál, amelyek célja, hogy befolyásolják egy célcsoport önkéntes viselkedését, ezzel javítva személyes jólétüket és azért a társadalomét is, amelynek tagjai. Mindennek léteznek közvetített, interperszonális kommunikáció által működő formái, például egészségügyi dolgozók közvetítésével megvalósuló együttműködési programok, hiszen ők elismerten megbízható információforrások. Ahhoz azonban, hogy egy ilyen program sikeres legyen, a célcsoport sajátosságait is érdemes feltárni.

Kérdőíves kutatásomban (N=448) a koherencia-érzés skálája (SOC-13), valamint az egészséghit modell elméleti keretrendszerének alapján létrehozott, általános egészségmagatartást mérő skála használatával kívántam feltárni a válaszadók egészségstílusának (egészséggel kapcsolatos kognícióinak és viselkedés mintáinak) egyes vonatkozásait, különös tekintettel a háziorvosi ellátással kapcsolatos elvárásaikra, észleléseikre. Eredményeim alapján három szegmens különíthető el egymástól: a próbálkozó, a tudatos előrelátó, valamint a tehetetlenek. Tanulmányomban e szegmensek jellemzőit mutatom be, valamint kitérek e szegmensek létezésének fontosságára a társadalmi marketing szempontjából.

Kulcsszavak: egészségmagatartás, szegmentálás, társadalmi marketing

Köszönetnyilvánítás: A kutatás a TÁMOP 4.2.4.A/1-11-1-2012-0001 azonosító számú Nemzeti Kiválóság Program – Hazai hallgatói, illetve kutatói személyi támogatást biztosító rendszer kidolgozása és működtetése országos program című kiemelt projekt keretében zajlott. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

1. Bevezetés

Közismert tény, hogy hazánk egészségügyi mutatói rendkívül kedvezőtlenek; nemcsak az általános halálozási ráta magas, hanem kiemelkedő mértékben a középkorú menedzserréteg halálozási aránya is, ami a gazdaságilag aktív réteget fokozottan érinti (WHO 2008). Magyarországon a várható élettartam alacsonyabb, mint az a nemzeti jövedelem alapján várható lenne (OECD 2012), és bár a lakosság egészségi állapotában az utóbbi évtizedekben tapasztalható javulás, az még mindig messze elmarad az Európai Unió más országaitól szinte minden egészségmutató tekintetében, azokban ugyanis gyorsabb javulás tapasztalható (Vitrai et al. 2010). Egy társadalom, és azon belül egy egyén egészségi állapotát tényezők komplexitása befolyásolja; biológiai adottságok, az egészségügyi ellátás minősége, az ellátások igénybevétele, valamint olyan egyén-specifikus tényezők is, melyek összefüggnek az egészségmagatartással. Utóbbiak vizsgálata azért is fontos, mert a kelet-közép európai országokra (köztük Magyarországra) az utóbbi évtizedekben jellemző kedvezőtlen egészségi mutatók hátterében több kutatási eredmény szerint is alapvető a lelki, magatartásbeli tényezők szerepe (Kopp 2007).

A társadalom egészségi állapotának gazdasági szempontú vizsgálata is magában kell, hogy foglalja tehát az egyének életstílushoz és egészségmagatartáshoz kapcsolódó döntéseit, ugyanis e döntések a fejlett társadalmak egészségügyi problémáit okozó krónikus betegségek (pl. szív- és érrendszeri betegségek) igen jelentős okozói (Sassi–Hurst 2008).

A társadalmi marketing alapvető célja magatartási, viselkedési módok megváltoztatása a „jó” érdekében; problémaorientált megközelítése a megoldandó közvetetten vagy közvetlenül

társadalmi kérdésekhez, feladatokhoz rendelt tevékenység marketingjét jelenti (Piskóti 2012). Látható tehát, hogy a társadalmi marketing olyan eszköz, melynek alkalmazása a társadalom kedvezőtlen egészségi állapotának javításában az egyének és csoportok egészségmagatartásának javításával tud szerepet vállalni. Ahogyan a marketing koncepció lényeges eleme a szegmentálás, e lépésre a társadalmi marketingben is figyelmet érdemes fordítani, és a demográfiai változók mellett egyéb, az egészségmagatartást magyarázó modelleket bevonni a folyamatba.

E tanulmány doktori kutatásom egy szeletét mutatja be. A teljes kutatás alapvető célja annak vizsgálata volt, hogy hogyan kapcsolódnak össze egyéni, egészségmagatartáshoz kapcsolódó, valamint kommunikációs és kapcsolati tényezők az egészségügyi ellátás folyamatában (különös tekintettel az orvos-páciens interakcióra), amelyek befolyásolhatják a beteg-együtműködést, a betegelégedettséget, és ezeken keresztül az egészségügyi kimeneteket. E tanulmány keretei természetesen nem adnak lehetőséget a kutatás valamennyi eredményének ismertetésére, így arra a központi kérdésre fókuszál, hogy leírhatók-e egymástól egészségmagatartásuk és egészséggel kapcsolatos kognícióik mentén különböző szegmensek; e szegmensek fontosságát pedig a társadalmi marketing vonatkozásaiban tárgyalja.

