

Csabai Márta

**A BETEGGÉ VÁLÁS FOLYAMATÁNAK
PSZICHOLÓGIAI TÉNYEZŐI**

Egyetemi doktori értekezés



Szeged, 1994

TARTALOM

BEVEZETÉS	1. oldal
I. IRODALMI ÁTTEKINTÉS	3. oldal
Kik keresik fel az orvost és miért?	4. oldal
A tünetészlelés pszichológiai folyamata	7. oldal
Személyiségtényezők a tünetészlelésben	7. oldal
Szituációs tényezők a tünetészlelésben	8. oldal
Rendszerszemléletű megközelítés:	
versengő kulcsingerek és negatív affektivitás	9. oldal
Gray pszichofiziológiai modellje	10. oldal
Kulturális tényezők szerepe a tünetek észlelésében	11. oldal
Az előzetes elvárások, beállítódás szerepe	11. oldal
A tünet jellege	12. oldal
Az orvoshoz fordulást befolyásoló tényezőkkel kapcsolatos korai megközelítések	12. oldal
Az egészségmegőrzés motivációja, mint	
az orvoshoz fordulást megelőző döntés központi tényezője	16. oldal
Az Egészséghit Modell	16. oldal
A normák és az attitűdök szerepe az egészségviselkedésben	18. oldal
Attitűdváltozás és egészség-fenyegetettség:	
a félelem szerepe	19. oldal
A betegség felvállalásának döntési mechanizmusai	21. oldal
A betegség kognitív reprezentációja és a hozzá fűződő magyarázatok	24. oldal
A betegség szociális és kulturális reprezentációi	27. oldal
A betegség szociális reprezentációi	27. oldal
Kit nevezünk betegnek?	
A laikus egészség-és betegségfogalom	29. oldal
A betegség-reprezentációk fontos összetevője:	
kontrollálható-e a betegség?	30. oldal
A betegséggel kapcsolatos attribúciók	31. oldal
Az egészség mint érték	32. oldal

Az értékek és az észlelt kontroll összefüggései	34. oldal
II. A VIZSGÁLATOK BEMUTATÁSA,	
EREDMÉNYEK	36. oldal
A vizsgálat sorozat kérdésfelvetései, hipotézisek	37. oldal
1. Az egészség-érték és az észlelt kontroll szerepe a preventív egészség-viselkedésben	38. oldal
2. A betegség-reprezentációk változásai egészséges és beteg embereknél	39. oldal
3. Az orvos felkeresése: elvárások a gyógyító szakemberekkel szemben	40. oldal
Módszerek	42. oldal
Statisztikai elemzés	45. oldal
Eredmények	46. oldal
ÖSSZEFOGLALÁS	63. oldal
III. FÜGGELÉK	65. oldal
A szerző e témához kapcsolódó publikációi	94. oldal
IV. IRODALOM	95. oldal

BEVEZETÉS

Az egészségviselkedésben szerepet játszó pszichológiai tényezők szisztematikus vizsgálata századunk orvostudományának és a pszichológiának igen jelentős, bár feszültségektől korántsem mentes kutatási területe. A feszültségek még ott is jelen vannak, ahol maguknak a pszichológiai tényezőknek a betegség kialakulásában és a betegség lefolyásában játszott szerepét, azok létezését nem kérdőjelezzik meg - a vita "csupán" ezen tényezők kimutathatóságáról, jelentőségükről, a folyamatokban való részvételük mikéntjéről zajlik.

Századunk első évtizedeiben a pszichoanalitikus pszichoszomatika elméleteinek hatására bizonyos körülírt tünetegyütteseket, betegségeket tekintettek csak "pszichoszomatikusnak", ezeknél a pszichés komponens elsősorban - és kizárólagosan - mint kiváltó tényező szerepelt. A korai - és számos jelenkori - pszichoszomatikus megközelítés egyik lényeges buktatójaként a tünetek vagy a betegség kizárólagosan pszichogenetikus felfogása említhető. Ezek a megközelítések továbbviszik a Descartes-i test-lélek szétválasztást, az egyoldalúság ugyanazon csapdájába esvén, mint a másik oldalon kritizált "szomatogén" elméletek. Az egyirányú, lineáris kauzalitást feltételező szemléletmód fellelhető a 40-es 50-es években indult stressz-kutatás modelljeiben is.

A tudományokban a 60-as 70-es években bekövetkezett fordulat, paradigmaváltás a lineáris oksági modellekről egyre inkább a rendszerszemléletű modellekre helyezte a hangsúlyt. A megjelenő tünet, annak percepciója, a betegség és az azzal való megküzdés mind egyazon rendszer egymással kölcsönös és folyamatos kapcsolatban, interakcióban levő részei. A rendszer a humán tudományokban természetesen maga az ember, a maga bio-pszicho-szociális létezésének attribútumaival.

A rendszerszemléletű megközelítés és a pszichológiában ezzel egyidejűleg zajló kognitív forradalom a beteggéválás - és általában az egészségviselkedés - vizsgálata során egyre inkább a kapcsolati és a percepció-reprezentációs kérdésekre helyezte a hangsúlyt. Az orvos-beteg kapcsolat folyamatának és részjelenségeinek vizsgálata a 80-as évektől kezdődően egyre inkább felhívta a figyelmet arra, hogy a kapcsolat igen jelentős meghatározó tényezője az az út, amit a beteg a tünettel való első találkozástól a gyógyító szakember felkereséséig megtesz. Ezt a folyamatot és a betegség - illetve az orvos-beteg kapcsolat - későbbi történéseit is átszövi, sőt jelentősen befolyásolja, hogy a beteg milyen képet alkot betegségéről (általában a betegségről) és hogyan viszonyul ahhoz, illetve milyen elvárásai, beállítódásai alakulnak ki a gyógyító szakemberekkel szemben.

Az utóbbi évtizedek egészség-viselkedéssel kapcsolatos kutatásainak főbb hangsúlyait jelentősen meghatározta egy új pszichológiai tudományterület - és egyben speciális szemléletmód - az egészségpszichológia megjelenése. A tudományszak képviselői a test-lélek problematika rendszerszemléletű megközelítését feltételezve egy új problémát helyeztek vizsgálódásaik fókuszába: az egészség-betegség kontinuumét, illetve rendszerét. Kiemelten foglalkoznak a preventív egészségviselkedéssel, hangsúlyozva, hogy az egészséges, tünetekkel még nem rendelkező személy egészséggel-betegséggel kapcsolatos nézetei, attitűdjei, értékrendszere egyazon rendszerbe tartozik a betegség kialakulásának és a betegséggel való megküzdésnek tényezőivel és az orvos-beteg kapcsolat jelenségvilágával.

Dolgozatom fő célkitűzésének e kérdéskör vizsgálatát tekintettem, a fentebb említett folyamatok közül arra a történéssorra koncentrálva, ami az orvosi rendelőn kívül - az orvossal való találkozást megelőzően -, a betegszerep tényleges felvállalásáig zajlik.

A dolgozatban bemutatott vizsgálatok azon kutatási program(ok) részei, mely(ek)ben a SZOTE Dr. Molnár Péter vezette csoportja tagjaként 1989 óta veszek részt. A dolgozatban bemutatott eredmények háttéréül szolgáló adatfelvételben és az adatok feldolgozásában munkatársam volt Molnár Judit pszichológus és (akkor még szigorló orvosként) Dr. Anna Lucinska. A statisztikai elemzést Dr. Boda Krisztina végezte. Témavezetőm, Molnár Péter professzor mellett nekik is köszönettel tartozom.

I. IRODALMI ÁTTEKINTÉS

Kik keresik fel az orvost és miért?

Sokak számára furcsának, talán indokolatlannak is tűnhet a címben szereplő kérdés, hiszen a civilizált országokban, ahol magas színvonalú az orvosi ellátás és széles körben hozzáférhetőek a megfelelő egészségügyi ismeretek is, a válasz látszólag magától értetődő: azok mennek orvoshoz, akik betegnek érzik magukat.

A valóságban a helyzet korántsem ilyen egyszerű. Nemzetközi felmérések egybehangzóan utalnak arra, hogy azok közül, akik valamilyen **tünetet észlelnek** maguknál, **kevesebb, mint 30 százalék** fordul orvoshoz. Azok az emberek pedig, akik **betegnek vallották** magukat az észlelt tünetek alapján, **40 százalékban** kérik szakember segítségét. (Taylor, 1986.)

Bishop (1984) egészséges sorkatonák csoportjában végzett felméréseket az észlelt tünetek és az orvoshoz fordulás összefüggéseit vizsgáló. A katonák 20 százaléka legalább napi 1 tünetről beszámolt a vizsgálat során, azonban csak kevesebb mint 8 százalékban fordultak segítségért észlelt tüneteikkel.

Ehhez hasonló eredményeket tükröz az a vizsgálat is, amit Angliában végzett egy egészségpszichológus kutatócsoport (**Scambler, Scambler és Craig 1984**). 79 orvosi kezelés alatt *nem* álló nőt kértek meg - 16-44 éveseket -, hogy 6 héten át vezessenek egészségükkel kapcsolatos naplót, és pontosan jegyezzenek fel minden észlelt tünetet. Már a vizsgálat első részeredménye is figyelemreméltó: csak egy olyan nő volt, aki teljes panaszmentességről számolt be a 6 hét alatt. Az egészségnaptárban megjelenő főbb panaszokat, azok összes előfordulását (napokban), és a tünetekkel való orvoshoz fordulás arányát az 1. ábrán láthatjuk:

Tünet	Összes előfordulás	Orvoshoz fordulás aránya
Fejfájás	180	1:60
Enerváltság, Fáradtság	109	-
Idegesség, depresszió	74	1:74
Végtag és izomfájdalom	71	1:18
Menstruációs fájdalom	69	1:10
Gyomorpanaszok	45	1:11
Hátfájás	38	1:38
Megfázás, nátha	37	1:12
Torokfájás	36	1:9
Álmatlanság	31	1:31
Egyéb	173	1:8
Összes	863	1:18

1. ábra Az orvos megkeresése az észlelt tünetek arányában (Scambler és Craig, 1981 után)

Ha szemügyre vesszük a felsorolt tüneteket, azt mondhatjuk, hogy ezek nem feltétlenül utalnak súlyos betegségekre, a súlyos problémákkal pedig inkább elmennek az orvoshoz az emberek. Bizonyos mértékig van ilyen tendencia, de sajnos számtalan olyan esetről tudunk, ahol a betegség jól reagálna a kezelésre, de a beteg mégsem kér orvosi segítséget. Amikor aztán a tünetek zavaróvá, fájdalmassá vagy ijesztővé válnak az illető számára - és végül felkeresi az orvost - gyakran találja magát szemben annak értetlenségével, nem egyszer haragjával. Sok beteg hallotta már orvosától, hogy "Korábban kellett volna jönni!", és "Nem tudja, hogy az ilyesmit kezelteni kell?", vagy "Magának nem kedves az egészsége?".

A megszeppent vádlott - aki egyben áldozat is - általában maga sem tudja pontosan megfogalmazni a késelelem okát, csak azt érzi, hogy az orvos nem érti meg őt, nem

tanúsít együttérzést. A kapcsolat nagy valószínűséggel sérül már ezen a ponton. Előfordulhat, hogy a beteg nem bíz az orvosban, nem alakul ki köztük őszinte kommunikáció, és így együttműködésük sem lesz megfelelő. Nagyon fontos ezért, hogy az orvos ismerje a választ a miértekre, tudja, hogy milyen utat járt végig a beteg az orvosi rendelő felkereséséig.

Az elmondottak ismeretében paradoxnak tűnik, hogy az orvosok nagyon gyakran panaszkodnak arról, hogy betegeik egy része feleslegesen keresi fel őket. "Nincs semmi bajuk, csak nem akarnak dolgozni", "eltűlozzák a problémákat", "beképzelik, hogy betegek, hypochonderek". Erre vonatkozóan a legérdekesebb adattal **Cummings (1986)** szolgált, aki összefoglaló tanulmányában arra utalt, hogy az orvoshoz fordulás hátterében az esetek 60 százalékában nincs kimutatható testi betegség, a tünetek hátterében pszichés problémák, esetleg kórfolyamatok rejlenek, ezeket pedig általában -részben joggal- az alapellátás orvosai nem tekintik saját kompetencia-körükbe tartozóknak. **Cartwright és Anderson (1984)** családorvosokat kérdezett arról, hogy a hozzájuk forduló betegek hány százalékánál érezték, hogy "indokolatlanul" keresték fel őket. A megkérdezett orvosok szerint 24(!) százaléknak a jelentkezése "felesleges" volt. Az elsőként említett adatok tehát arra utalnak, hogy bizonyos értelemben nem megfelelő az egészségügy kihasználtsága, az emberek nem élnek lehetőségeikkel. Másrészt viszont a tapasztalatok és a kutatások ennek az ellenkezőjét is alátámasztják, azaz azt igazolják, hogy "feleslegesen" is igénybeveszik az orvosi ellátást. Az orvosok közül sokan ez utóbbival magyarázzák túlterheltségüket.

Hol van tehát az igazság? Nem a "megfelelő" betegek kerülnének orvoshoz? A kérdést nem tehetjük fel így. Le kell szögezni, hogy még azok a betegek is, akik látszólag indokolatlanul keresték fel az orvost, *valamit várnak tőle* - és épp tőle. Minden esetben van annak oka, hogy a beteg orvoshoz fordul, csak valamilyen kommunikációs vagy kapcsolati probléma miatt ez rejtve marad. Az orvosnak feladata, hogy feltárja, milyen problémát hozott a beteg. Ugyanígy számos oka lehet annak is, ha valaki nem kezelteti valamilyen betegségét, vagy későn fordul orvoshoz. Befolyásolhatja ezt a tünetek értékelése, az azokhoz tapadó szorongás, az orvossal vagy az egészségüggyel kapcsolatos bizonytalanság. Az alábbiakban ezeket a tényezőket részletezzük.

A tünetészlelés pszichológiai folyamata

Akik felkeresik az orvost problémáikkal (amint korábban jeleztük, a tüneteket észlelők 30-40 százaléka), általában betegnek tekintik magukat, tüneteiket valamilyen kórfolyamat jelzéseként értelmezik. Az alábbiakban azokat a pszichológiai tényezőket összegezzük, amelyek szerepet játszanak a megjelenő panasz kórjelző tünetként való definiálásában.

Ha az emberek egészségesek, általában nem figyelnek szívritmusukra, légzésükre és főleg belső szerveik működésére. Ezeket többnyire csak úgy érzékelik, ha zavar áll be a normális működésben, de akkor is főleg a **tünetek szubjektív megélése** révén. Testi működéseinkhez való hozzáférhetőségünk meglehetősen korlátozott, így sok lehetőség adódik arra, hogy ha valaki valamilyen tünetet észlel magánál, azt különböző módokon értelmezhesse.

A tünetek **felismerésének** és **értelmezésének** folyamatát nevezzük tünetészlelésnek. Ez a funkció nagy egyéni variációkat mutat az embereknél. Már abból a szempontból is jelentős a változatosság, hogy valaki mit tekint tünetnek. Vannak olyanok, akik súlyos, nyilvánvalóan kezelésre szoruló problémák fellépése esetén is látszólag úgy élnek tovább, mintha mi sem történt volna, mások viszont a legkisebb probléma jelentkezésekor ágnak dőlnek. Bizonyos kutatók ezt stabil személyiségtényezőkkel magyarázzák, más megközelítések pedig a szituációs tényezők szerepét hangsúlyozzák. Fontos megjegyezni, hogy bár mindkét irányzat jelentős adalékokkal járult hozzá a tünetészlelés - és az egészségviselkedés - folyamatainak feltárásához, lineáris jellegük miatt sokszor érte őket az egyoldalúság vádja.

Személyiségtényezők a tünetészlelésben

Azok az emberek, akik többet foglalkoznak saját magukkal - testi folyamataikkal, érzelmeikkel és reakcióikkal -, gyorsabban és könnyebben észlelik tüneteiket is, mint azok, akik inkább a külvilágra orientáltak (**Pennebaker és Brittingham, 1982.**). Ennek példája lehet a hipochondriára hajlamos, vagy a szenzitizátor, a külső ingerek felerősítésére hajlamos személyiség (**Molnár, 1990.**). Az izoláltan élők, a kevés elfoglaltsággal rendelkezők, vagy azok, akiknek munkája unalmas, odafigyelést nem igénylő, általában több panasszal rendelkeznek, mint akik tevékeny életet élnek, van családjuk, és a munkájuk is érdekes. Jó példája ennek az A-típusú viselkedés, ami az állandóan "időprésben" levő, teljesítményorientált, versengő emberekre jellemző, akik



"nem engedhetik meg maguknak", hogy betegek legyenek, így kevésbé érzékenyen reagálnak a tünetekre. (Carver, Coleman és Glass, 1976; Weidner és Methews, 1978). Érdekes megfigyelés azonban, hogy ezek az emberek szabadidejükben több tünetről számolnak be, mint a B-típusúak, akikre az jellemző az A-típusúakkal szemben, hogy képesek a munkát abbahagyni, ha úgy érzik, hogy fáradtak, netán betegek (Skelton és Pennebaker, 1978).

Szituációs tényezők a tünetészlelésben

-A stressz szerepe

Egyre több biokémiai, immunológiai és pszichológiai bizonyítékot találnak arra vonatkozóan, hogy az élethelyzeti stressz és a betegségek között összefüggés van. Ennek az összefüggésnek része az is, hogy amikor valaki sok megoldatlan problémával van körülvéve, úgy érezheti, hogy a betegségeknek is jobban ki van szolgáltatva, védtelenebb azokkal szemben. Ezért jobban oda fog figyelni testének figyelmeztető jelzéseire (Mechanic, 1980).

Más megközelítések szerint a stresszhelyzet egyik megoldása lehet a "betegségbe menekülés", ezért előfordulhat, hogy valaki mintegy "keresi" a tüneteket, hogy mentesüljön egyéb problémái alól.

-Aktuálisan érvényesülő hatások

A figyelem irányát a rövid ideig fennálló, változó szituációk is befolyásolják. Megfigyelték például, hogy moziban általában akkor köhögnek, köszörülnek a torkukat, tüszöztelenek az emberek, amikor kevésbé érdekes része megy a filmnek (Pennebaker, 1980). Ez is azt jelzi, hogy unalmasabb helyzetekben, amikor kevésbé érik külső ingerek az embert, hajlamosabb figyelmét saját magára irányítani, és gyorsabban észrevenni a testi jelzéseket.

-Az előzetes tapasztalatok

Hogy egy zavaró jelenséget tünetként értékelünk-e, nagyban meghatározott azáltal, hogy milyen *előzetes tapasztalataink* vannak. Ha valakinél régóta visszatérően jelentkezik valamilyen tünet, kevésbé tulajdoníthat neki jelentőséget, mint az, aki először találkozik vele, és számára a tünet esetleg riasztó lehet, ezért súlyosabbnak értékeli.

Az előzetes tapasztalatok ellenkező értelemben is befolyásolhatnak. Ha az illetőnek a tünethez kapcsolódóan negatív élményei voltak, akkor újbóli jelentkezésekor a személy azt mint veszély-jelzést értékelheti (**Leventhal, Nerenz és Strauss, 1980**).

Rendszerszemléletű megközelítés: "versengő" kulcsingerek és negatív affektivitás

Bizonyos szempontból a fentiek bizonyító erejű összefoglalásának, másrészt pedig egy új, dinamikus megközelítésnek tekinthető **Pennebaker (1991)** tanulmánya, aki a tünetészlelés folyamatában a figyelem irányát (külvilágra ill. saját testre való irányultság) és a stressz szerepét összekapcsoló modelljében a negatív affektivitás mint közvetítő változó szerepét hangsúlyozza, tehát modelljében egyszerre szerepeltet szituációs- és személyiségtényezőket.

A negatív affektivitás (NA) a neuroticizmus, vonás-szorongás, pesszimizmus és általános alkalmazkodásképtelenség szinonimájának tekinthető. Szoros kapcsolata van az introverzióval. Ennek dimenzionális ellentéte a pozitív affektivitás (PA), melynek fő attribútumai az energia és lelkesedés, az örömszerzési képesség. A negatív affektivitás mintájára ennek a faktornak az extraverzióval van szoros kapcsolata (**Tellegen, 1985.**). A pozitív/negatív affektivitás mint személyiségdimenzió egyaránt mérhető mint stabil személyiségfaktor és mint állapotjelző tényező.

Watson és Pennebaker (1989) a negatív és pozitív affektivitás és a tünetészlelés kapcsolatát vizsgáló kutatásaikban világosan rámutattak a NA általános, nonspecifikus kapcsolatára a tünetek jelzésével. Első megközelítésben ez az ún. pszichoszomatikus hipotézist támasztaná alá, mely szerint pszichológiai problémák testi betegségekből fejeződhetnek ki (**Alexander, 1950**). Ezzel, a klasszikus pszichoszomatikus irányzat képviselői által megfogalmazott tétellel azonban szembeállítható az a megközelítés, mely szerint az egészséggel kapcsolatos problémák maguk is okozhatnak pszichés

konfliktusokat, így például negatív affektivitást. Ilyen értelemben tehát nem eldöntött a kauzalitás iránya. Az idevonatkozó kutatások (**Costa és McCrae, 1985, 1987; Watson és Pennebaker, 1989.**) igazából egyik hipotézist sem támasztják alá. A negatív affektivitás mint stabil személyiségdimenzió nem kapcsolódik konzisztens módon sem a rizikóviselkedéshez, sem a diszfunkcionális illetve pathológiás állapotokhoz. A probléma a fentiek alapján egyirányú kauzalitást feltételező, lineáris modellekkel nem oldható meg. Valószínűnek látszik, hogy az adatok egy harmadik, dinamikus megközelítést, az ún. tünetészlelési hipotézist támasztják alá. A megközelítés lényege, hogy a negatív affektivitás a panaszokhoz kapcsolódik, nem pedig az aktuális egészségi állapothoz. Feltételezhető tehát, hogy a magas NA értékkel rendelkező személyek inkább beszámolnak tüneteikről, bizonyos esetekben akár el is túlozva azokat.

Gray pszichofiziológiai modellje

A tünetészlelési hipotézis mechanizmus szintű elemzéseként szolgálhat **Gray (Gray, 1982, 1985)** modellje, mely a viselkedéses gátló rendszer (BIS - Behavioral Inhibition System) központi szerepét hangsúlyozza a tünetészlelésben. **Gray** szerint a magas negatív affektivitással rendelkező emberek viselkedéses gátló rendszere túlaktivitást mutat, ezeket a személyeket hipervigilancia jellemzi, állandóan scannelik a környezetüket. Így könnyebben észreveszik az enyhébb tüneteket is, és ezeket nagyobb valószínűséggel tekintik pathológiásnak, ugyanis az ellentmondó ingereket hajlamosak negatívnak vagy fenyegetőnek értékelni (**Watson és Clark, 1984.**). A modell tehát bizonyítékaul szolgál annak a - fentiekben már megfogalmazott - feltevésnek, hogy a negatív affektivitás mint személyiségvonás egyaránt befolyásolja a panaszokat és az észlelt stresszt, sőt hogy a stressz és a tünetképződés közötti korrelációk részben vagy egészben a mindkét tényezőt átfedő NA komponenst tükrözik (**Watson és Pennebaker, 1991.**). Mindezek ismételtén azt húzzák alá, hogy a tünetészlelés pszichológiai folyamatainak mélyebb megértéséhez multikauzális, dinamikus modellekre van szükség, melyekben pontosan megfogalmazott a közvetítő változók szerepe, és szükség van a jelenségek időbeli és szituációk szerinti változásainak ismeretére is.

Kulturális tényezők szerepe a tünetek értékelésében

A tünetek észlelésében és értékelésében tehát szerepet játszhat az is, hogy az adott tünet *mennyire gyakori* valaki környezetében, illetve hogy az adott szociális közegben *mennyire tekintik súlyosnak*. Ez változhat országonként-kultúránként és a szociális helyzet szerint is. A kulturális különbségek tünetészlelésben játszott szerepét **Zborowski (1952)** leírása alapján ismerjük, aki egy New York-i kórházban figyelte meg különböző (zsidó, olasz, ír) bevándorló és "eredeti" amerikai családokból származó betegek fájdalomra adott reakcióit. Míg a zsidó és olasz családokból származó betegek erős érzelmekkel reagáltak a fájdalomra, néha a külső szemlélő számára "eltúlozva" azt, az "amerikaiak" sztoikusabbnak és "objektívebbnek" tűntek, az írek pedig "összeszorított foggal tűrték" és gyakran negálták a fájdalmat. A másik igen jelentős különbség az volt, hogy míg az olasz származású vizsgálati személyek elsődlegesen a fájdalomtól való megszabadulásra törekedtek, és meglehetősen elégedettek voltak, amikor ez bekövetkezett, a zsidó családokból származó betegek főleg a fájdalom jelentésével, illetve annak az egészségi állapotukat és jövőbeni helyzetüket befolyásoló konzekvenciáival foglalkoztak. A jelenség okait a páciensek élettörténete alapján elemezve **Zborowski** azt találta, hogy az olasz és zsidó származású betegek szülei - elsősorban az anyák - fokozott aggodást és érzelmi odafordulást tanúsítottak gyermekeik panaszaival kapcsolatban. Ez különösen a zsidó családokat jellemezte, ahol az anyák túlvédő magatartást tanúsítottak gyerekeikkel kapcsolatban, kialakítva magukban, hogy nem csak a fájdalom legkisebb jelzése, hanem a gyerek viselkedésének a megszokottól való bármely eltérése is a betegség jeleként értelmeződhet, így a gyerek hajlamossá válik arra, hogy - mintegy modellkövető módon - szorongást éljen meg ezekkel a megnyilvánulásokkal kapcsolatban. **Zborowski** értékelése szerint ez a viszonyulás akár egész életén is végigkísérheti az illetőt.

Az előzetes elvárások, beállítódás szerepe

Az *elvárások* szintén befolyásolják, hogy valaki mit tekint tünetnek. Hajlamosak vagyunk "felerősíteni" azokat a tüneteinket, melyekre előzetesen számítottunk. Ennek egyik példája lehet, hogy a nők inkább tulajdonítják idegességüket a menstruáció előjelének (a praemenstruációs szindróma tünetének), ha tudják, hogy közeledik a periódus, mint egyéb időszakokban. Ennek ellenpéldájaként sportolóknál vagy játszótéren a játékba belefeledkezett gyerekeknél gyakran csak akkor derül ki a sérülés, amikor a

pályáról lejönnék, illetve a játékot abbahagyják. (Előfordul az is, hogy még ilyenkor sem, csak ha valaki figyelmezteti őket erre.) Korábban "nem vesznek róla tudomást", nem szerepel "elvárásaik" között, hiszen akkor abba kellene hagyniuk (vagy el sem kellene kezdeni) a játékot.

A tünet jellege

Fontos befolyásoló szerepe van az *adott tünet jellegének* is. Súlyosabbnak tekintik az emberek azokat a tüneteket - és hamarabb is reagálnak rájuk - ha azok "értékesebb" szerveket érintenek: az arcot, szemet, egyéb érzékszerveket; vagy azokat, amik mozgást korlátozó hatással rendelkeznek, illetve nagyobb fájdalommal járnak.

A tünetek felismerése és értékelése a "**laikus diagnózis**" megalkotásához vezet. Az emberek ehhez igénybeveszik mindazokat a magyarázatokat, melyeket saját maguk és családtagjaik, ismerőseik szolgáltatnak. Ezt a folyamatot **Freidson (1961)**, amerikai szociológus írta le. A laikus diagnózisalkotás során a beteg először környezete tagjaihoz fordul panaszával, akik azt véleményezik: "A lányomnak is volt ilyen baja, de aztán elmúlt. Nem csináltunk vele semmit." "Szerintem gyomorfekély lehet, épp tegnap olvastam róla az újságban. Majd megmutatom." Sokszor terápiás javaslatot is tesznek: "Igyál sok citromos teát, vedd be Kalmopyrint, és fekj le. Holnapra jobban leszel."

Miután a beteg készen van a diagnózissal, eldönti, hogy orvoshoz fordul-e. Ahogy a fejezet bevezetőjében bemutattuk, az embereknek csak mintegy 30-40 százaléka teszi ezt. Mi lehet az oka annak, hogy a többiek öngyógyítással vagy egyéb úton próbálják megszüntetni a panaszaikat, és milyen döntési folyamat végeredménye az, hogy valaki mégis orvoshoz fordul?

Az orvoshoz fordulást befolyásoló tényezőkkel kapcsolatos korai megközelítések

Az eddig elmondottak alapján az orvosnak a következő kérdéseket kell elsőként feltennie, ha egy beteg problémájáról gondolkodik: Miért jött a páciens? Miért éppen most?

Az egészségviselkedés vizsgálatában ma már klasszikusnak számító kutatók (**McKinlay, 1972; Wolinsky, 1978, Zola, 1973**) a válasz megalkotása során az orvoshoz fordulást befolyásoló jelentősebb tényezőket próbálták csokorba szedni. Céljuk az volt, hogy elkülönítsék azokat a független változókat, amelyek közvetlen vagy indirekt

kapcsolatban állnak az egészségviselkedéssel. Ennek értelmében az egyes faktorok elkülönítése után lehetőség adódna az egészségviselkedés megváltoztatását célzó intervenciós stratégiák kidolgozására is. Az irányzat meglehetősen sikereket ért el, és szinte egyeduralkodó volt a 60-as 70-es években, annak ellenére, hogy a képviselői által körülhatárolt, az egészségviselkedésben és beteggéválásban szerepet játszó tényezők és a viselkedés kapcsolatát egyszerű ok-okozati modellekben írták le (**Bishop, 1991**). A tradicionális megközelítés által megfogalmazott tényezők az alábbiakban foglalhatók össze:

-Gazdasági tényezők

Még a legjobb szociális védőhálóval rendelkező országokban is fontos szerepe van annak, hogy valaki milyen egészségügyi szolgáltatást tud megfizetni. Az anyagi helyzet hatással van arra is, hogy mennyire tud az illető egészségesen élni, diétázni, sportolni. Ez a jelenség természetesen csak a többi befolyásoló tényezővel való összefüggésében értelmezhető, hiszen tudjuk, hogy az egészséges életmód, vagy a betegségek megelőzése nem kerül több pénzbe, sőt végső soron olcsóbb, mint a későn felismert betegség kezelése, vagy bizonyos élvezeti cikkek fogyasztása. Mindezek ellenére az anyagi helyzet - olyan közvetítő tényezőkön keresztül, mint az élethelyzeti stresszek, az értékrend, önfogadás, az információk elérhetősége - szoros összefüggést mutat az orvoshoz fordulás gyakoriságával (**McKinlay, 1972**).

-Demográfiai faktorok

Az életkor, a nem és az iskolázottság tartoznak ide. **McKinlay (1972)** összegzése szerint gyakrabban fordulnak orvoshoz az idősek, a gyerekek, a nők és a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők. Az **idősebbek** esetében az orvoshoz fordulás gyakoriságát a krónikus betegségek előfordulásának nagyobb valószínűsége, a **gyerekeknél** pedig a gyakori gyermekbetegségek indokolják, illetve az, hogy a szülők, - érezve a felelősséget - többnyire felkeresik az orvost, ha tüneteket észlelnek gyermekükénél. Tény, hogy a köztes korosztályok tagjainál általában ritkább a betegségek előfordulása, azonban a statisztikai felmérések nem igazolják, hogy az orvoshoz fordulás alacsonyabb gyakorisága csak ebből a tényezőből adódna. Sokkal inkább arról van szó, hogy az **aktív korosztályokba** tartozók számára a *betegség kevésbé elfogadható*, mindennapi tevékenységüket, képüket, céljaikat sok szempontból zavaró tényező. Ennek tudható be, hogy kevésbé "veszik észre" tüneteiket, hajlamosak csak akkor orvoshoz fordulni, ha az már valóban elkerülhetetlen. A nemek szerinti különbség egyrészt abból adódik, hogy

a **nők** a menstruáció, a terhesség, a szülés - és gyerekeik egészsége - miatt többet foglalkoznak testi állapotaikkal, jobban megtanulják az azokra való odafigyelést. A másik befolyásoló tényező, hogy a nők általában kevésbé traumatikusan élik meg - jobban el tudják fogadni -, hogy betegek. Számukra ez az esetleges "gyengeség" - vagy "csökkentértékűség"-érzés nem feltétlenül veszélyeztető az énképre nézve, mint a férfiak esetében. Az iskolázottság vonatkozásában az mondható el, ami az anyagi helyzettel kapcsolatban. Ez a tényező is szorosan összefügg más szociális-demográfiai faktorokkal. A **magasabb iskolázottságú** emberek általában több információval rendelkeznek a betegségekről, arról, hogy hova lehet ezekkel fordulni, könnyebben tudnak az orvosokkal kommunikálni, és általában jobb anyagi helyzetben is vannak, mint kevésbé iskolázott társaik.