2. Az egészségmagatartás vizsgálatának elméleti háttere

A lelki és magatartásbeli tényezők szerepével az egészség kapcsán az egészségpszichológia foglalkozik, mely az utóbbi évtizedekben a pszichológia egyik legdinamikusabban fejlődő ága (Kállai et al. 2007), és míg tág értelemben az egészségügyben alkalmazott pszichológiát jelenti, addig szűkebb értelmezése szerint az egészségfejlesztés és betegségmegelőzés pszichológiáját foglalja magában (Pikó 2007). Az egészségpszichológia fő területeihez tartozik az egyének egészségállapotának megtartása, az egészséges életvitel fejlesztése, konkrét betegségekhez kapcsolódó megelőző és terápiás tevékenység, kockázattal kapcsolatos magatartásformák meghatározása, egészségügyi zavarok kóroktani és diagnosztikai korrelációinak vizsgálata, rehabilitáció, valamint az egészségügyi rendszert és egészségpolitikát érintő kérdése elemzése, értékelése (Kállai et al. 2007, Simon 2010). Az egészségpszichológia tárgykörébe tartoznak tehát azon modellek is, amelyek az egészségmagatartásra és annak magyarázatára vonatkoznak. Az egészségmagatartás meghatározására Gochman (1997) széleskörűen idézett definícióját fogadom el, mely szerint az azon személyes tulajdonságok, mint például hiedelmek, elvárások, motivációk, értékek, felfogások, és egyéb kognitív elemek; személyiségjellemzők, beleértve érzelmi állapotok és jellemvonások, valamint nyílt viselkedési minták, cselekvések és szokások összessége, amelyek kapcsolódnak az egészség megtartásához, az egészség helyreállításához, valamint az egészség javításához. E definíció tehát az egyén szintjén maradva, viszonylag tág körben határozza meg azon elemeket, amelyek az egészségmagatartás égisze alá tartoznak. E definícióját azért is tartom ideálisnak kutatásom szempontjából, mert mind kognitív, mind érzelmi, mind viselkedésbeli komponenseket tartalmaz, így értelmezhető segítségével valamennyi, a következőkben ismertetendő változó és modell. A KSH egészségfelmérése (2010) szerint a felnőtt lakosság is elismeri az egyéni magatartás szerepét az egészségben: a kutatás válaszadóinak többsége egyetértett azzal, hogy az egészség a biológiai adottságok mellett főleg a hozzáálláson és az egészség megőrzésére tett erőfeszítéseinken múlik. A kutatásból az is kiderül, hogy növekvő tendenciáról beszélhetünk, azaz az emberek, különösen a nők egyre jobban felismerik az egészségtudatos magatartás fontosságát. Az egészséggel kapcsolatos ismeretek és vélekedések önmagukban azonban nem elegendők a megfelelő magatartáshoz. Ahogyan Kállai és társai (2007) megfogalmazzák: bár az emberek fontosnak tartják az egészséget, mégsem tesznek azért, hogy egészségesebbek legyenek.

Ennek oka az, hogy a tettekhez motivációra van szükség. E nagyon leegyszerűsített gondolatmenetre épül az egészséggel kapcsolatos vélekedések modellje vagy egészséghit modell (Health Belief Model), mely kutatásom egyik alapkövét képezi. E modell mellett ugyanakkor szerettem volna olyan egyéb változókat is bevonni a modellembe, melyek az irodalomban alátámasztott módon összefüggésben vannak az egészséggel, így az egészséghit modell bemutatása előtt kitérek az észlelt egészség és a koherencia-érzés szerepére is.

2.1. Észlelt egészség

Az észlelt (más szóval vélt, szubjektív vagy önértékelés szerinti) egészség mércéjét (mely egyetlen kérdésben kéri a válaszadót, hogy értékelje saját egészségi állapotát) számos nemzetközi szervezet (pl. a WHO, illetve az OECD), valamint tudományos kutatás, illetve a hazai OLEF (Országos Lakossági Egészségfelmérés) is használja. Ahogyan az OLEF 2003-as gyorsjelentésében (OEK 2004) megfogalmazza, az egyének saját egészségükről formált véleménye egyrészt természetesen jelzi, ők maguk hogyan élik meg egészségi állapotukat, ugyanakkor ez az egyik legjobb egészségindikátor az egészségügyi ellátás elégtelenségének vizsgálatában.

Az észlelt egészség ugyanakkor ennél többet is jelez. Idler és Benyamini (1997) sokszor idézett kutatásában 27 angol nyelven publikált (amerikai, európai és ázsiai) nagymintás reprezentatív lakossági felmérést hasonlított össze, melyekben mind a vélt egészségre, mind egészségi és szocio-demográfiai adatokra vonatkozó kérdések voltak, és követési időszakuk 2-től 13 évig terjedt. Eredményeik meglepően egyértelmű és konzisztens kapcsolatot mutattak a vélt egészség és a halálozási valószínűség között, melyet a kérdés megfogalmazása sem befolyásolt. Ezen egyszerű kérdés természetesen nem tökéletes előrejelző; későbbi kutatások során rámutattak, hogy az észlelt egészség komponensei közül az orvosi tesztekkel nehezen mérhető „vitalitás” és ellenállóképesség az, amely validnak tekinthető a mortalitás előrejelzésében. Különböző társadalmi csoportok között is vannak különbségek: férfiaknál az észlelt egészség nagyobb előrejelző erővel bír, mint a nőknél (Benyamini 2008).

2.2. Koherencia-érzés

Aaron Antonovsky ún. salutogenezis elmélete a hagyományos megközelítéssel szemben nem a betegségek okát vizsgálta, hanem azt, hogy a számos stresszor ellenére mi az, amely az egészségességhez hozzájárul (Antonovsky 1993). Az elmélet szerint az egészséget rendszerszemléletben szükséges értelmezni, ahol az ember és környezete közötti koherencia fontos, amely biztosítja a harmóniát. A modell legfontosabb fogalma tehát a koherencia, amely Balajti et al. (2007) megfogalmazásában az egyének a kihívásokkal szembeni válaszkészségeként írható le, mely nem személyiségjegye, hanem élmények által formált beállítottság. A szerzők rámutatnak arra is, hogy számos tanulmány alátámasztotta a koherencia-érzés összefüggését az egészséggel, valamint a vélt egészséggel (nemtől, kortól és etnikai hovatartozástól függetlenül), és hogy alátámasztották jó előrejelző képességét a rokkantság, illetve specifikus betegségek (pl. 2-es típusú diabétesz) kialakulásával. Bár néhány kutató azt is felvetette, hogy a koherencia-érzést akár szűrőeszközként is lehetne használni, azonban ez ellen szól, hogy továbbra sem világos az, hogy az általa mért kontinuum (alacsony-magas koherencia-érzet) adott pontja az egyénnél a gyakorlatban hogyan értelmezendő, illetve mikortól válik hatástalanná az egészségességhez való hozzájárulásban (Eriksson–Lindström 2005).

A koherencia-érzés mérésére kifejlesztett eszközt (sense of coherence scale, SOC) legalább 32 országban, 33 nyelven alkalmazták kutatásokban, gyerekek és felnőttek között, különböző betegcsoportokban, a gyakorlati élet számos területén, úgy mint egészségügyi

szolgáltatások, társadalmi munka, munkahelyek, rokonok ellátása vagy tanulás (Eriksson–Lindström 2006). Az elmélet operacionalizálására eredetileg kidolgozott eszköz 29 kérdést tartalmazott, azt Antonovsky 1987-ben közölte. A további kutatások során ennek kialakult egy 13 tételes változata is (SOC-13), amelyet magyar nyelven Balajti et al. (2007) validált. Eredményeik alapján az eszköz valid és megbízható (egy almintán történt későbbi ismételt felvétel alapján is) és egybecseng a hasonló nemzetközi kutatások eredményeivel. Megállapították emellett, hogy (120 fős, nem reprezentatív mintájukban) a koherencia-érzés szignifikáns kapcsolatban áll a depresszióval, a lelki egészséggel, valamint a vélt egészséggel.

2. 3. Az egészséghit modell

Az egészséghit modell az irodalomban az egészségmagatartással kapcsolatban leggyakrabban említett modell (Simon 2010). Az egészséghit modell megjelenése Rosenstock (1966) tanulmányhoz köthető, melyben a szerző célja egy olyan elméleti keret létrehozása, mely információkkal szolgál az egészségügyi dolgozóknak arról, az emberek miért és milyen feltételek mentén tesznek lépéseket azért, hogy megelőzzenek vagy felderítsenek egy betegséget. Látható tehát, hogy e modell kialakításának pillanatától – kimondatlanul is – egyértelműen illeszkedik a társadalmi marketing célrendszeréhez. Rosenstock (1966) cikkében hangsúlyozta, nem minden egészségügyi viselkedés átfogó magyarázatára szolgáló modellt kívánt létrehozni; ehelyett olyan változók specifikációja volt a célja, amelyek szignifikánsan hozzájárulnak az egészségügyi viselkedés jobb megértéséhez.

Az egészséghit modell szorosan kapcsolódik Bandura szociális tanuláselméletéhez. Eszerint a viselkedést az elvárások és az ösztönzők irányítják: az az egyén, aki magasra értékeli egy bizonyos állapotot (ez az ösztönzés), akkor fog tenni e kívánt állapot eléréséért, ha úgy gondolja, hogy:

- jelenlegi állapota fenyegetést jelent az általa magasra értékelt állapotra,
- egy bizonyos magatartás csökkenti ezt a fenyegetettséget (kimeneti elvárás), és
- ő maga képes elsajátítani ezt az új magatartást (hatékonysági elvárás) (Rosenstock et al. 1988).

Az egészséghit modell azt feltételezi, hogy az egészséggel kapcsolatos magatartás három tényezőcsoport együttes jelenlététől függ:

- elégséges motiváció (amely az egészséggel kapcsolatos kérdést aktuálissá vagy fontossá teszi),
- a hit, hogy az egyén fogékony egy adott egészségügyi problémára (ezt nevezik gyakran észlelt fenyegetettségnek),
- a hit abban, hogy bizonyos magatartás (pl. egy egészségügyi ajánlás követése) az egyén számára elfogadható költségek mellett csökkentheti a fenyegetettséget. A költség jelen esetben azon (csak részben pénzügyi) észlelt akadályokat jelenti, melyeket le kell győzni ahhoz, hogy az adott egészségügyi ajánlást követni lehessen (Rosenstock et al. 1988).

Másképp megfogalmazva, az emberek akkor tesznek az egészségük érdekében (pl. mennek el szűrésre), ha úgy gondolják, hajlamosak valamilyen betegségre, amit fenyegetőnek is érzékelnek, és ha úgy gondolják, hogy elfogadható ráfordítás/eredmény aránnyal rendelkező lehetséges cselekvéseik vannak (Simon 2010).

A modell Rosenstock (1966) által is felvázolt változócsoportjai az alábbiak.

- Észlelt fogékonyság: az egyén által észlelt kockázat egy adott egészségügyi állapottal kapcsolatban.
- Észlelt súlyosság: az egyén szubjektív értékelése egy adott egészségi állapot, betegség, vagy általában a betegségek komolyságáról, súlyosságáról. (E két változót együtt észlelt fenyegetettségnek is nevezhetjük.)
- Észlelt előnyök: az alternatív magatartással járó előnyök.
- Észlelt korlátok: az alternatív magatartást akadályozó tényezők.
- Cselekvésre motiváló egyéb tényezők: olyan belső vagy külső kiváltó tényezők, amelyek létrehozzák a tenni akarás azonnali vágyát, pl. az egészségi állapot megváltozása vagy egy figyelemfelkeltő médiaüzenet. Szerepükről többféle vélemény alakult ki, ugyanakkor kevés empirikus kutatás készült (Gutierrez–Long 2011, Simon 2010, Weissfeld et al. 1987).