-Földrajzi közelség-távolság

Fontos tényező, hogy valakinek a lakóhelyén milyen egészségügyi ellátás áll rendelkezésre, mennyit kell utaznia bizonyos szolgáltatások igénybevételéhez (**McKinlay, 1972**). Az orvoshoz fordulás mindig erőfeszítést igénylő folyamat, hiszen a beteg részéről jelentős szorongással jár a panaszok feltárása, az esetleges kellemetlen vizsgálatok, a munkából való kiesés, és egyéb negatív következmények elővételezése.

Bizonyos elméletek szerint (mint az **Egészséghit Modell**, lásd később) cselekvéseink megkezdése - így az orvos felkeresése - előtt mérlegeljük a **cselekvés "árát"**, azaz a befektetett energiát, és a cselekvés következtében várható **előnyöket**. Ennek értelmében minél jelentősebb befektetést igényel az orvoshoz fordulás, annál inkább biztosnak kell lennünk abban, hogy "megéri", azaz az orvos meg fog bennünket hallgatni, meg tudja állapítani, mi a bajunk, és segíteni is fog. Ilyen értelemben ha az orvoshoz más városba kell utazni, ehhez időt, pénzt, plusz energiát kell befektetni, a bemutatott egyensúlyi modell alapján a távolság arányában csökken az orvos felkeresésének valószínűsége.

A fent bemutatott szocio-ökonómiai tényezők sokszor együttesen, egymást befolyásolva jelentkeznek, és fejtik ki hatásukat. Együttes negatív előfordulásuk esetén szoktunk az egészségmagatartás szempontjából "halmozottan hátrányos helyzetről" beszélni. E hátrány olyan tényezőkben jelenik meg, mint az egészségmegőrző viselkedés, az orvoshoz fordulás, és az ezek függvényeként alakuló általános egészségi állapot.

-Kulturális faktorok

A különböző kultúrákban jellemző értékrendszer, hiedelmek és az életmód jelentős szerepet játszanak az egészségviselkedésben **(Zola, 1973)**. Orvosi antropológiai vizsgálatokból tudjuk, hogy például Mexikóban a köhögést önmagában véve nem tekintik betegség jelzésének, sokszor még akkor sem, ha az bronchitises vagy aszmás jellegű. Görögországban a trachoma - a szem gyulladásos megbetegedése - nem sorolódik a kezelendő betegségek közé, míg más országokban ezekkel a tünetekkel orvoshoz fordulnak az emberek. Megint más országokban a bélférgek megjelenését a normális működés jelének tekintik, egészséghitük szerint azok segítik az emésztést. A szociális tényezők hatását bizonyítja az az Angliában végzett megfigyelés, mely szerint az alacsonyabb társadalmi helyzetű nők nem fordulnak orvoshoz lumbágós fájdalmaikkal, azokat az élet velejárójának tekintik, míg ugyanezekkel a panaszokkal magasabb szocioökonómiai rétegbe tartozó társaik felkeresik az orvost. **(Zola, 1966.)**

A tradicionális irányzat képviselői szerint az eddigiekben felsorolt háttértényezők egymást kiegészítve és feltételezve vannak jelen minden egyes betegnél. Amint arra már utaltunk, a korai elméletalkotók lineáris modellekben gondolkoztak, kevés figyelmet szentelve a szóbanforgó folyamatok dinamizmusának. A megközelítés vitathatatlanul fontos gyakorlati implikációja azonban, hogy segít az orvosoknak pontosabban megfogalmazni az egyes befolyásoló tényezők jelentését, ami nagyban megkönnyítheti a beteg jobb megértését, és a pozitív orvos-beteg kapcsolat kialakítását.

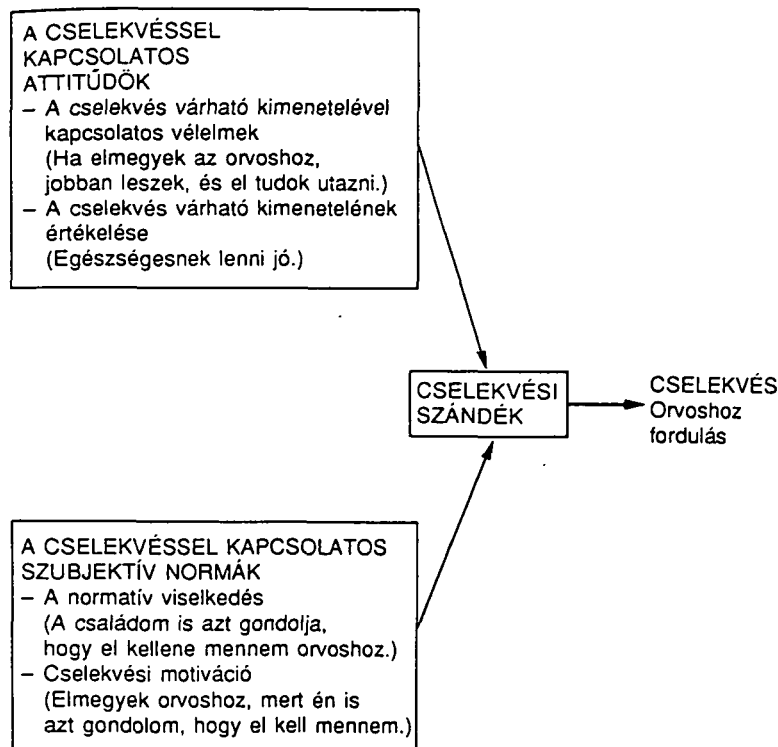
összhangban abból indultak ki, hogy a személy viselkedése nagyban függ az elérendő cél értékelésétől, és a cél elérésének előzetes felmérésétől. Konkrétan arról van szó, hogy egy bizonyos cselekvés (jelen esetben az orvoshoz fordulás) az *észlelt fenyegetés* vagy veszély és a fenyegetés csökkentéséből származó *előnyök* eredőjeként jön létre. A cselekvés valószínűségének megállapításához figyelembe kell venni még a cselekvés korlátait vagy *"árát"* is. A betegség-magatartás vizsgálatokor felmerülő első kérdés mindenképp az, hogy miként viselkedik a tünetekkel rendelkező személy, és miért épp ezt a viselkedést tanúsítja. Az Egészség-hit Modell tulajdonképpen a lehetséges cselekvések valószínűségét teszteli. A modellt eredetileg kifejezetten a preventív egészségviselkedés jóslására hozták létre, azonban számos esetben alkalmazták akut vagy krónikus betegek viselkedésére is. A modell szerint ahhoz, hogy valaki orvoshoz forduljon, és együttműködjön vele

- rendelkeznie kell bizonyos tudással az egészségről, és motiválnak kell lennie, hogy egészségét megőrizze,
- feltételeznie kell, hogy ő is megbetegedhet,
- tisztában kell lennie azzal, hogy a betegségnek következményei lehetnek,
- hinnie kell a kezelés hatékonyságában,
- a kezelés *"árát"* elérhetőnek kell tartania.

őhatatlanul felmerül itt a kérdés, hogy *valóban* végeznek-e ilyen kalkulációkat az emberek a tünetek észlelésekor. A másik probléma az, hogy nem lehet pontosan tudni, miként vesznek részt a különböző változók a viselkedés bejósolásában. **Stone (1979)** szerint a modell sokkal inkább relatív, mint kvantitatív jóslásokra képes. **Janz és Becker (1984)** 24. az Egészség-hit Modell alkalmazásával készült vizsgálatot összegezve megállapítják, hogy a viselkedés legjobb előrejelzői a cselekvés korlátai, az észlelt fenyegetettség szerepe azonban nem bizonyított. Tanulmányuk végkonklúziója meglehetősen pesszimista: "számításba véve az eddigi vizsgálatokat, nem túl valószínű, hogy sok fontos új információhoz juthatunk még" (**Janz és Becker, 1984., 45. o.**). A modell további kritikájára a későbbiekben még visszatérünk. Vitathatatlan érdeként azonban mindenképp meg kell jegyezni, hogy fontos adalékokkal járult hozzá az egészségviselkedés döntési aspektusainak leírásához.

A normák és attitűdök szerepe az egészségviselkedésben

Két másik - ugyancsak amerikai - kutató, **Ajzen és Fishbein (1980)** olyan modellt dolgoztak ki, mely egyaránt figyelembe veszi az egyén viselkedéssel kapcsolatos attitűdjeit és a társas környezet hatását, mint a viselkedéses szándék fontos előrejelzőit. A modell szerint az egészségviselkedés (orvoshoz fordulás) egyenes következménye a **viselkedési szándéknak**. Ez a korábban már említett két összetevőből áll: a cselekvéssel kapcsolatos **attitűdökből** és azokból a **szubjektív normákból**, amik a cselekvés helyességére vonatkoznak. Az attitűdök a cselekvés várható kimenetelét illető *vélelmek* és *értékelések* összességének tekinthetők. A szubjektív normák pedig egyrészt azt jelzik, hogy az illető mit gondol, mi lenne a helyes viselkedés, másrészt azt, hogy *motivált-e* arra, hogy ezeket a normákat kövesse. A két komponens relatív előfordulási aránya a szóbanforgó viselkedés típusától függ. A modellt a 3. ábrán egy példa segítségével illusztráljuk.



3. ábra A normatív egészségviselkedés modellje (Taylor, 1986 után)

Bár az Ajzen-Fishbein modell a cselekvések széles körének jóslására alkalmas, meglehetősen korlátozott az egészségviselkedéssel kapcsolatos vizsgálatok köre (Marteau, 1989.).

Az **Ajzen-Fishbein** elméletnek kétségtelen előnye a **Becker és Rosenstock**-féle Egészséghit Modellel szemben, hogy figyelembe veszi a környezet befolyásoló hatását is, tehát azt, hogy az emberek egészségmagatartással kapcsolatos döntéseiket nem steril közegben hozzák. A döntési folyamatban szerepet játszik az is, hogy az adott kulturális-szociális keretek között mi a tünetek észlelése után elvárt viselkedés.

A két modell jó kiegészítője lehet egymásnak az orvoshoz fordulás tényezőinek magyarázatakor, azonban mivel elsősorban a kognitív tényezők és a viselkedés közötti kapcsolatokra koncentrálnak, figyelmen kívül hagynak egy igen jelentős szempontot: a kogníciók és pszichológiai állapot közötti összefüggéseket (Marteau, 1989.).

Attitűdváltoztatás és egészség-fenyegetettség: a félelem szerepe

Az attitűdváltozással kapcsolatos megközelítések alapfeltevése az, hogy ha valaki meggyőződhet a viselkedésváltozás szükségességéről, az lépéseket is tesz az adott irányba. Az ezen a területen folyó kutatások a félelemkeltést tekintették a meggyőzés egyik alapvető eszközének. Ennek kezdeteit jelentette a freudi félelem-dinamika operacionalizálása (Dollard és Miller, 1950; Taylor, 1953), és az elkerülő-menekülő viselkedés motivációjával kapcsolatos vizsgálatok (Janis és Feshbach, 1953). A meggyőzéssel kapcsolatos elméletek általában a félelmi arousal optimális szintjével operáltak (ld. Leventhal, 1970 összefoglalóját) A hétköznapi logika azt diktálná, hogy minél inkább fél, szorong valaki valamely viselkedés következményeitől, annál inkább hajlamos ezt a viselkedést csökkenteni, vagy megszüntetni. A kutatások azonban nem tudtak ilyen egyértelmű összefüggést alátámasztani. Azt találták, hogy a túlságosan magas félelmi arousal nem teszi lehetővé, hogy az egyén a viselkedésváltozással kapcsolatos információt befogadja. A nagyfokú szorongás már a megértés szintjén erős gátló hatást fejthet ki - a túlzott szorongás ellen életbeléptetjük védekező mechanizmusainkat (Janis, 1967) A fenyegető információra adott válaszlépések a megnövekedett szorongásra adott reakcióknak tekinthetők, nem pedig a meggyőzés eredményének. Gyakran hárítjuk el a félelemkeltő közlést azzal, hogy "ami mással

megesik, nem szükségszerű, hogy velem is megtörténjen", vagy "vannak veszélyesebb dolgok is az életben, mint elszívni naponta néhány cigarettát". A kutatások alapján úgy tűnt tehát, hogy a félelem szintje és a viselkedésváltozás közötti összefüggés a fordított U-alakú görbét követi, azaz létezik a félelmi arousalnak egy optimális foka, ahol a legvalószínűbb a viselkedésváltozás. Ezt támasztja alá **Janis és Feshbach (1953)** vizsgálata, akik főiskolai hallgatóknak prezentáltak alacsony, közepes és magas szorongást kiváltó információkat a fogmosás elhanyagolása és a fog-és ínybetegségek előfordulása összefüggéseiről. Várakozásuknak megfelelően azt kapták, hogy az információ-adást követően a közepes /optimális/ félelmi arousalt létrehozó közlést kapó csoport számolt be a fogápolási szokások terén bekövetkezett legpozitívabb változásról.

A korai vizsgálatok sokatígérő sikerei után hamarosan kiderült, hogy a félelem által motivált viselkedésváltozás rövid életű. Átlagosan egy-két hét után eltűnik a változás az attitűdök és a viselkedés vonatkozásában is (**Leventhal és Niles, 1964; Kornzweig, 1967.**). A félelemkeltésen alapuló meggyőzés kiválthatja azt a - nem várt - hatást is, hogy az illető kerülni fogja a szorongást kiváltó helyzeteket: nem megy el szűrővizsgálatra, vagy elzárkózik a további egészségügyi információk befogadásától.

Ha a félelmi arousal célja attitűd-és viselkedésváltozás, a hosszútávú siker érdekében szükség van arra, hogy a félelemkeltés mellett olyan cselekvési alternatívákat is kell adni, melyeknek elemei jól begyakorlottak, és beleilleszkednek a megszokott napi aktivitásba (**Meichenbaum, 1974.**) A berögzült szokások megváltoztatása rendkívül nehéz, és ha valakinek kiesik valamilyen tevékenysége, vagy megszűnik egy örömforrása, azt pótolni kell valamivel.

Fontos szerepe van a viselkedésváltozás létrejöttében az önértékelésnek is. A félelmi arousal optimális szintjét és a megfelelő attitűdváltozást létrehozva is előfordulhat, hogy nem jön létre a viselkedésváltozás amiatt, hogy az illető úgy érzi, neki nincsenek lépései, ő nem képes pozitív változásra. (**Leventhal és Cleary, 1980.**)

A félelem-arousalra alapozó elméletek sok fontos komponensét leírták a viselkedésváltozásnak, azonban számos lényeges tényezőt figyelmen kívül hagytak (**Leventhal és Cleary, 1980.**) Leventhal és munkatársai azon felismerés után, hogy a félelemkeltés semmiképp nem lehet elégséges feltétele a változásnak, az egészségfenyegetés percepciójával és a helyzeti tényezők interpretációjával kapcsolatos kérdések kutatásába kezdtek (**Leventhal, Meyer és Nerenz, 1980.**)

A betegség felvállalásának döntési mechanizmusai

Az Egészség-hit Modell, az **Ajzen-Fishbein** elmélet és az attitűdváltozásban a félelem szerepét hangsúlyozó megközelítések továbbfejlesztéseként, illetve kritikájaként, az egészség-fenyegetettségre adott válaszok dinamikus önszabályozási/információfeldolgozási modelljének a **Leventhal és munkatársai (1980)** által elindított vizsgálatok szolgáltak kiindulópontjául. "Az egészségfenyegetés laikus reprezentációi" (**Leventhal, Meyer és Nerenz, 1980**) című, mérföldkőnek számító tanulmányukban arra hívták fel a figyelmet, hogy a betegek egészség-fenyegetettséggel kapcsolatos reprezentációinak döntő szerepe van a későbbi válaszok meghatározásában, olyannyira, hogy ezek befolyásolják a betegviselkedés egész folyamatát. A betegek a tünetek értékelése során implicit betegség-elméleteket hoznak létre, melyeknek fő alkotóeleméül a betegség-sémák szolgálnak. Ezek a sémák ugyanúgy működnek, mint más reprezentációs struktúrák, háttérükként a kogníciók általános elmélete szolgál, így az elmélet mélyebb struktúrákat érint, mint a korábbi - Becker és Rosenstock ill. Ajzen-Fishbein - modellek.

Leventhal és munkatársai ezt követő munkáikban (**Baumann, Cameron, Zimmerman és Leventhal, 1989; Meyer, Leventhal és Gutmann, 1985; Lau, Bernard és Hartmann, 1989; Lau és Hartmann, 1983**) egyetértettek abban, hogy a laikus betegség-elméletek magukban foglalják

1. a konkrét tüneteket és egy címkét, ami facilitálja az egészség-probléma azonosítását
2. a probléma közvetlen és hosszútávú konzekvenciáit
3. az idői lefolyást
4. a probléma okát
5. a gyógyulás feltételezett eszközeit.