Az egészséghit modell többek között abban különbözik az egyéb, egészségmagatartást is vizsgáló modellektől, hogy nem állít fel szigorú követelményeket azzal kapcsolatban, hogy a különböző változók hogyan jelzik előre a magatartást. Ehelyett azt feltételezi, hogy azok egymástól függetlenül járulnak hozzá az egészségmagatartás előrejelezhetőségéhez: nem ad egyértelmű elméleti struktúrát. E jellemző gyakran a modellt ért kritikák forrása, ugyanakkor rugalmassága lehetővé teszi annak adaptálását sokféle viselkedés mérésére (Nejad et al. 2005).

A modell publikálása után azt keretként használták olyan kutatásokban, amelyekben az egészséggel kapcsolatos ajánlásokhoz való viszonyulást, azok elfogadását vizsgálták (Simon 2010). Az utóbbi években készült, a HBM-et alkalmazó vizsgálatok tipikusan specifikus betegségekkel (pl. diabétesz, lásd Gutierrez–Long 2011 vagy Kartal–Özsoy 2007), illetve célzott magatartásformákkal (pl. fogmosás, lásd Buglar et al. 2010; vagy droghasználat, lásd Márványkövi et al. 2008) foglalkoztak.

3. Társadalmi marketing az egészségügyben alkalmazva

Az egészségügyi interakciók tanulmányozásánál marketing szempontok figyelembe vétele bár nem egyértelmű, de érdemes, hiszen, nemcsak azon „klasszikus” esetekre nyújthat megoldást, amikor a szolgáltatást igénybe vevők vonzásáról és megtartásáról van szó (pl. amikor egy orvos magánrendelőt nyit), hanem egyéb stakeholderek problémáinak megoldásakor is. Marketing megközelítésről beszélhetünk akkor is, amikor egy potenciális tranzakció legalább egy résztvevője a másik vagy többi résztvevőtől adott reakciót, választ szeretne elérni (pl. amikor egy egészségügyi intézmény valamely védőoltás beadása mellett kampányol) (Kotler et al. 2008).

A fentihez hasonló esetekben a társadalmi marketing működését érhetjük tetten, Röviden megfogalmazva, az egészségügyi társadalmi marketing nem más, mint hagyományos marketing eszközök alkalmazása az egészségi állapot javításának érdekében (Evans 2006). Andreasen (1994) szerint a társadalmi marketing úgy határozható meg, mint üzleti marketing technológiák alkalmazása olyan programok esetén, amelyek célja egy célcsoport önkéntes viselkedésének befolyásolása annak érdekében, hogy egyéni, és ezáltal az általuk alkotott társadalom jólétét is javítsák. A szerző szerint e meghatározásnak számos olyan eleme van, amely szükséges ahhoz, hogy egy folyamatot társadalmi marketingként definiáljunk:

- üzleti marketing módszerek adaptálása,
- programokra történő alkalmazás (amelyek, a kampányokkal ellentétben, akár évekig, évtizedekig is tartanak),

- a hangsúly a (z önkéntes) viselkedésen van (attitűdök vagy meggyőződések helyett), még akkor is, ha az nem mindig változik,
- célja a célcsoport vagy a társadalom haszna (nem pedig a marketing tevékenységet végző haszna).

Evans (2006) szerint a társadalmi marketingnek vannak közvetített, interperszonális kommunikáción alapuló formái, például az egészségügyi ellátó személyzetten keresztül, hiszen ők megbízható információforrásnak számítanak a célcsoportban. A beteg-központúság és a páciensek bevonásának növekvő fontossága szintén olyan folyamatok, amelyek jelzik, a marketingnek tekinthető folyamatok egyre nagyobb teret kaphatnak. Mindehhez igen fontos a célcsoport szükségleteinek és preferenciáinak felismerése, mérése, megértése és az üzenetek adaptálása e sajátosságokhoz (pl. információ-feldolgozási képesség, félelmek, bevonódás igényének mértéke), hogy a kívánt viselkedésváltozás (pl. életstílus-változtatások, gyógyszereszedési együttműködés) a lehető legkisebb költséggel megvalósítható legyen. A társadalmi marketing legfontosabb „termékeinek” az ellátórendszerben a promótált viselkedésformák tekinthetők, melyekre jó például szolgálnak az együttműködési programok, amelyek fókuszában az önkéntes együttműködés javítása áll az egészségügyi ellátó javaslataival. Ahogyan Andreasen (2002) fogalmaz, az orvosi rendelőkben az együttműködés, illetve bevonódás bátorítása olyan kritikus folyamat, amelyben társadalmilag is kritikus egyéni viselkedés változtatását (vagy fenntartását) célozzák a kulcsszereplők kooperációjában.

4. Páciens-szegmensek az egészségmagatartás változói mentén

Egy, az egészségmagatartást célzó társadalmi marketing program sikerességéhez szükséges tehát a célcsoportok meghatározása és azok sajátosságainak feltárása. Empirikus kutatásomban arra kerestem a választ, hogy az egészséghit modell (melynek alapvető célja épp az volt, hogy segítséget nyújtson annak megértésében, az emberek miért tesznek (vagy nem tesznek) lépéseket egészségük megőrzése vagy helyreállítása érdekében), valamint az egészségmagatartáshoz szorosan kapcsolódó koherencia-érzet alkalmas konstruktumok-e a potenciális célcsoportok szegmentálásában.

4.1. Kutatási módszertan

A fent megfogalmazott kérdés megválaszolására (is) doktori munkám keretében kérdőíves megkérdezést végeztem.

Ahogy Benyamini (2008) fogalmaz: az észlelt egészségre vonatkozó egyszerű kérdés számos egészséggel kapcsolatos felmérés nyitó kérdése, hiszen udvarias és egyszerű formája a válaszadó témába való bevezetésének. Kérdőívemben hasonló megfontolásból szintén a bevezető kérdések között szerepelt. A válaszadókat arra kértem, hogy ötfokú (nagyon jó – jó – kielégítő – rossz – nagyon rossz) skálán értékeljék, milyenek ítélik saját egészségi állapotukat.