Leventhal és Diefenbach (1991) számos döntési szabályt írtak le, melyeknek segítségével az emberek elkülönítik, hogy tüneteik betegség jeleként értelmezendők-e. Ezek közül az alábbiakban a stressz-betegség és az életkor-betegség szabályt emeljük ki.

A stressz-betegség szabály azt mondja ki, hogy az élethelyzeti stresszekkel jellemezhető emberek hajlamosabbak tüneteiket stresszhatásként értékelni, míg stresszmentes állapotban ugyanazokat a tüneteket betegség jeleként értékelik. **Baumann és munkatársai (1989)** egyetemi hallgatók csoportját vizsgálták vizsga előtti (tehát feltehetőleg stresszt okozó) és egy pénteki, terheléstől mentes hétvégét megelőző napon. Vizsgálatuk eredményei a stressz-betegség döntési szabályt erősítették: a vizsga előtti napon ugyanazok a hallgatók ugyanazokat a tüneteket inkább a stressznek tulajdonították, míg a másik napon betegség jelzésének.

Az életkor-betegség szabály értelmében a maguknál tüneteket észlelők inkább gondolnak betegségre, ha fiatalabbak, mint ha idősebbek. Ez utóbbiak az észlelt tüneteket az öregedésnek tudják be (**Prohaska et al., 1989**).

A fenti szabályok megfogalmazásának egyik funkciója az, hogy segítsék megérteni a laikus diagnózisalkotás mechanizmusait, másrészt azonban igen fontos gyakorlati implikációkkal is szolgálnak a segítségkeresés motívumainak feltárását illetően is. **Levnthal és munkatársai (Leventhal et al., 1989)** az orvoshoz fordulással kapcsolatos késés vagy annak elmulasztása magyarázatául kétféle mechanizmust tételeznek fel. Ezek egyike a laikus diagnózis megalkotásához, a másik pedig az azt követő fázishoz, a segítségkereséssel kapcsolatos döntési folyamathoz illeszkedik. Vizsgálataik (**Leventhal et al., 1989**.) szerint idősebb embereknél mindkét fázisban kisebb késés volt kimutatható, mint a fiatalabbaknál. Ez, az életkor-betegség szabálynak némiképp ellentmondó eredmény a betegség feltételezett súlyossága, mint közvetítő változó figyelembevételével értelmezhető. Kiderült ugyanis, hogy ha az észlelt tünet ismeretlen volt, és a vizsgálati személyek nem tudták meghatározni annak súlyossági fokát, gyorsabban kerestek segítséget ha idősebbek voltak, mint a fiatalabbak.

A segítségkérés motívumainak megértését nagyban segíti az a mechanizmus is, mely szerint egyrészt a tünetektől szenvedő ember címkézi tüneteit, másrészt azonban a diagnosztizált ("címkézett") beteg is specifikus tüneteket észlel magánál (**Lau, Bernard és Hartmann, 1989**). Ezt, a *szimmetria-szabálynak* nevezett jelenséget támasztja alá **Meyer és munkatársai (1985)** vizsgálata, melynek során a vizsgálati személyek 80 százaléka egyetértett azzal, hogy a magas vérnyomás aszimptomatikus, azonban ugyanebben a csoportban szintén 80 százalék (!) vélte úgy, hogy bizonyos tünetei vérnyomás-emelkedésnek tulajdoníthatók. Ez az eredmény a szimmetria-szabály igazolásán túl arra is utal, hogy a vizsgálati személyek elfogadták ugyan az orvosi nézetet, hogy a magas vérnyomás nem okoz tüneteket, azonban saját magukra ezt nem

alkalmazták. Ez a jelenség igen figyelemreméltó, a háttérben meghúzódó mechanizmusok részletezése azonban meghaladja jelen dolgozat kereteit.

A betegség kognitív reprezentációja és a hozzá fűződő magyarázatok

A fentiekben rámutattunk, hogy a betegség-reprezentációk fogalmának bevezetése rendkívüli jelentőségű fordulópont volt a betegviselkedés megértésében. Ennek számtalan gyakorlati konzekvenciáját írták le. Ezek közül az egyik legjelentősebb **King és Colen (1989)** vizsgálata, akik kimutatták, hogy sok infarktuson átesett beteg azért nem fordult előzetesen orvoshoz, mert észlelt tüneteik nem "illettek bele" az általuk az infarktusról alkotott kognitív sémába, prototípusba, hanem ezeket más betegség (pl. gyomorbántalmak) vagy egyszerű fáradtság, stressz jeleként értékelték. Ennek fényében fontosnak tartjuk, hogy a betegség-prototípusok természetével, szerveződési mechanizmusaival részletesebben megismerkedjünk.

A betegség kognitív reprezentációjával kapcsolatos vizsgálatok tanúsága szerint a reprezentációknak közvetlen és másodlagos jellemzői vannak (**Murray, 1990**). A közvetlen jellemzők közé tartozik a viselkedés "címkéje", tünete, jelei, súlyossága, idői jellemzői és változásai. Másodlagos jegynek tekinthetők a betegség szociális és emocionális konzekvenciái. Ezek a kognitív reprezentációk az egyes betegség-sémák vagy prototípusok köré szerveződnek, lehetővé téve a betegségcsoportok közti különbségtételt.

J. M. Lacroix (1991) - a Leventhal-féle [**Leventhal et al., 1980**] megfogalmazást kiindulópontnak tekintő - definíciója szerint a betegség-séma egy olyan elkülönült, jelentéstelen integrált kognitív struktúra, ami magában foglalja

1. a fiziológiai és pszichológiai funkciók kapcsolódását
2. az érzések, tünetek clustereit
3. a sémát alkotó elemek egymáshoz való kapcsolatáról vallott naiv teóriát
4. a korrektív lépések explicit vagy implicit leírását

A betegség-prototípusok további leírását és a betegviselkedésben játszott szerepének bemutatását a témában a legtöbb kísérletes bizonyítékot felsorakoztató két szerző, **Bishop és Converse (1986)** munkája alapján ismertetjük. Az említett kutatók



kiindulópontként a prototípusoknak a kognitív kategorizációban játszott szerepét hangsúlyozó munkát tekintették (**Rosch, 1978**). Bishop és Converse feltételezése az volt, hogy a laikus diagnózis értékelésekor az emberek tüneteiket bizonyos betegség-prototípusokhoz illesztik, azokra vonatkoztatják. Minél több tünetet fedez fel valaki saját magánál egy adott betegség-prototípus összetevői közül, annál valószínűbb, hogy azokat a betegség előjelének tekinti. **Rosch** felhívja a figyelmet arra is, hogy a prototípusok általában nem világosan körvonalazott kategóriák. Bishop és Converse rámutattak, hogy ugyanez áll a betegség-prototípusokra is: az emberek nem pontos egyezés, hanem pl. családi hasonlóság alapján illesztik tüneteiket a prototípusokhoz.

Bishop és Converse (1986) két kísérletet mutat be a betegség-prototípusok létezésének igazolására. Az első vizsgálat során diákokat kértek arra, hogy megadott tünetlistából válasszanak ki bizonyos betegségekkel kapcsolatos szimptómákat. A későbbiekben a diákok listáit egyéb tünetekkel kiegészítve, a vizsgálati személyeknek arról kellett döntenie, hogy mely felsorolás írja le jobban az adott betegséget. A diákok tendenciózusan saját listáikat választották, bizonyítva ezzel a betegség-prototípusok előzetes meglétét.

A második vizsgálatban arra kérték a diákokat, hogy tanulják meg, majd idézzék fel a kétféle tünetlistát. Az első lista, azaz amelyet ők válogattak össze előzetesen egy adott betegséget jellemezve, felidézése szignifikánsan rövidebb időt vett igénybe, mint a vizsgálatvezetők által kiegészítették, illetve megváltoztatottaké. **Bishop és Converse** szerint ez újabb bizonyíték arra vonatkozóan, hogy a betegségek tünete prototípusokat képezve vannak jelen az embereknél.

Bishop, Briede, Cavazos Grotzinger és McMahon (1987) azt a kérdést tették fel, hogy milyen mértékben befolyásolja a betegség súlyossága a betegség-prototípusok jellegét. Tizenhat különböző tünetegyüttest vetítettek a hallgatóknak (mindegyik hat tünetből állt). Ezek különböztek aszerint, hogy mennyire volt erős a prototipikus szervezettségük, illetve, hogy milyen súlyos betegségekre utaltak. A hallgatók feladata az volt, hogy megállapítsák, a tünetegyüttesek adott betegségeket írnak-e le, és ha igen, milyen betegséget. A vizsgálati személyek szignifikánsan kevesebb időt töltöttek a magasabb prototipikus szervezettségű tünetlisták elolvasásával (tehát gyorsabb volt a felismerés), és nagyobb valószínűséggel tekintették ezeket betegség leírásának. Ugyanez vonatkozott a súlyos tünetekre - függetlenül azok prototipikus szervezettségétől. A kevésbé súlyos tüneteket csak erős prototipikus szervezettség mellett tekintették adott betegségekre jellemzőnek.

Bishop (1987) egy másik vizsgálatában azt a kérdést tette fel, hogy milyen kognitív dimenziókat használnak az emberek tüneteik osztályozására. Felnőtt vizsgálati személyeknek 60 tünetet kellett tíz - előre meg nem határozott csoportba osztania. Másik feladatként a vizsgálati személyeknek meg kellett határozniuk, hogy milyen lépéseket tennének az egyes szimptómák fennállása esetén. A statisztikai elemzés után Bishop négy jellemző dimenziót különített el. Az első dimenzióba az adott tünet fertőző voltának mértéke került. A második dimenzió a tünetnek a testen való elhelyezkedését (a test alsó ill. felső része) írta le. A harmadik dimenzióba annak meghatározása került, hogy milyen mértékben játszottak szerepet a tünet létrejöttében pszichológiai tényezők. A negyedik dimenzió a tünet által okozott mozgás illetve cselekvés-korlátozást írta le. Ez a négy dimenzió szignifikáns összefüggést mutatott a következő reakciómódokkal: az aktivitáscsökkenés volt jellemző a cselekvés-korlátozó tünetek esetében; szakemberhez fordulás a (feltételezetten) fizikai okok által kiváltott, illetve a test alsó részét érintő tüneteknél, míg az öngyógyítás a vírusfertőzések által okozott, illetve (kisebb mértékben) a cselekvést korlátozó tünetek esetében.

A fenti összefüggések mellett **Bishop (1987)** arra is választ keresett, hogy az egyes tünetek betegségekhez való kapcsolásában megfigyelhetőek-e nemi különbségek. Nem találtak különbséget a vizeleti problémákkal, szívbetegségekkel, bőrbetegségekkel és az emésztőrendszer bizonyos betegségeivel kapcsolatban, azonban míg a nők a rectalis vérzés ill. vérzés kategóriákat a rákbetegséghez kapcsolták, a férfiaknál ilyen összefüggés nem mutatkozott. A másik különbség az volt, hogy a tünetek jellemzésére szolgáló dimenziók sorrendje a nőknél a "cselekvést korlátozó", "fájdalmas", "a test alsó részét érintő" és "érzékszerveket érintő", a férfiaknál "a felsőtestet érintő", "a test alsó részét érintő", "cselekvést korlátozó" és "vírusfertőzés által okozott" volt.

Összefoglalásképp **Bishop (1987)** megállapítja, hogy a tünetek észlelt oka a várható cselekvés kritikus tényezője. Ha a tünet hátterében fizikai okot feltételezünk, szakemberhez fordulunk, míg (feltételezett) vírusfertőzés esetén gyakoribb az öngyógyítás. Ezen túlmenően, bizonyos tünetek jelentős mértékben előrejelzik az orvoshoz fordulást. Leginkább prediktív erejűek a vizeletürítés szerveit érintő tünetek. Súlyosabb betegségek, mint pl. a koronáribetegség vagy a rák tünetei kevésbé valószínűsítették a szakember felkeresését. Bishop szerint a beteggéválás folyamata csak nőknél követi az aktivitás csökkentése - tanácskérés másoktól - öngyógyítás - szakemberhez fordulás sémát (**Schank és Abelson, 1977.**) Ez férfiaknál nem figyelhető meg. **Bishop** feltételezése szerint a férfiak ezeket a lépéseket időben összesűrítve,

egyidejűleg teszik meg. A szerző szerint ez azzal magyarázható, hogy a férfiakra jellemzőbb a "várjuk meg mi lesz" stratégia, melynek háttérében feltehetőleg a tagadás vagy a meg nem történtté tevés elhárító mechanizmusai állnak. Dolgozatunk célkitűzéseként nem szerepel a coping-stratégiák elemzése, így itt csak utalni kívánunk arra, a - már korábban idézett - Leventhal-féle megjegyzésre, hogy a betegség-reprezentációk szerepe nem csak a beteggé válásban, hanem a teljes betegség-magatartásban kiemelt jelentőségű. **Bishop** fentebb bemutatott munkái ezt rendkívül meggyőzően igazolják.

A betegség szociális és kulturális reprezentációi

A betegség kognitív reprezentációival kapcsolatos elméletek rendkívül sok ponton találkoznak az alkalmazott szociálpszichológia és antropológia azon jelentés-központú vonulatával, mely szerint a betegség nem önálló entitás, hanem szociális és kulturális térbe ágyazott magyarázó modell (**A. Kleinman, 1974.**) A szociális és kulturális tényezők figyelembevétele egyszersmind a korábban ismertetett elméletek kritikáját is jelenti (**L. Garro, 1986a, 1988, 1990**) hiszen még a dinamikus modellek is kevés figyelmet szenteltek az intrakulturális különbségeknek illetve konszenzusnak, azaz nem szolgáltak elegendő magyarázattal arra vonatkozóan, hogy hogyan jön létre a betegséggel kapcsolatos tudás, és honnan származnak az új információk.

A szociális és kulturális megközelítés szerint tehát a betegség a kultúra - különösen a specializált egészségügyi-orvosi kultúra - része. **J. A. Skelton (1991)** szerint nehéz elképzelni egy olyan kultúrát, ahol az egészségügyi szakemberek betegség-reprezentációi radikálisan különböznenek a betegekétől. A nyugati kultúrákban a betegek ugyanúgy dichotomizálják a fizikai és pszichés tüneteket, mint az egészségügyi szakemberek. Számos vizsgálatban (**Bishop, 1987; Skelton et al., 1989**) kimutatták, hogy a pszichés háttérű betegségeket maguk a betegek is kevésbé tartották kezelendőnek. Hipotetikus "betegek" eseteit elemezve a laikusok ítélete egyenes függvénye volt annak, hogy milyen egyéb - élethelyzeti, pszichológiai, stb. - problémája volt az illetőnek. Minél több ilyen problémát soroltak fel az esetismertetésben, a laikus vizsgálati személyek, annál kevésbé hitték, hogy az illető "tényleg" beteg.

A betegség szociális reprezentációi

A szociális reprezentációk fogalmát **Serge Moscovici** francia szociálpszichológus vezette be, **Durkheim** "kollektív reprezentáció" - fogalmából kiindulva, mely a

társadalmi nézetrendszerek (vallás, tudomány) leírásával foglalkozik. **Moscovici (1981)** szerint a szociális reprezentáció "a mindennapi életben zajló interperszonális kommunikáció során létrejövő nézetek, álláspontok és magyarázatok.... a tradicionális társadalmak mítoszainak és nézetrendszerének megfelelője...ahogy az emberek közös valósága megjelenik gondolkodási tartalmaikban".

A betegség szociális reprezentációinak első vizsgálata **Claudine Herzlichtól (1973)** származik. Mélyinterjúkat készített a vizsgálati személyek egészséggel-betegséggel kapcsolatos nézeteiről, vélelmeiről, majd elvégezte ezek tartalomelemzését. Az elemzések összegzésekor kiemelte, hogy az egészséget a válaszadók valamiféle egyensúlyi állapotnak tekintették. Ebbe beletartozott a testi jól-lét, megfelelő fizikai erőforrások, a fáradtság hiánya, a jó hangulat, a másokkal való jó kapcsolat, és a hatékony cselekvés képessége. A betegség ennek az egyensúlynak a megbomlását jelenti. A betegség további jelentései **Herzlich** szerint a betegség destruktív, máskor "ellenség", esetenként pedig "felszabadító" jellegére utalnak. A betegségről alkotott kép természetesen nem csak a beteggéválás, hanem a gyógyulás folyamatában, azaz az orvos-beteg kapcsolatban is szerepet játszik.

Ezeknek a jelentéseknek - betegség-metaforáknak - a szerepét hangsúlyozza **Susan Sontagh (1979)** is, aki a tbc és a rák (később az AIDS) példáján keresztül mutatja be a metaforák változásait, társadalmi funkcióját.