A koherencia-érzés mérésére a Balajti et al. (2007) publikált állítássort alkalmaztam, közülük három állítás megfogalmazásán változtattam a kérdőív tesztkitöltőinek visszajelzése alapján. Az általam is alkalmazott SOC-13 skála így 13 állítást tartalmazott, melyekkel az egyetértés 7-fokú Likert-skálán mérhető. Ennek megfelelően a kitöltők által elérhető legalacsonyabb pontszám 13, míg a legmagasabb 91 volt.

A kialakított egészséghit mérőeszköz az egészséghit modell eredeti dimenzióira (észlelt fenyegetettség, észlelt súlyosság, észlelt előnyök, észlelt korlátok) összpontosít, valamennyihez kapcsolódóan több tételes skálát alakítottam ki. Ezek mellett helyet kaptak

olyan állítások is, melyek az én-hatékonyssággal összefüggőek, és azt vizsgálják, az egyén mennyire foglalkozik tudatosan, hosszú távon egészsége megőrzésével. A fent leírtak alapján összesen 19, ötfokú Likert-skálán értékelhető állítást fogalmaztam meg.

Az állítások a fenti dimenziókat általános (azaz nem specifikus betegséghez kapcsolódó) szemléletben ragadják meg. Kérdőívem e részének kialakításakor támaszkodtam Weissfeld et al. (1987) munkájára, hiszen az ő tanulmányuk az egyetlen általam ismert részben általános megközelítése a témakörnek, kiegészítve specifikus témájú, ugyanakkor aktuálisabb kutatások módszertanának felhasználható elemeivel (Buglar et al. 2010, Gutierrez–Long 2011, Nejad et al. 2005) valamint a Simon (2010) könyvében található, egészséggel kapcsolatos véleményekről szóló kutatás kapcsolódó pontjaival. Az említett kutatásokból összegyűjtött állításokat átfogalmaztam, illetve saját állításokkal kiegészítettem.

E konstruktumok mellett mértem a válaszadók orvoshoz járási szokásait, a házi orvosuk kommunikációjával kapcsolatos elvárásait, a házi orvos javaslataival való önbevallás alapú együttműködési hajlandóságukat (gyógyszerbevétel, életstílus-változtatások, további vizsgálatok, valamint komolyabb beavatkozások tekintetében). A kérdőív emellett természetesen demográfiai kérdéseket is tartalmazott.

4.2. Minta

Az adatfelvétel CAWI módszerrel készült. Kutatásomban alapsokaságként a felnőtt (18 éven felüli) lakosságot választottam, akikhez hólabda módszerrel jutott el a kérdőív, melyet online módon lehetett kitölteni. A kérdőívek kitöltésében egyetemi hallgatók is a segítségemre voltak, akiknek egyenletes életkori eloszlásra vonatkozó kvótát kellett figyelembe venni a kérdőívek továbbításánál, főképp annak érdekében, hogy a mintába az idősebb korosztályok is megfelelő arányban kerüljenek.

Bár a hólabda mintavétel nem tekinthető véletlenszerűnek, így a reprezentativitás követelményeinek sem tudtam megfelelni, a mintát a statisztikai elemzés során súlyozással illesztettem az alapsokaság korra és nemre vonatkozó jellemzőihez, melynek során az egyes korcsoportokhoz tartozó nemi arányokat vettem figyelembe, így ezen ismérvek mentén országosan reprezentatívnak tekinthető adatbázist kaptam.

A kérdőívet összesen 648 fő töltötte ki legalább részben, közülük 450 fő teljes egészében. Az adatok tisztítása után 448 válaszadó maradt a mintában. A mintában súlyozás után 46,5% férfi, 53,3% nő; 19,2%-a 18-29 év közötti, 28,2%-a 30-44 év közötti, 24,6%-a 45-59 év közötti, míg 27%-a 60 év feletti. A mintában a főiskolai és egyetemi végzettséggel rendelkezők a teljes lakossághoz képest felülreprezentáltak, ugyanakkor elkerültem a hasonló, hólabdás mintavételű, egyetemről kiinduló kutatások gyakori jellegzetességét, a többségében hallgatókból álló mintát: válaszadóim 15,4%-a tanuló, 57,6%-uk aktív dolgozó, nyugdíjasok pedig a tanulókkal szinte megegyező arányban töltötték ki a kérdőívet, arányuk 15%. A fennmaradó válaszadók munkanélküliek (4,7%), GYES-en, GYED-en levők (4%), háztartásbeliek vagy egyéb státuszúak (3,3%).

Az alapsokasághoz képest mintámban felülreprezentáltak a városban lakók (a válaszadók 81%-a megyeszékhelyen vagy egyéb városban él, szemben a teljes lakosság 52,1%-ával), míg alulreprezentáltak a fővárosiak (7,9%, mely a teljes lakosságra jellemző arány mintegy fele), valamint a községben, faluban élők (10,4%, a teljes lakosságra jellemző arány mintegy harmada) (KSH 2012).

A válaszadók közel 60%-a legalább fél évente találkozik házi orvosával, közel 40%-a legalább fél évente jár szakrendelésen, és 38%-a szokott valamilyen magánrendelésre járni.

Krónikus betegsége (olyan betegsége, amely hosszú ideig, akár egy életen át tart) a válaszadók saját bevallása szerint 44,7%-ának, azaz közel felének van, ezek közül leggyakoribb a diabétesz, valamint a magas vérnyomás. Ahogyan várható, e válaszadók

körében szignifikánsan magasabb azok aránya, akik legalább 2-3 havonta találkoznak háziorvosukkal, mint azok körében, akiknek nincs krónikus betegsége.

4.3. Eredmények: páciens-szegmensek és azok jellemzői

Úgy vélem tehát, hogy a páciensek egészségügyi ellátással kapcsolatos elvárásait és a folyamat során tanúsított viselkedésüket nemcsak az ellátórendszerrel összefüggő és szituációs, de egyéni tényezők is befolyásolják, melyek közül a koherencia-érzést és az egészségmagatartásra vonatkozó egészséghit modellt vettem figyelembe. Feltételezem, hogy e változók alapján egymástól eltérő preferenciákkal és viselkedési mintázatokkal jellemezhető homogén páciens-szegmensek különíthetők el: ennek alátámasztására klaszterelemzést végeztem az egészséghit modell faktorváltozóinak, valamint a koherencia-érzet változójának bevonásával. Hasonló elemzésről az irodalomban nem tudok.

A szegmentálást kétlépcsős eljárással kezdtem, hogy előzetes feltételezéshez jussak a klaszterek számával és a klaszterezés „jóságával” kapcsolatban (Kazár 2013). Az utóbbit kifejező ún. Silhouette-koefficiens általam kapott értéke a 0,2 és 0,5 közötti tartományba esik, mely elfogadhatónak tekinthető. E vizsgálat három klaszter elkülönítését javasolta. A klaszterek számáról szóló döntésem emellett a klaszterek megfelelő értelmezhetősége és azok mérete befolyásolta, e szempontok vizsgálatával is három klaszter elkülönítését tartottam megfelelőnek. Ez esetben a k-középpontú eljárás a hatodik iterálásra hozta létre a stabil faktor struktúrát. A végső klaszterközéppontokat az 1. táblázat tartalmazza.

A klaszterek stabilitásának ellenőrzésére az adattáblát véletlen számok alapján újraprendeztem és ezen is elvégeztem az elemzést; ennek eredményei az itt bemutatottakkal megegyeznek, a klaszterek tehát stabilnak tekinthetők.

1. táblázat A k-középpontú eljárással kialakított végső klaszterközéppontok

	Klaszter		
	1. „Próbálkozók”	2. „Tudatos előrelátók”	3. „Tehetetlenek”
Koherencia-érzet	62,50	77,05	49,24
Észlelt fenyegetettség (HBM)	,17586	-,45525	,47802
Észlelt előnyök (HBM)	-,01184	,12796	-,12089
Észlelt korlátok (HBM)	,02983	-,15237	,24464
Saját teljesítmény (HBM)	,03987	,14649	-,30432
A klaszterbe tartozó esetek száma	163	172	99

Forrás: Saját szerkesztés

Megjegyzés: mivel az elemzésbe az egészséghit modell faktorváltozóit vontam be, az ezekkel kapcsolatos pozitív értékek az átlagtól magasabb, a negatív értékek pedig az átlagtól alacsonyabb értékekre utalnak.

Az első csoportba tartozókra átlagos koherencia-érzet, az átlagosnál magasabb észlelt fenyegetettség, észlelt korlátok és saját teljesítmény, míg az átlagostól alacsonyabb észlelt előnyök jellemzők. E csoport tagjainál a legjellemzőbb tulajdonság úgy vélem az lehet, hogy bár megpróbálnak tudatosan odafigyelni egészségükre, nem látják annak hasznát egészségi helyzetükre vonatkoztatva. E csoportot próbálkozóknak neveztem el.

A második csoportba tartozókra magas koherencia-érzet, az átlagosnál alacsonyabb észlelt fenyegetettség és észlelt korlátok, míg az átlagostól magasabb észlelt előnyök és saját teljesítmény jellemző. Egyértelműen e csoport tagjai vannak a legjobb helyzetben és nekik vannak a legjobb kilátásaik, hiszen jelenlegi kevésbé fenyegetett helyzetüket egészségtudatos magatartással hosszú távon is meg kívánják őrizni. A csoportot tudatos előrelátóknak neveztem el.

A harmadik csoportra az átlagosnál alacsonyabb koherencia-érzet, az átlagosnál magasabb észlelt fenyegetettség és korlátok, míg az átlagosnál alacsonyabb észlelt előnyök és saját teljesítmény jellemző. E csoport tagjai vannak tehát vélhetően a legrosszabb helyzetben, és jövőbeni kilátásaikat észlelt tehetetlenségük és tudatos egészségmagatartásuk hiánya is ronthatja. A csoportot tehetetleneknek neveztem el.

A csoportok közötti különbséget, mely azok neveiben is tükröződik, leginkább a saját teljesítményben és a hozzájuk kapcsolódóan észlelt (vagy nem észlelt) előnyökben látom.

Hogy a csoportokról minél pontosabb jellemzést tudjak adni, megvizsgáltam azok különbözőségét az egészséggel kapcsolatos, demográfiai, valamint orvoshoz járási szokások és az egészségmagatartásban fontos tényezők változói mentén. E vizsgálatokhoz keresztábrás elemzésekben a Bonferroni-módszert alkalmaztam¹. Az alábbiakban bemutatom azon változókat, melyek kapcsán statisztikailag szignifikáns különbségeket kaptam az egyes csoportok között; ez mindenütt úgy értelmezendő, hogy az adott csoportban az adott változóra jellemző arány szignifikánsan különbözik ($p=0,05$) a többi csoportra jellemző aránytól.

Az egészséggel kapcsolatos mutatók kapcsán a tudatos előrelátók csoportja az, amely leginkább különbözik a másik kettőtől. E csoportban alacsonyabb a saját egészségüket rossznak vagy nagyon rossznak vélők aránya és magasabb a saját egészségüket jónak vagy nagyon jónak vélők aránya. Ugyancsak alacsonyabb arányban járnak havonta vagy gyakrabban házi orvoshoz, mint a másik két csoport.