Kit nevezünk betegnek? A laikus egészség- és betegségfogalom

A fentiekhez hasonló különbségeket Magyarországon is megfigyelhetünk. Szociológiai vizsgálatok (Losonczi, 1989) szerint nagy különbség mutatkozik az egészség definíciója tekintetében a különböző életkorú, iskolázottságú és társadalmi helyzetű emberek között. Kit is tekinthetünk egészségesnek? Azt, akinek nincs "orvosilag kimutatható" betegsége, tehát az egészség a betegség hiányát jelentené? Vagy aki "jó erőben" van? Esetleg aki "testi-lelki harmóniában van magával és a világgal"? A vizsgálatok alapján úgy tűnik, e tekintetben valóban igen változatos a kép az emberek között. Az alábbiakban két szélsőséges példát mutatunk be, melyekhez hasonlókat bőven találunk Losonczi Ágnes fent hivatkozott tanulmányában is.

"Hát az egészség megvan, azzal nincs semmi gond. Nem lenne énnekem semmi bajom, élnék, mint hal a vízben, csak pénzem lenne. Nem is voltam én soha beteg életemben. Egyszer ugyan voltam kórházban, mikor ezt a rossz lábam levágták, de megvan annak már tizenöt éve is."- mondja egy 64 éves, rokkantnyugdíjas férfi, akinek fél lábát combközépen amputálták. Ennek ellenpéldája lehet az vélemény, mely egyik vidéki egyetemünk 22 éves hallgatójától származik: "Nem tudom, nem érzem magam egészségesnek. Azt hiszem, nincs ugyan kimutatható bajom, de sokszor érzem magam kedvetlennek, gyengének. És hát ez is lehet a betegség jele. Persze kérdés, mi az egészség. Ha az az egészséges, aki *egészen* jól van, én nem vagyok az." (Molnár és Csabai, 1994.)

E szándékosan szélsőséges és kiragadott példák alapján is láthatjuk, hogy sokféle laikus egészség-definíció van, és ezek általában jelentősen különböznek az orvosok által elfogadottól. Ez a tény önmagában is jelentősen befolyásolja az orvoshoz fordulást, és ha azt is hozzátesszük, hogy egyes esetekben akár az orvosok között is lehet különbség tekintetben, hogy betegnek tartanak-e valakit (főleg neurotikus háttérű panaszok esetén), meglehetősen változatossá és bonyolulttá válik a kép.

A kognitív-szociális reprezentációkkal kapcsolatos vizsgálatok arra utalnak, hogy az emberek igen nagy súlyt helyeznek a betegségek magyarázatára. Ezek viselkedést befolyásoló hatása megkérdőjelezhetetlen, a pontos összefüggések feltárása azonban még várat magára.

A betegség-reprezentációk fontos összetevője: kontrollálható-e a betegség?

Az általános orvosi gyakorlat évezredes megfigyelése, hogy bizonyos betegek gyógyíthatatlannak vélt betegségből meggyógyulnak, míg másoknál a felépülés kevésbé súlyos betegségek esetében elmarad a várakozástól. A probléma rendkívül összetett és multikauzális természetű. A feltételezett okok közül sokszor kiemelik a hitet, a reményt a gyógyulással vagy életbenmaradással kapcsolatban. Ezen laikus megfogalmazások pszichológiai megfelelőjének tekinthető az észlelt kontroll koncepciója, melynek az utóbbi idők egészségpszichológiai kutatásai szerint nem csak a betegséggel való megküzdésben, hanem a beteggéválásban is, tehát a betegségmagatartás teljes folyamatában kiemelt szerepe van.

Az észlelt kontroll koncepciója összekapcsolható a szociális tanuláselmélet (**Rotter, 1954**) azon tételével, hogy bizonyos viselkedések bekövetkeztének valószínűsége függ attól, hogy milyen elvárásai, nézetei vannak valakinek az adott cselekvés várható következményeivel kapcsolatban. A kontroll helyével kapcsolatos nézeteket általános és szituáció-specifikus elvárásoknak tekinthetjük (**Strickland, 1978**); az ezekben fellelhető különbségeket viszonylag stabil személyiség-faktorok vagy átmeneti szociális kogníciók hozzák létre.

Az észlelt kontrollt egyre többen kezdték vizsgálni az egészség és betegség kontextusában is. Az első mérőeszköz (**Wallston, Wallston, Kaplan és Maides, 1976.**) a külső és belső kontrollal rendelkező személyeket volt hivatott elkülöníteni. Ez egy 11 tételből álló kérdőív volt - hat külső, és öt belső kontrollra vonatkozó kérdéssel -, melyeket egy 6-fokú, Likert-típusú skála segítségével lehetett megválaszolni.

A kérdőív multidimenzionális változatában (**Wallston, Wallston és De Vallis, 1978.**) a külső és belső kontroll foglamlama mellé bevezették a "saját", "mások" és a "transzcendens" kontroll (**Levenson, 1973. 1981.**) koncepcióját is. A kérdőív megbízhatóságának egyik legfőbb bizonyítéka a Krantz-féle Egészség-kérdőívvel (**Krantz, Baum és Wideman, 1980**) való összefüggése. **Smith, Wallston és Wallston (1981)** szignifikáns összefüggést talált az egészséggel kapcsolatos információkat érintő preferenciákat és a gyógyításban való aktív részvételt érintő alskálák, illetve az észlelt kontroll "saját" és "mások" dimenziói között. Megjegyzendő, hogy a "transzcendens" kontroll és a gyógyításban való aktív részvétel szignifikáns negatív korrelációt mutatott.

Az észlelt kontrollt mérő multidimenzionális kérdőívet számos más pszichológiai konstrukcióval egybevetették (ennek összefoglalását ld. **Wallston és Wallston, 1982.**),

azonban a viselkedés bejósolására vonatkozóan még nem teljesen megnyugtatóak az eredmények. A kérdés megítélésében talán legilletékesebb **Wallston és Wallston (1982)** szerint a kontroll helyével kapcsolatos vizsgálatok kevés összefüggést tudtak kimutatni a kontroll és az egészségviselkedés között, azonban elemzésükben figyelmen kívül hagytak két - feltehetőleg lényeges - tényezőt: a betegséggel kapcsolatos attribúciók, és az egészség-érték szerepét.

A betegséggel kapcsolatos attribúciók

Az attribúcióelmélet a szociálpszichológia egyik legáltalánosabban használt modellje. Vizsgálódásainak fókuszában az áll, hogy az emberek miként magyarázzák a különböző eseményeket (**Kelley és Michela, 1980**). A betegség-attribúciók a betegséggel kapcsolatosan feltételezett okozati összefüggéseket tartalmazó kognitív folyamatokat jelölik. Az attribúciós folyamatot egyaránt vizsgálhatjuk egészséges és beteg embereknél.

King (1982, 1983) kardiológiai betegek betegségük kialakulásával kapcsolatos attribúcióit vizsgálta. A leggyakrabban idézett okok a stressz, aggodalom, a feszültség vagy a gyermekkori rheumás láz voltak. Ritkábban említettek olyan orvosilag elfogadott tényezőket, mint a dohányzás, helytelen táplálkozás, vagy a testmozgás hiánya. **King** szerint a betegek attribúciói az ún. "defenzív attribúciók" kategóriájába (**Walster, 1966**) tartoztak, azaz a betegek külső és kontrollálhatatlan tényezőknek tulajdonították a betegséget, csökkentve ezzel a személyes felelősséget. További lényeges eleme volt a vizsgálatnak, hogy a betegek a betegség későbbi előfordulásának valószínűségét aszerint becsülték meg, hogy milyen okokat tulajdonítottak a betegségnek, nem pedig a betegség súlyosságával vagy a kezeléssel kapcsolatos nézetek szerint. Azok a betegek, akik valószínűnek tartották további komplikációk kialakulását, a betegség kiváltó okaiként a "családi betegség miatti stresszt", "örökletes tényezőket", "hirtelen életstílus-változást" és a "rossz szerencsét" jelölték meg. Ezeket mind kontrollálhatatlan tényezőknek tekintették.

Egy második vizsgálatban **King (1982)** vérnyomás-ellenőrzésen megjelent betegek magas vérnyomással kapcsolatos vélelmeit és attribúcióit vizsgálta. Azok a betegek, akik a magas vérnyomást kontrollálhatatlan tényezőknek ("stressz" és "aggodalom") tulajdonították, nagyobb arányban jelentek meg később a szűrővizsgálaton (**King, 1983**).

Turnquist, Harvey és Anderson (1988) a betegség-attribúciókkal kapcsolatos összefoglaló tanulmányában megállapítja, hogy minden betegnek vannak elképzelései a

betegség okait illetően. Megállapítják, hogy az attribúciók összefüggésben állnak magával a diagnózissal, a diagnózis felállítása óta eltelt idővel, és a betegség súlyosságával. Hozzáteszik azt is, hogy az attribúciók tartalma összefüggést mutat a betegséghez való alkalmazkodással, bár ennek részletei nem teljesen körvonalazottak. Feltételezhető, hogy a kellemetlen eseményekkel kapcsolatos észlelt kontroll sikeresebb alkalmazkodást hoz létre. Bizonyítottnak tűnik az is, hogy az észlelt kontroll nagymértékben meghatározza a betegséghez való viszonyt is.

Az egészség mint érték

A preventív egészségviselkedés korábbi szociálpszichológiai vizsgálatai elsősorban az attitűdöket (pl. **Green, 1970; Jaccard, 1975; Oliver és Berger, 1979**) és nézeteket (pl. a Becker-féle Egészséghit Modell, 1974.) tekintették fontos befolyásoló tényezőknek, mintegy sugallva, hogy minden ember elsôrendû értéknek tekinti az egészséget. Csak az utóbbi tíz év kutatásaiban kezdett körvonalazódni az egészség mint érték koncepciójának egészségviselkedésünkben játszott szerepe (**Kristiansen, 1985**), azonban ez a kérdés továbbra is meglehetősen elhanyagolt területe az egészségpszichológiai kutatásoknak (**Marteau, 1989**). Az egészség-érték szórványos vizsgálataira jellemző, hogy abszolút értelemben vizsgálják a problémát; eldöntendő kérdéseket tartalmazó kérdőívekkel, vagy a **Lau, Hartman és Ware (1986)** által kifejlesztett módszerrel, ahol a -meglehetősen direkt módon megfogalmazott - állításokat ("Semmi nem lehet fontosabb, mint az egészség") 4-fokú, Likert-típusú skálán kell értékelni. Az egészség más értékekhez viszonyított relatív helyzetének vizsgálatára legalkalmasabbnak a módosított Rokeach-féle értéklegtár tűnik.

Rokeach (1968, 1973.) fogalmazta meg, hogy az értékek az attitűdökön *keresztül* befolyásolják a viselkedést, azaz a cselekvések kiváltásában aktív szerepet játszanak, míg az attitűdök maguk csak a nézetrendszer részét képezik, egyfajta preferencia-sorrendet határozva meg. Olyan értékrendszer modelljét vázolta fel, ahol az értékek egyfajta hierarchiába rendeződnek, ami segít az egymással konfliktusban lévő motívumok közötti választásban. A modellen alapuló kérdőívet különösen alkalmassá teszi az egészségviselkedés - és a beteggéválásban szerepet játszó pszichológiai tényezők - vizsgálatára, hogy olyan értékeket is tartalmaz, melyeknek viselkedésben való realizálása gyakran konfliktusban áll az egészséggel, esetleg annak feláldozásával jár. **Rokeach (1973, 1979.)** rámutatott arra, hogy az értékek a viselkedés előrejelzőiként szerepelnek,

illetve, hogy az ún. "érték-konfrontáció" módszerével lehetőség van az értékrendszer módosítására, és az ehhez kapcsolódó viselkedésváltoztatásra. A technika segítségével tudatosíthatóak az emberek értékrendszere, nézetei és viselkedése közötti ellentmondások, és motiváló erejű lehet a szükséges konzisztencia helyreállításával kapcsolatban.

Mindezek figyelembevételével érdemes feltérképezni a preventív egészségviselkedés és az egészség más értékekhez való viszonyának összefüggéseit.

Az egészségviselkedés érték-korrelátumainak jelentőségét hangsúlyozza az a tény is, hogy az egészséggel-betegséggel kapcsolatosan észlelt kontroll csak azoknál az embereknél prediktív erejű, akik magasra értékelik az egészségüket (**Wallston és Wallston, 1982.**) Más megfogalmazásban ez azt jelenti, hogy sem a saját kontroll feltételezése, sem pedig az egészség kiemelt értéként való kezelése *önmagában* nem magyarázza a preventív egészségviselkedést (**Lau, Hartman és Ware, 1986.**). Igen érdekes eredményre jutott egy korai vizsgálatában **Hamid és Flay (1974)**, akik Rokeach érték-konfrontációs technikáját alkalmazva, azt találták, hogy az értékrendszer megváltoztatása egyidejűleg a kontroll helyének változásával jár. Ez a tény egyrészt megkérdőjelezi az észlelt kontroll stabilitását, másrészt viszont rámutat az értékek jelentős befolyásoló szerepére.

Az értékek és az észlelt kontroll összefüggései

Nagyon fontos metodológiai kérdésnek tekinthető az egészség-érték vizsgálatának problematikája is, ugyanis nem kellőképpen körültekintő kérdőíves vizsgálatokban rendre azzal találkozhatnak a kutatók, hogy a vizsgálati személyek a kérdezők elvárásaival kapcsolatos percepciójuknak megfelelő álláspontjukat közvetítik, azaz az egészséget igen magasra értékelik (**Gochman, 1971**). Wallston és **Wallston (1981)** a Rokeach-féle (1967) alapérték-vizsgálat 18 értéke közül kilencet választva, és az egészséget tizedikként hozzáadva végezték vizsgálatukat, melynek eredményeképp két csoportra osztották a válaszadókat: az egészséget magasra, illetve kevésbé értékelőkre. Ez a megközelítés két kérdést vet fel.

Elsőként meg kell említeni **Rokeach (1971)** álláspontját, mely szerint egy adott érték pszichológiai relevanciája más értékekhez való viszonyától függ. Hasonlóképp, **Rotter** szociális tanuláselmélete szerint egy adott viselkedéses válasz értéke csak a többi (viselkedéses) válasz fényében értékelhető. Mindezek alapján le kell vonnunk azt a következtetést, hogy az egészség mint érték csak más értékekhez viszonyítva nyeri el jelentőségét, azaz abszolút értelemben nem vizsgálható. Ez adja a magyarázatát annak a ténynek, hogy a direkt módon csak az egészségre centráló érték-vizsgálatok eredményei többnyire nem tükrözik - nem tükrözhetik - a válaszadók valódi viszonyulását. Ide kapcsolódik az - a korábban már említett - megjegyzés is, mely szerint az egészség mint érték természetéből adódóan szoros kölcsönhatásban áll más értékekkel, sokszor azok háttérbe szorítását, esetleg feláldozását implikálhatja. Ez - mint a későbbiekben látni fogjuk - fordítva is igaz, azaz adott esetben bizonyos más értékek (siker, anyagi biztonság, stb.) kerülhetnek negatív korrelációba az egészséggel.

Ware, Young, Snyder és Wright (1984) rámutattak, hogy az érték-rangsoron belüli bizonyos faktorok - a belső harmónia, bölcsesség, érett szerelem és kényelmes élet - azaz az ún. "belülről irányítottság" szorosabb összefüggést mutat az egészségviselkedéssel, mint az ún. "önfenntartó", "élvezeti" vagy "társas" orientáció. Ezen eredmények alapján feltételezhetjük, hogy az értékrendszer és az egészségviselkedés háttérében meghúzódó dimenziók megbízhatóbb és pontosabb eredményekre vezetnek.

Az egészségviselkedés - és a beteggéválás pszichológiai folyamata - szempontjából a központi kérdés sokkal inkább az, hogy az egészség-érték milyen módon tudja előrejelezni és befolyásolni az egészségviselkedést. **Wallston és Wallston (1982)** álláspontja szerint az észlelt kontroll és az egészség-érték a legtöbb preventív viselkedésnek nem jó előrejelzője, sokkal inkább az orvosi előírásokkal kapcsolatos

együttműködés - compliance - predikciójára szolgál. **Kristiansen (1985)** idevonatkozó kritikája szerint a **Wallston és Wallston (1982)** által idézett compliance-irodalomban nem szerepelnek az érték és az észlelt kontroll viselkedés-specifikus vonatkozásai, csak általános összefüggések.