Figyelemreméltónak tartom, hogy az egészséggel kapcsolatos objektív mérce – krónikus betegség megléte – kapcsán nincs különbség az egyes csoportok között. Úgy vélem, ezen eredmény jól alátámasztja, hogy az egészséghit modell és a koherencia-érzés által valóban olyan egészségmagatartásra irányuló pszichológiai tényezőket mértem, melyek nem egy-egy konkrét állapothoz, hanem egy általánosabb szemléletmódhoz kapcsolódnak. Ugyanerre utal, hogy a csoportok sem életkor, sem nem, sem a jelenlegi élethelyzet (pl. hogy tanuló, aktív dolgozó vagy nyugdíjas-e) szerint nem különböznek egymástól. Észreveendő ugyanakkor, hogy a tudatos előrelátók között nagyobb arányban vannak magas iskolai végzettséggel rendelkezők, mint a másik két csoportban, a tehetetlenek között ugyanakkor nagyobb arányban vannak olyanok, akik a legalacsonyabb (50.000 Ft alatti) egy főre eső háztartási nettó jövedelmi kategóriába esnek.

Az orvosokba vetett bizalom kapcsán elmondható, hogy a tehetetlenek magasabb arányban nem igazán bíznak meg bennük, míg a tudatos előrelátókra inkább a magasabb szintű bizalom jellemző, főképp a tehetetlenekkel történő összehasonlításban. Szintén a tudatos előrelátókra jellemző, hogy elégedetlenség esetén nagyobb arányban keresnek másik orvost, mint a többi csoport – mely jól alátámasztja a rájuk jellemző tudatosabb egészségmagatartást.

Az együttműködésben fontos szerepet játszó tényezők közül az orvos által adott magyarázatok a tudatos előrelátók számára nagyobb arányban kiemelkedően fontosak, mint a próbálkozók számára, és ugyanez mondható el a saját törekvés fontosságának észleléséről. Gyógyszerbevétel kapcsán a tudatos előrelátók szignifikánsan magasabb arányban működnek együtt teljes mértékben, mint a tehetetlenek. Ugyanez mondható el a további vizsgálatokkal kapcsolatos együttműködésről is. Az életmódtanácsok esetében, bár mindhárom szegmensnél alacsony a teljes mértékű együttműködés, megállapítható, hogy a tudatos előrelátók nagyobb arányban működnek nagyrészt együtt, mint a tehetetlenek. Ezen eredmények megfelelnek a páciens-szegmensek profiljainak: a tehetetlenek számára azért is lehetnek rosszabbak a kilátások, mert az együttműködés fontos területein kevésbé tudják vagy akarják követni a javaslatokat – vélhetően kevésbé látják azok hasznosságát.

¹ Az általam alkalmazott Bonferroni-korrektúrával ellátott z-próba a keresztábrás oszlopokban levő arányokat hasonlítja össze (egy soron belül a többi oszlophoz viszonyít).

Abban valamennyi csoport egyetért, hogy az egészség a legfontosabb, amit meg kell őrizni – azonban abban különbség van közöttük, hogy mennyire tartják ezt a szerencse kérdésének: a tudatos előrelátók kevésbé, mint a másik két szegmens. A tudatos előrelátók valóban „tudatosak”: a háziorvostól nagyobb arányban szoktak úgy eljönni, hogy lett volna még kérdésük, amit nem tehettek fel, ugyanakkor az elhangzott információkat nagyobb arányban értik meg teljes mértékben, mint a másik két csoport.

5. Diskusszió és összegzés

Kutatásom eredményei alapján megállapítottam, hogy az egészséghit és a koherencia-érzés mentén olyan vélhetően eltérő egészségstílussal rendelkező fogyasztói csoportok definiálhatók, amelyek a társadalmi marketing kampányokban is eltérő célcsoportokat jelenthetnek, hiszen olyan befogadói sajátosságokat különböztetnek meg, mint az alternatív tevékenységek előnyeinek vagy a saját cselekvés hatásosságának észlelése. Másképp lehet érdemes kommunikálni azok számára, akik eleve tudatos előrelátóknak tekinthetők (ők vélhetően fogékonyabbak az egészségtudatossággal kapcsolatos kampányokra), mint azoknak, akik a tehetetlenek csoportjába tartoznak (e csoport és náluk változás elérése vélhetően nehezebb). A társadalmi marketing legfontosabb „termékei” az orvosi rendelőkben az orvos által bátorítandó viselkedésminták, egészséges életmóddal kapcsolatos változtatások javaslata. Erre jó példát jelentenek az együttműködési (ún. compliance) programok, amelyek célja, hogy a páciensek nagyobb mértékben kövessék az egészségügyi szakemberek javaslatait. Szintén megemlíthetők az olyan országos programok, mint például az „Éljen 140/90 alatt” elnevezésű, a magas vérnyomás elleni küzdelem részeként hirdetett program.

Véleményem szerint az együttműködés javítása, ezáltal az egyéni és társadalmi jóléthez való hozzájárulás egyes esetekben könnyebben megvalósulhatna az ellátórendszerben, ha széleskörű programok, és azok részeként kampányok támogatnák az orvosokat, strukturált iránymutatást adva az adott célcsoport viselkedésének befolyásolásához. Társadalmi marketing programok támogatást adhatnak az orvosoknak azzal, hogy megmutatják azokat a „best practice”-eket, amelyekkel elérhető a kívánt hatás, például amikor túlsúlyos gyermekeknek javasolnak életmód-változtatást, ugyanakkor szembe kell nézniük a környezeti versennyel (pl. élelmiszer-reklámokkal) (Andreasen 2006). Az természetesen további kutatások tárgya, hogy egyes pácienscsoportok milyen preferenciákkal rendelkeznek a témát illetően.