A preventív egészségviselkedés faktoranalitikus vizsgálata során **Langlie (1977)** elkülönített *direkt módon veszélyeztető* viselkedéseket, ahol "a nem megfelelő viselkedés közvetlenül veszélyezteti az egészséget" (pl. biztonsági öv használatának elhanyagolása autóvezetés során, szennyezett, fertőző közeggel való érintkezés), és *indirekt veszélyt jelentő* viselkedéseket, melyek közé sorolja az orvosi előírások be nem tartását, vagy az önmagában közvetlen veszélyt nem rejtő viselkedésformákat (pl. védőoltások elmulasztása). **Langlie** modellje szerint az egészség-érték a direkt veszélyt jelentő viselkedésekhez kapcsolódik, míg a többi érték az egészséget közvetlenül nem veszélyeztető viselkedésekkel korrelál.

Wallston és Wallston (1982) feltették azt a kérdést is, hogy milyen mértékben tudja az érték-rangsor előrejelezni az egészség-viselkedést. Amint arra a korábbiakban már történt utalás, **Rokeach (1968, 1973)** szerint az értékek a viselkedés mozgatórugóinak tekinthetők, azaz az értékrendszer ismeretében előrejelezhető az emberek viselkedése. **Ajzen és Fishbein (1977)** szerint az értékek és a viselkedés között léteznie kell valamilyen közvetítő változónak: az adott viselkedésre vonatkozó értékek ismeretéből nem következtethetünk közvetlen módon a cselekvésre. Ami közvetlenül feltérképezhető, az az általános egészség-orientáció, és a nem specifikus egészségviselkedés kapcsolata.



II. A VIZSGÁLATOK BEMUTATÁSA EREDMÉNYEK

A vizsgálatssorozat kérdésfelvetései, hipotézisek

Magyarország közismerten rossz egészség-mutatóival kapcsolatosan számos tényfeltáró, helyzetleíró munka született az utóbbi időben. Egyre több tanulmány mutat rá az ország tragikus morbiditási-mortalitási mutatóinak háttérében meghúzódó viselkedéses tényezők, a rizikófaktorok szerepére. Közismert tény az is, hogy a rizikó-viselkedések csökkentésével, illetve kiküszöbölésével mind a túlélési mutatók, mind az általános egészségi állapot jelentős javulása állhat be.

Jelentős szerepe lenne a helyzet javításában a betegségek korai felismerésének, a rendszeres szűrővizsgálatokon való részvételnek, az időben történő orvoshoz fordulásnak is.

Amint arra a fentiekben már utaltunk, az egészségmegőrzés és a beteggéválás igen kardinális tényezőjének tekinthető az egészséghez-betegséghez való viszony, az arról alkotott nézetek. A betegség-reprezentációk azt is befolyásolják, hogy a tüneteivel orvoshoz forduló személy mit vár a szakembertől, és a kezelés során mennyire tud vele együttműködni. Vizsgálataink során arra kerestük a választ, hogy miként jelennek meg az egészségről-betegségről alkotott nézetek a beteggéválás különböző fázisaiban, az elsődleges prevenciótól a tünetek észlelésén át az orvos felkereséséig. Kérdéseinket az alábbiak szerint csoportosítottuk:

1. Milyen szerepet játszik az egészséggel kapcsolatos érték-orientáció és észlelt kontroll a preventív egészségviselkedésben?
2. Milyen főbb szabályszerűségek figyelhetők meg a tünetek betegség-prototípusokba rendezése során egészséges és beteg embereknél? Befolyásolja-e a prototípusok szerveződését a szorongás és az észlelt kontroll, és ha igen, milyen módon?
3. Hogyan fogalmazódnak meg a betegek elvárásai az orvos felkeresésekor? Befolyásolja-e az elvárások szerkezetét a betegség típusa?

1. Az egészség-érték és az észlelt kontroll szerepe a preventív egészségviselkedésben

A beteggéválás és az egészségmegôrzés ezen kognitív pszichológiai tényezôivel kapcsolatos vizsgálata Magyarországon szinte teljesen elôzmény nélküli. A témával kapcsolatos vizsgálatokat elsôsorban szociológusok (**Losonczy, 1989, Császi, 1989**) végezték. **Császi Lajos (1989)** reprezentatív mintán végzett érték-vizsgálata szerint a magyar lakosság az egészséget a negyedik helyre teszi a preferált értékek rangsorában. Nyugat-európai adatokkal (**Weinman, 1992.**) összevetve azt találjuk, hogy ott az átlagpopuláció 60 százaléka az egészséget az elsô három hely valamelyikére rangsorolja, míg a további 40 százalék nem sorolja be az elsô öt érték közé. Ennek fényében a magyar adatok nem feltétlenül szolgálnak az egészségviselkedés hiányosságainak magyarázatára. A Császi-féle vizsgálat részeredményei azonban igen figyelemreméltó összefüggésekre mutatnak rá. Ezek egyike, hogy a vizsgált mintán belül az idôsebb korosztály tagjai az egészséget elsôként jelölték meg az értékek rangsorában. Ezeket az adatokat "kivonva" feltételezhetjük, hogy a fiatalabb - az egészségvédelem terén több lehetôséggel rendelkező - korosztályok átlag-értékei jelentôsen módosulnának, hátrébb kerülnének az értékek rangsorában.

Császi (1989) vizsgálatában a magyar populáció az elsô helyre a sikert, a másodikra az anyagi jólétet, a harmadikra a stabilitást rangsorolta. Az egészség - negyedikként - nem csupán háttérbe szorult az elôbbi értékekhez képest, hanem negatív korrelációba is került azokkal. A szerzô magyarázata szerint ez annak tudható be, hogy az adott társadalmi keretek között a preferált értékek - siker, anyagi jólét, stabilitás - elérése, megszerzése gyakran csak az egészség feláldozása árán volt lehetséges.

Vizsgálatunk kiindulópontjaként elsôként azt a kérdést választottuk, hogy az említett Császi-féle felmérés óta eltelt idôben (4 év alatt) történt-e változás az egészség-érték rangsorolásában. Kérdésfelvetésünk - pszichológiai összefüggések melletti - indokául egyrészt az utóbbi években végbement politikai változások, másrészt az egészséges életmóddal kapcsolatos propaganda (egészségnevelô kampányok, reform-életmód népszerűsítése, alternatív gyógymódok terjedése) feltételezett érték-módosító hatásai szolgáltak. Második kérdésünk - **Kristiansen (1985.)** munkája alapján - az esetleges értékrendbeli változás feltételezett viselkedésmódosító szerepére vonatkozott, azaz azt vizsgáltuk, az egészség érték-rangsorban való elôbbre kerülése megjelent-e mérhetô módon az egészségviselkedésben. Harmadik kérdésünk az egészséggel kapcsolatosan észlelt kontroll szerepére vonatkozott, nevezetesen, a kontroll és az

egészségviselkedés viszonyára, illetve a **Wallston és Wallston (1982)** által megfogalmazott, korábban már idézett feltételezésre, hogy a (saját) kontroll csak azoknál az embereknél prediktív erejű az egészségviselkedést tekintve, akik kiemelt értéknek tekintik az egészséget. Vizsgálatainkat a 14-25 éves korosztály körében végeztük, egyrészt feltételezve, hogy az értékrendbeli változások náluk jelentkezhetnek a legjelentősebb mértékben, másrészt fenntartva a későbbi követéses vizsgálatok lehetőségét. Jelen vizsgálatunk reprezentatív mintára való kiterjesztése folyamatban van.

2. A betegség-reprezentációk változásai egészséges és beteg embereknél

Amint arra már utaltunk, annak megértése, hogy hogyan gondolkodik, milyen képet alkot valaki egészségről-betegségről, központi jelentőséggel bír a betegviselkedés egész folyamatának és az orvos-beteg kapcsolat jelenségvilágának megértésében. Az irodalmi áttekintésben utaltunk arra is, hogy a betegség-reprezentációk szoros kapcsolatban állnak a betegséghez való viszony egyik igen lényeges összetevőjével, a betegség fölött érzett - észlelt - kontrollal.

Vizsgálat-sorozatunk második fázisában arra kerestük a választ, miként változik, hogyan módosul a betegségről alkotott kép, ha valaki megbetegszik, illetve hogy a betegség-reprezentációk változásai milyen összefüggésben vannak az észlelt kontrollal, és a közvetítő változóként feltételezett szorongással.

A betegség-reprezentációkkal kapcsolatos egyre növekvő érdeklődés (ld. **Bishop, 1987; Skelton 1991.** összefoglalóit) hatására az utóbbi időben számos összehasonlító munka is született. **Marie Johnston** a laikusok és egészségügyi szakemberek körében (**Johnston, 1990**), mások (**Scharloo és Kaptein, 1993, 1994**) krónikus betegek között végeztek vizsgálatokat.

Saját vizsgálatainkban (**Molnár és Csabai, 1994., Csabai és Molnár, 1994.**) a probléma fókuszába a beteggévválás folyamata került. Amint arra korábban utaltunk, a tünetészlelés folyamata során az egyén "címkezi" tüneteit, "laikus diagnózist" alkot, majd ezt mérlegre téve hozza meg azzal kapcsolatos döntését, hogy felkeresse-e az orvost. A tünetészlelés folyamata és a laikus diagnózis megalkotása kisebb-nagyobb szorongást generál. (A szorongás kialakulását befolyásoló tényezőkre korábban, az irodalmi összefoglalóban utaltunk.) A szorongás, természetéből adódóan regressziót okoz a személynél, melynek egyik fő jellemzője a külvilággal kapcsolatos fokozott függés,

dependencia lehet. Ez magával hozza a helyzet felett érzett kontroll csökkenését, illetve a mások (gyógyító szakemberek) kontrolljának feltételezését. A betegség-reprezentációk változását feltételezve kérdésként merül fel az észlelt kontroll és ezek viszonya.

3. Az orvos felkeresése: elvárások a gyógyító szakemberekkel szemben

Az irodalmi áttekintésben végigkövethettük, hogy milyen utat jár végig a beteg a tünetek észlelésétől az orvos felkereséséig, milyen kognitív tényezők befolyásolják a problémával kapcsolatos percepcióját, döntéseit, viselkedését. Ahhoz, hogy az orvos megfelelő képet kapjon a beteg problémájáról, tisztában kell lennie mindezen folyamatok jelenlétével. A pozitív orvos-beteg kapcsolat kialakulásának további - túlhangsúlyozhatatlan - tényezője a beteg orvossal szembeni elvárásainak ismerete. Számos vizsgálatban (**Id. Ley, 1983. összefoglalóját**) utaltak arra, hogy az orvossal és az orvos-beteg találkozással való elégedettség a későbbi együttműködés legfőbb tényezője a betegeknek, és arra is, hogy a beteg elvárásainak alulbecsülése vagy figyelmen kívül hagyása súlyos zavarokat okoz a kapcsolatban (**Weinman et al., 1993.**)

J. Jaspers és munkatársai (1983) arra a kérdésre szerettek volna választ kapni egy felmérésük során, hogy kit tartanak a betegek "jó orvosnak", mit várnak tőle, illetve, hogy milyen a "rossz" orvos. A betegek válaszaiból kitűnt, hogy mind a pozitív, mind a negatív esetekben inkább pszichológiai (72 százalék) mint "szorosan vett" orvosi (vagy ún. "technikai") tényezőket említettek (28 százalék).

Jónak tartják a betegek azt az orvost, akinél a vizsgálat és a kezelés is gyors, alapos és hatékony, és ennek megfelelően "nem jó" az az orvos, akinél a vizsgálat nem eléggé körültekintő, a diagnózis hibás, a kezelés nem hatékony. A pszichológiai és kommunikációs tényezők vonatkozásában a betegek szerint az a legfontosabb, hogy az orvos odafigyeljen a betegre, hallgassa meg problémáját, és tanúsítson együttérzést.

Hasonló vizsgálatot végzett **I. Izrael (1969)** svéd betegek körében. Válaszaikban az orvossal kapcsolatos elvárások közül az első helyen az expresszív funkciókra vonatkozó igény (odafigyelés, megértés, megnyugtató) szerepelt (48 százalék). A második helyet az információigény foglalta el (18 százalék), és itt is csak ezek után szerepelt az instrumentális funkciók igénye (9 százalék). Kiemelendő itt a betegek információigényére vonatkozó adat, annál is inkább, mert az orvos-beteg kapcsolat egyik legfőbb zavar-tényezőjének tekinthető, és az orvosok ill. betegek megítélése között itt mutatkozik a legfőbb eltérés. Ennek veszélyeire **Korsch és Negrette (1972)** megjelenése óta számtalanszor idézett tanulmánya hívta fel elsőként a figyelmet. 800 gyermekgyógyászati

konzultációt elemezve azt találták, hogy a későbbi együttműködési problémák egyik legfőbb oka az volt, hogy a gyermekeiket vizsgálatra hozó anyák többsége az orvossal való találkozás után nem tudta, hogy mi a gyerek baja, mi a baj oka, és melyek a későbbi teendő. A diagnózisközlés és egyéb információadási problémák kommunikációs vetületére korábbi munkánkban **(Csabai, 1992)** részletesen kitérünk, jelen dolgozatunkban csupán hangsúlyozni kívánjuk annak fontosságát.

A betegek orvosokkal szembeni elvárásait három különböző szakrendelőben - pszichiátrián, sebészeten és belgyógyászaton végeztük, a rendelők ambuláns betegek körében. Vizsgálatunknak kettős célja volt: Egyrészt általános képet kívántunk kapni a magyar betegek orvosaikkal szembeni elvárásairól, másrészt kíváncsiak voltunk a három, egymástól meglehetősen különböző, - azonban egyaránt jelentős betegforgalmat bonyolító - szakrendelés orvosaival szembeni elvárások különbözőségéről. Jelen vizsgálatunk egy későbbi, a betegek elégedettségét felmérő átfogó vizsgálat előkészítéseként készült.

Módszerek .

1. vizsgálat

A vizsgálatban résztvevő személyek kitöltötték a Rokeach-féle Érték-kérdőívet (**Rokeach, 1967**), melynek 18 tételét az "egészség" értékkel egészítettük ki. Az "egészség" a kérdőívben a 14. helyre került. Minden érték megnevezését rövid leírás követte. Az "egészség" esetében ez "testi-lelki jól-lét" volt. A kérdőívet a Függelék szemlélteti. A vizsgálati személyek feladata a kérdőív instrukciójának megfelelően az értékek rangsorolása volt oly módon, hogy az egyes értékek melletti üres négyzetekbe írhatták az adott érték sorszámát.

A vizsgálat következő részében a Multidimenzionális Egészség-Kontroll Kérdőív (**Wallston, Wallston és De Vallis, 1978.**) kitöltése következett. A kérdőív 18 tételből áll. Ezek közül 6 a saját kontrollra (S), 6 mások kontrolljára (M), 6 tétel pedig az ún. transzcendens kontrollra (T) vonatkozik. A kérdőív tételei random sorrendben vannak felsorolva. Minden tétel mellett 6-fokú Likert-típusú skálán értékelhették az állításokat a vizsgálati személyek. A skála hat fokozata az "egyáltalán nem értek egyet" (1) fokozattól a "teljesen egyetértek" (6) fokozatig terjed. Az egyes skálákön maximálisan elérhető pontszám ily módon 36, annak függvényében, hogy mennyire érzi valaki, hogy saját maga felelős egészségi állapotáért, és mennyiben tudja kontrollálni azt (S), mennyire érzi azt, hogy egészségi állapota mások (orvosok, egészségügyi személyzet, az illető környezete) kezében van (M), illetve hogy egészségi állapota transzcendens erők (a sors, Isten, a véletlen) által meghatározott (T). Az észlelt kontroll helyét az alskálák egymáshoz való viszonya jelzi. A kérdőívet ismereteink szerint Magyarországon korábban nem alkalmazták, így jelen vizsgálatunk a Multidimenzionális Egészség-Kontroll Kérdőív magyar populáción való alkalmazásának egyik első lépéseként értékelhetők.

A harmadik és negyedik Általános Egészségviselkedés Kérdőíveket magunk (**Csabai Márta és Molnár Judit, 1993.**) állítottuk össze **Langlie (1977)** és **Kristiansen (1985)** korábbi munkái alapján. A 3. számú kérdőív öt kérdésére megadott válaszok segítségével válaszolhattak a vizsgálati személyek. A kérdések különböző rizikóviselkedésekre (alkoholfogyasztás, előírás nélküli gyógyszeresedés, stb.) kérdeztek rá. A maximális pontszám 25 volt - a pontszám a rizikóviselkedések előfordulása arányában

növekedett. A 4. kérdőívet, mely tíz tételből állt, 5-fokú skála segítségével értékelhették a vizsgálati személyek. A kérdőív tételei preventív magatartásmintákat - ún. viselkedéses immunogéneket - soroltak fel (rendszeres táplálkozás, optimális testsúly, alvás, stb.). Az értékelő skála 5 fokozata a "mindig" (1) választól a "soha" válaszig terjedt. A maximális pontszám 50 volt. Az összpontszám növekvő értékei a preventív egészségviselkedés hiányát jelezte. Az adatok összesítésénél, és később a statisztikai elemzés során a preventív egészségviselkedés összpontszáma (3+4 kérdőív) az $x = 75 - x$ formulát követte, lévén, hogy a kérdőívek alapján minél magasabb összpontszámot ért el valaki, annál inkább a preventív egészségviselkedés hiányára lehetett következtetni, így az összesítés és elemzés során ezt az értéket "megfordítottuk".

A vizsgálatban résztvevő személyek

Vizsgálatunkban 371 személy szerepelt, középiskolai tanulók és felsőoktatásban tanuló hallgatók voltak. 152 férfi és 219 nő szerepelt a mintában. 193 vizsgálati személy egészségügyi tanulmányokat folytatott (orvostudományi egyetemre vagy egészségügyi szakközépiskolába jártak), 178 diák pedig egyéb iskolákban folytatta tanulmányait Szegeden és Budapesten.

2. vizsgálat

Vizsgálatunk során egészséges és beteg személyek csoportjai kitöltötték a Jones és mtsai (**R. A. Jones et al., 1981**) által a betegség-reprezentációk vizsgálatára szolgáló kérdőívet. A kérdőív 45 tünetet tartalmazó listából áll (ld. Függelék), melyeket 8 dimenzió (zavaró, kialakulása befolyásolható, életveszélyes, fájdalmas, súlyos, kezelést igényel, cselekvést gátol) kellett a vizsgálati személyeknek egy 7-fokú Likert-típusú skála segítségével értékelni. Ezek után a vizsgálati személyek az Egészség Kontroll Kérdőívet (**Wallston és Wallston, 1978**), majd a Spielberger-féle (**Spielberger et al., 1979**), az állapot- és vonás-szorongás mérésére szolgáló kérdőívet töltötték ki.

A vizsgálatban résztvevő személyek

Az egészséges vizsgálati személyek csoportja 92 főből állt. 26 férfi és 66 nő tartozott a mintába, átlagéletkoruk 36.8 év volt.

A beteg-csoport 81 főből állt; 35 férfi és 46 nő alkotta a mintát. A betegek belgyógyászati, traumatológiai, neurológiai, ortopédiai és nőgyógyászati osztályokon álltak kezelés alatt.

3. Vizsgálat

A vizsgálati személyek az ambuláns szakrendelésre várakozva töltötték ki - önkéntes alapon - az orvossal szembeni elvárások vizsgálatára szolgáló kérdőívet (Patients Intentions Questionnaire, PIQ; **Weinman, 1990.**). A kérdőív 42 tételből áll, melyek többsége így kezdődik: "Azt szeretném, ha az orvos.....". A betegeknek az állításokkal való egyetértését az egyes tételek melletti 2, 1, vagy 0 számok bekarikázása jelentette. Az "egyetért" választ a 2, a "bizonytalan" választ az 1, míg a "nem ért egyet" választ a 0 bekarikázása jelentette.

A PIQ kérdőív kitöltésén túl regisztráltuk a betegek demográfiai adatait is - ez szintén önkitöltés alapján történt. A demográfiai kérdések a következők voltak (a betegeknek megadott válaszalternatívák közül aláhúzással kellett dönteni): nem, életkor, iskolai végzettség, lakóhely. A további három kérdés arra vonatkozott, hogy a beteg először jelentkezett-e az orvosnál, és ha nem, korábban hányszor volt már nála, illetve hogy ha korábban is találkozott az orvossal, elégedett volt-e vele. A vizsgálatot négy napon folytattuk, ügyelve arra, hogy mindhárom szakrendelőben ugyanaz az orvos legyen jelen mind a négy alkalommal.

A vizsgálatban résztvevő személyek

Vizsgálatunkban 117 fő vett részt. Közülük az értékeléskor 90 beteget választottunk ki. A kizárás alapját 13 esetben diagnosztizált elmebetegség, 14 esetben pedig hiányos kitöltés képezte. A fennmaradó 90 beteg között 45 nő és 45 férfi volt. 30 beteg először, 60 fő pedig kétszer vagy többször volt az adott orvosnál. Utóbbiak 85 százaléka elégedett volt a korábbi ellátással. A magukat elégedetlennek mondó betegek kizárólag a belgyógyászati rendelésen fordultak elő. Ebben a rendelőben a betegek egyharmada először jelent meg. A sebészeti rendelésen fele-fele arányban szerepeltek az először jelentkező, illetve visszajáró betegek. A pszichiátriai rendelőt felkereső betegek többsége (83 százaléka) visszajáró beteg volt.

Korcsoport szerinti megoszlásban a legtöbb beteg a 30-59 év közötti korcsoportba tartozott (63,3 százalék), utána a 29 évesnél fiatalabbak következtek (26,6 százalék). A betegeknek csak 10 százaléka volt 60 év feletti.

Általános iskolai végzettséggel 29 beteg rendelkezett, középiskolaival 52. Felsőfokú végzettsége 9 betegnek volt.

Statisztikai elemzés

Adatainkat (1. és 2. vizsgálat) a csoportok szórásának egyezését vizsgáló F-próba elvégzése után (a szórások $p < 0,05$ szinten való egyezését feltételezve) 2 mintás t-próbával valamint variancia-analízissel (ANOVA) hasonlítottuk össze. **(Hajtman, 1971.)**

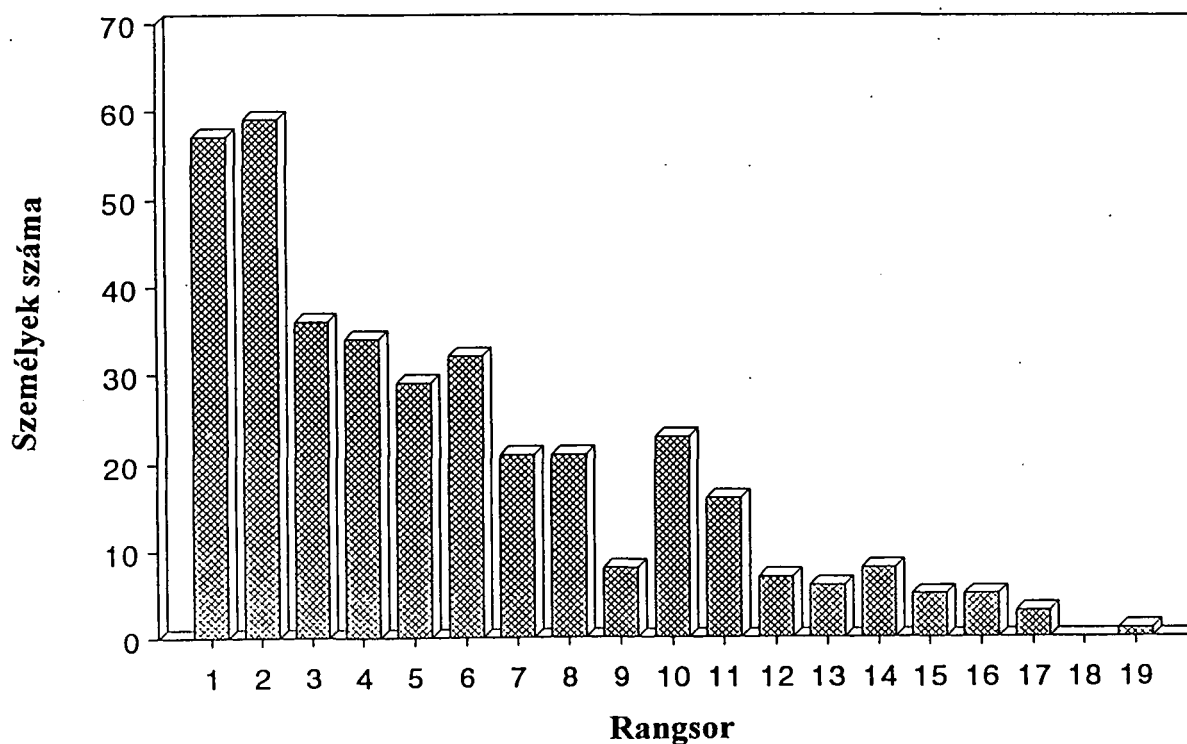
2. vizsgálatunkban a változók kapcsolatát lineáris korreláció analízissel, főkomponens elemzéssel, diszkriminancia analízissel (kanonikus diszkriminancia függvényel), alfa-faktorelemzéssel (VARIMAX rotációt használva) vizsgáltuk. Cluster-elemzést alkalmaztunk csoport-átlag módszerrel. **(Hajtman, 1971., Füstös és Kovács, 1989.)**

A számításokat az SPSS statisztikai program-csomaggal végeztük.

Eredmények

1. Az egészség-érték és az észlelt kontroll szerepe a preventív egészségviselkedésben

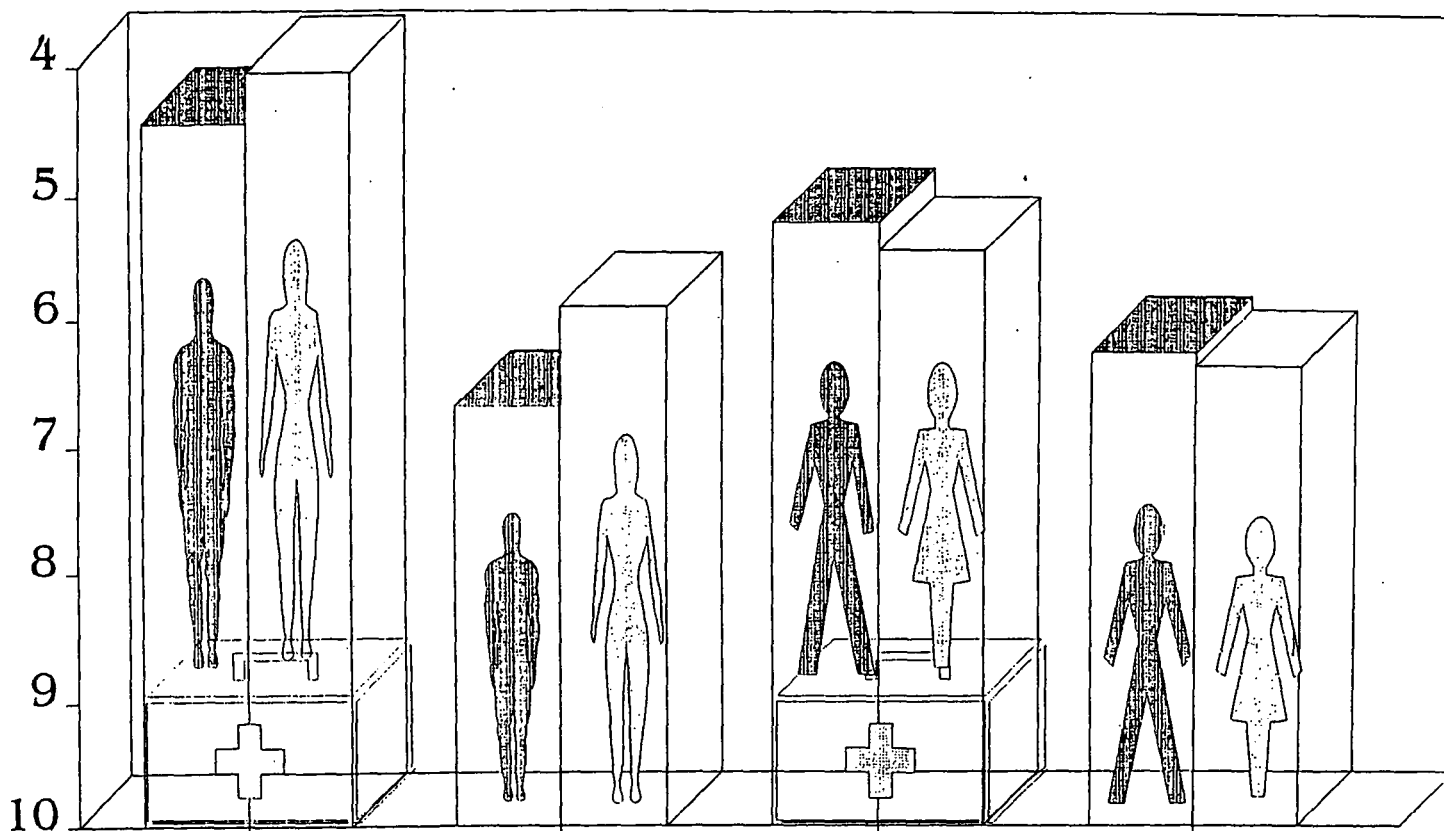
1. Az "egészség" a második helyre került az értékek rangsorában az össz-populáció adatainak értékelése alapján. A vizsgálati személyek az első helyen a "belső harmóniát" jelölték. Az összes vizsgálati személyek 58 százaléka az első öt érték egyikeként jelölte az egészséget. (4. ábra)



4. ábra

Ezen belül szignifikáns különbséget találtunk az egészségügyi orientációjú és egyéb iskolákban tanuló vizsgálati személyek között. Előbbiek 64,7 százaléka, míg utóbbiak 47,8 százaléka sorolta az egészséget az első öt hely valamelyikére. Különbség mutatkozott az életkori és nemek szerinti megoszlásban is: a középiskolás (14-18 éves)

korosztályban a lányok, míg a felsőoktatásban tanulók közül (19-25 évesek) a fiúk rangsorolták előbbre az egészséget. (5. ábra)