Irodalomjegyzék

- Abraham, C. – Sheeran, P. (2005): The Health Belief Model. In Conner, M. – Norman, P. (szerk.): *Predicting health behavior*. Open University Press, Berkshire, pp. 28–80. o.
- Andreasen, A. R. (1994): Social Marketing: Its Definition and Domain. *Journal of Public Policy & Marketing*, 13, pp. 108–114.
- Andreasen A R (2002): Marketing Social Marketing in the Social Change Marketplace. *Journal of Public Policy & Marketing*, 21, pp. 3–13.
- Andreasen, A. R. (2006): *Social marketing in the 21st century*. Sage Publications, Thousand Oaks.
- Antonovsky, A. (1993): The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36, 6, pp. 725–733.
- Balajti I. – Vokó Z. – Ádány R. – Kósa K. (2007): A koherencia-érzés mérésére szolgáló rövidített kérdőív és a lelki egészség (GHQ-12) kérdőív magyar nyelvű változatainak validálása. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 8, 2, 147–161. o.

- Benyamini, Y. (2008): Self-ratings of health and longevity: A health psychologist's viewpoint on epidemiological findings. *The European Health Psychologist*, 10, pp. 10–13.
- Buglar, M. E. – White, K. M. – Robinson, N. G. (2010): The role of self-efficacy in dental patients' brushing and flossing: Testing and extended Health Belief Model. *Patient Education and Counseling*, 78, pp. 269–272.
- Eriksson, M. – Lindström, B. (2005): Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, pp. 460–466.
- Eriksson, M. – Lindström, B. (2006): Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, pp. 376–381.
- Evans, W. D. (2006): How social marketing works in healthcare. *BMJ* 2006/322, pp. 1207–1210.
- Gochman, D. S. (1997): Health Behavior Research. In: Gochman, D. S. (szerk.): *Handbook of Health Behavior Research*. Plenum Press, New York.
- Gutierrez, J. – Long, J. A. (2011): Reliability and validity of diabetes specific Health Belief Model scales in patients with diabetes and serious mental illness. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 92, pp. 342–347.
- Idler, E. L. – Benyamini, Y. (1997): Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 1, pp. 21–37.
- Kazár K. (2013). Consumer awareness in the public services environment – The quantitative examination of water consumption habits in the city of Szeged. In Málovics É. – Kincsesné Vajda B. (szerk.): *Proceedings of the "Scientific Management" and Management Science Today International Scientific Conference*, Szeged, Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar, pp. 228–238.
- Kartal, A. – Özsoy, A. A. (2007): Validity and reliability of the Turkish version of Health Belief Model Scale in diabetic patients. *International Journal of Nursing Studies*, 44, pp. 1447–1458.
- Kállai J. – Varga J. – Oláh A. (2007): Az egészségpszichológia alkalmazási területei és alapfogalmai. In: Kállai J. – Varga J. – Oláh A. (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 23–34. o.
- Kopp M. (2007): A kelet-közép európai egészségparadoxon. In Kállai J. – Varga J. – Oláh A. (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 51–64. o.
- Kotler, P. – Shalowitz, J. – Stevens, R. J. (2008): *Strategic Marketing for Health Care Organisations*. Jossey-Bass, San Francisco.
- KSH (2010): Egészségfelmérés (ELEF), 2009. *Statisztikai Tükör*, 4, 50, 1–7. o.
- KSH (2012): *Magyarország, 2011*. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2011.pdf>. Letöltve: 2013. április 16.
- Márványkövi, F. – Melles K. – Rác J. (2008): Az „egészség-hit-modell” magyarországi vizsgálata intravénás droghasználók körében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 63, 2, 311–336. o.
- Nejad, L. M. – Wertheim, E. H. – Greenwood, K. M. (2005): Comparison of the Health Belief Model and the Theory of Planned Behaviour in the Prediction of Dieting and Fasting Behaviour. *E-Journal of Applied Psychology: Social section*, 1, 1, pp. 63–74.
- OECD (2012): *Health at a Glance: 2012 Europe*. OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896>
- OEK (2004): *OLEF 2003 Gyorsjelentés*. <http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/GyorsjelentesOLEF2003.pdf>. Letöltve: 2012. december 3.

- Pikó B. (2007): A pozitív gondolkodás szerepe az egészség megtartásában. In: Kállai J. – Varga J. – Oláh A. (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 115–131. o.
- Piskóti I. (2012): Elemek a társadalmi marketing modelljéhez, *Marketing és Menedzsment*, XLVI, 3, 64–73. o.
- Rosenstock, I. M. (1966): Why People Use Health Services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 3, pp. 94–127.
- Rosenstock, I. M. – Strecher, V. J. – Becker, M. H. (1988): Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15, 2, pp. 175–183.
- Sassi, F. – Hurst, J. (2008): *The prevention of lifestyle-related chronic diseases: an economic framework*. OECD Health Working Papers 32. <http://www.oecd.org/els/health-systems/40324263.pdf>. Letöltve: 2014. május 10.
- Simon J. (2010): *Marketing az egészségügyben*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Vitrai J. – Bakacs M. – Juhász A. – Kapsvári Cs. – Nagy Cs. (2010): *Egészségjelentés 2010*. EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft., Budapest.
- Weissfeld, J. L. – Brock, B. M. – Kirscht, J. P. – Hawthorne, V. M. (1987): Reliability of Health Belief Indexes: Confirmatory Factor Analysis in Sex, Race, and Age Subgroups. *Health Services Research*, 21, 6, pp. 777–793.
- WHO (2008): *Country Cooperation Strategy at a Glance: Hungary*. http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_hun_en.pdf. Letöltve: 2012. november 28.