14-18 évesek

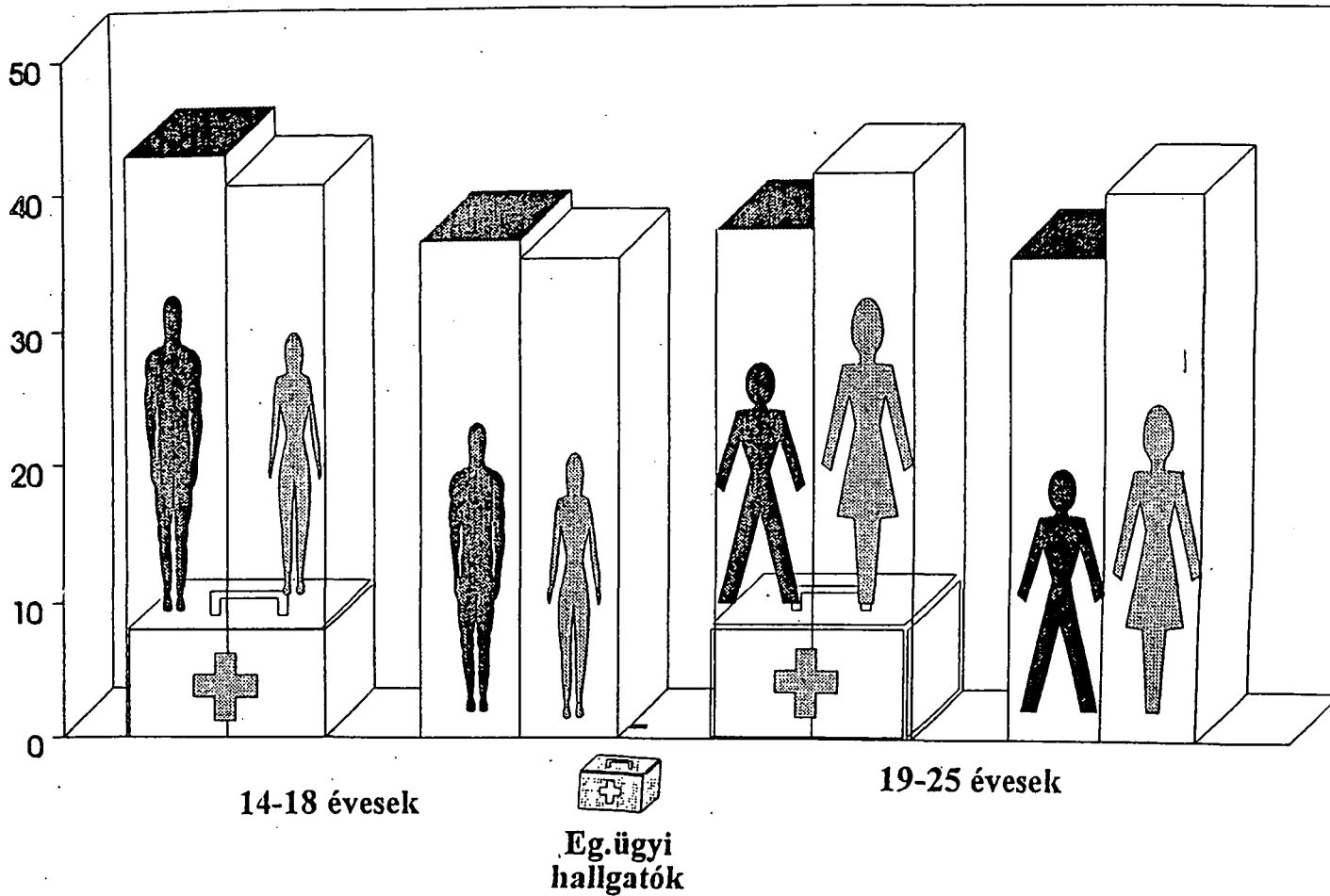
19-25 évesek



Eg.ügyi
hallgatók

5. ábra

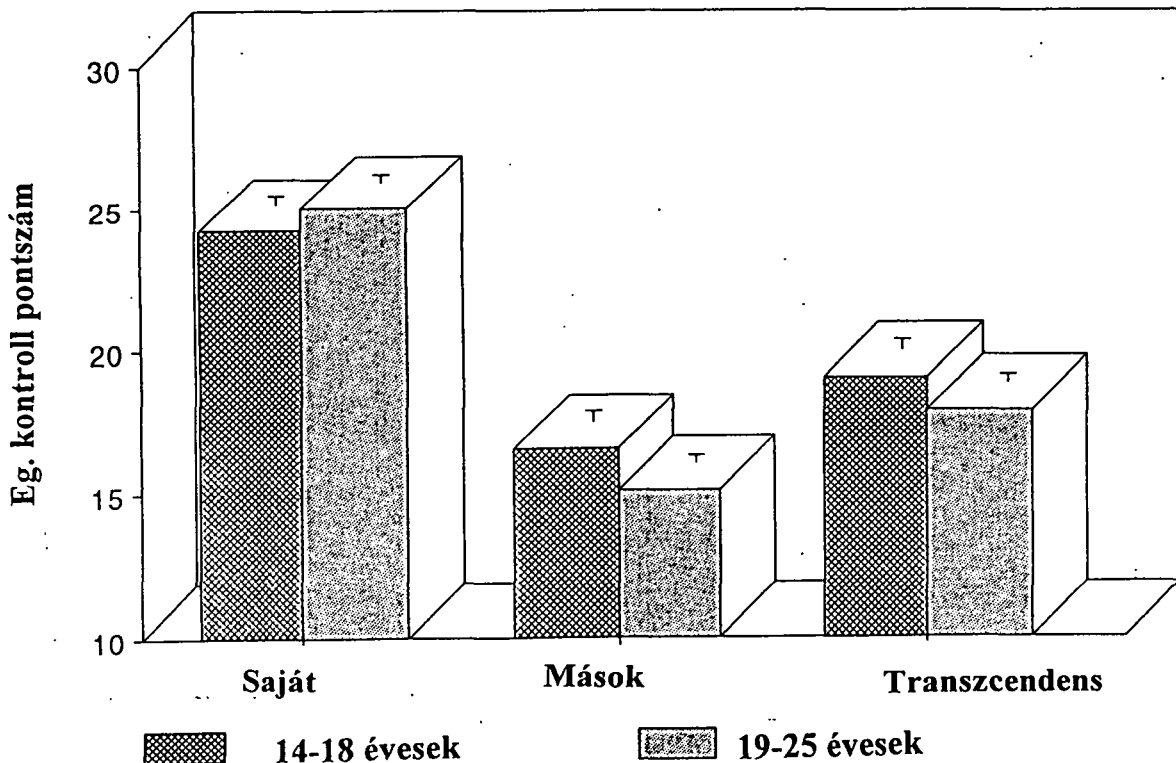
2. A minta egészében a preventív egészségviselkedés magasabb szintje jellemezte az egészségügyi orientációjú iskolákban tanuló vizsgálati személyeket. Preventív egészségviselkedés összpontszámuk átlaga 40.25 volt, míg az egyéb iskolákban tanulóké 36.67 (az összpontszám maximuma 75.00 volt). A nemek szerinti megoszlást is figyelembevéve az első helyen az egészségügyi iskolába járó lányok kerültek az első helyre (összpontszám átlaga: 40,84), a második helyen az egyéb iskolába járó lányok álltak (38.83), őket az egészségügyi iskolába járó fiúk követték (38.05), majd az egyéb iskolába járó fiúk zárták a sort (35.32). Figyelemreméltó, hogy a preventív egészségviselkedés a 14-18 éves korosztályban inkább a fiúkra, míg a 19-25 éves korcsoportban a lányokra volt jellemző (6. ábra).



6. ábra

3. A kontroll helye

A kontroll helyét tekintve a vizsgált populáció egészében az első helyre került a saját kontroll (átlagpontszám: 24.74, szórás: 4.24). Ezt követte a mások általi kontroll (átlag:18.36, szórás: 4,37), majd a transzcendens kontroll következett (átlag:15.65, szórás: 4,57). Az észlelt kontroll életkor szerinti változásai a következőképp alakultak: a saját kontroll emelkedő tendenciát mutat ($p<0.069$), azaz a középiskolás korosztályban alacsonyabb (24.2), mint a felsőoktatási intézményekben tanulóknál (25). A másoknak tulajdonított kontroll az életkorral csökken ($p<0.017$), azaz a középiskolásoknál magasabb (19.06), míg a felsőoktatásban tanulóknál alacsonyabb (17.95) átlagpontszámokat kaptunk. Ugyanezt találtuk a transzcendens kontroll esetében is: a középiskolásoknál 16.58, míg a felsőoktatásban tanulóknál 15.11 volt az átlag-pontszám ($p<0.003$). Életkor és iskolatípus szempontjából nem találtunk különbséget az észlelt kontroll tekintetében (7. ábra).



7. ábra



Az egészség-érték és a preventív egészségviselkedés összefüggései

A preventív egészségviselkedés értékei általában nem mutattak összefüggést az érték-rangsorral - az egészséget 1., 2., 4. és 5. helyre rangsorolóknál a preventív egészségviselkedés-összpontszámok közel azonos értéket mutattak. Megjegyzésre érdemes azonban, hogy az egészséget mint értéket 3. helyre rangsorolók összpontszáma emelkedést mutat (1. táblázat):

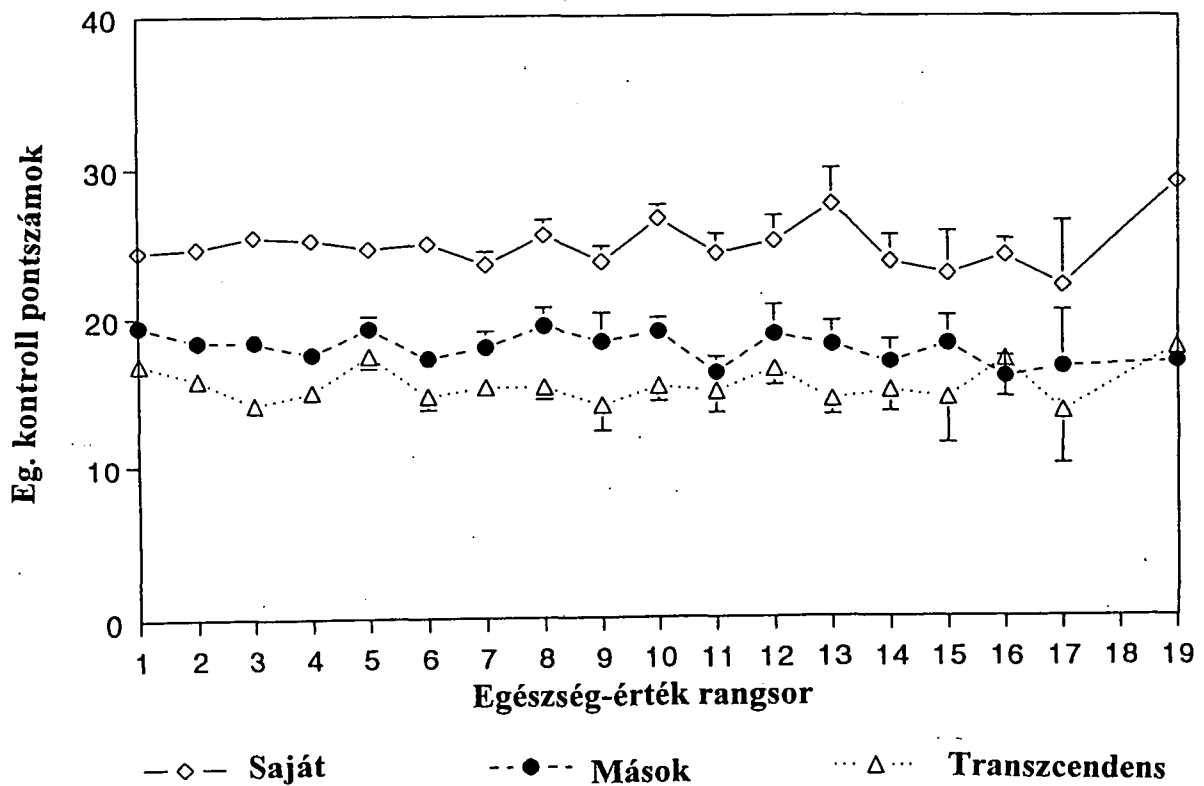
Érték-rangsor	Összpontszám átlaga	Szórás
1.	39.21	± 6.54
2.	38.07	± 6.5
3.	40.31	± 5.2
4.	39.30	± 6.8
5.	38.20	± 6.0

1. táblázat Egészség-érték és preventív egészségviselkedés értékek

Ez az eredmény önmagában nem magyarázható, igazán figyelemreméltóvá is csak akkor válik, ha szemügyre vesszük az érték-rangsor és az észlelt kontroll összefüggéseit.

Az egészség-érték és az észlelt kontroll

Az egészség érték-rangsorolása és a kontroll helyének összefüggéseit vizsgálva feltűnik, hogy míg az egészséget 1. ill. 5. helyre rangsoroló vizsgálati személyeknél az észlelt kontrollal kapcsolatos értékek szinte teljesen azonosan alakulnak, az egészséget 3. helyre rangsorolóknál a saját kontroll értékek magasabbak, míg a másoknak tulajdonított, illetve transzcendens kontroll értékek rendre alacsonyabbak (8. ábra).



8.ábra

Fentiek alapján elképzelhetőnek tartjuk, hogy a preventív egészségviselkedés mutatóiban megfigyelhető emelkedés azért az egészséget 3. helyre rangsorolóknál jelentkezett, mert viszonyulásuk az egészséghöz talán a legrealisztikusabb. Elképzelhető, hogy az egészséget az 1.helyre rangsorolók viszonya ehhez az értékhez idealisztikusabb, így a várakozások ellenére ez így módon tükröződik a viselkedésben. Alátámasztani látszik ezt az észlelt kontroll és az egészség-érték viszonya is, hiszen itt is éppen a 3. helyen figyelhető meg a transzcendens kontroll csökkenése, és a saját, ill. mások kontrolljának növekedése.

A preventív egészségviselkedés és a kontroll közötti korrelációk

A preventív egészségviselkedés és az észlelt kontroll mutatói között szignifikáns korrelációkat találtunk. A saját és mások kontrollja pozitív, míg a transzcendens kontroll negatív korrelációt mutat az egészségviselkedéssel:

Preventív egészségviselkedés	
Saját kontroll	0.1614*
Mások kontrollja	0.1438*
Transzcendens kontroll	-0.1472*

2. táblázat. A preventív egészségviselkedés és az észlelt kontroll korrelációi

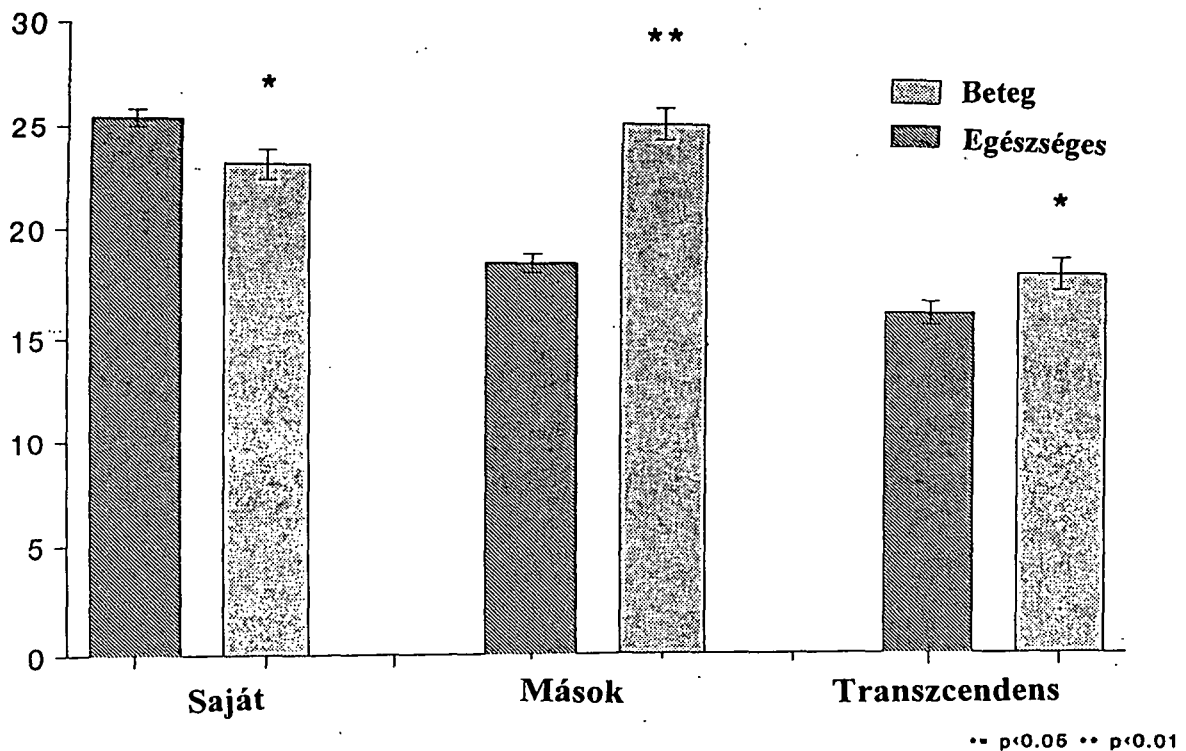
Ez az eredmény megerősíti az észlelt kontrollnak, mint fontos közvetítő változónak a befolyásoló szerepét. Ha ezt az összefüggést egybevetjük azzal, a fentiekben említett eredménnyel, hogy az észlelt kontroll az életkorral összefüggésben változik, ez azt hozná magával, hogy minél idősebb valaki, annál kevésbé jellemző rá a transzcendens kontroll,

és nő a saját kontroll érzése. Irodalmi adatokkal egybevetve, **(Wallston és Wallston, 1992.)** bizonyos életkorig valóban van ilyen tendencia, de kialakult személyiségű felnőtteknél ez elmosódik. Fontos megjegyezni, hogy a kontroll érzése szituációfüggő is lehet, és egyéb tényezők (a helyzet percepciója, attitűdök, önértékelés, stb.) is befolyásolhatják. Mivel az értékek vonatkozásában bizonyos összefüggést találtunk erre vonatkozóan, mindenképp érdemesnek látjuk a vizsgálat reprezentatív mintára való kiterjesztését, és más közvetítő változók (pl. szorongás) figyelembevételét.

2. A betegség-reprezentációk változásai egészséges és beteg embereknél

1. A 45 tünet 8 dimenzió mentén való értékelésének összegzése után csoportonkénti összehasonlítást végeztünk. Az egyes dimenziók szerint első 10 helyre került tüneteket vetettük össze az egészséges és beteg csoportokban. Az eredményeket a Függelék szemlélteti.

2. Az Egészség Kontroll Kérdőív adatait elemezve a következő eredményeket kaptuk: Az egészséges mintában az első helyre a Saját Kontroll került (átlagpontszám: 25.44), míg a második helyen áll a Mások Kontrollja (18.56), és harmadik helyen áll a Transzcendens Kontroll (16.44.). Ez a sorrend megegyezik korábbi, egészséges mintán végzett vizsgálatunk eredményével (9. ábra).



9. ábra

A beteg-csoportban a Mások Kontrollja került az első helyre (25.42), ezt követi a Saját Kontroll (23.2), majd a Transzcendens Kontroll következik (18.25). Az egészséges és beteg minta t-próbával való összehasonlítása a Mások Kontrolljának erőteljes szignifikáns emelkedését mutatja a betegeknél, a Transzcendens Kontroll enyhén szignifikánsan emelkedett, és a Saját Kontroll nem szignifikáns, tendencia-szerű csökkenését figyelhetjük meg náluk. (9. ábra).

3. A Spielberger szorongás-kérdőív 47.5 vonás-szorongás és 44.9 állapot-szorongás átlagpontszámai nem jeleznek megnövekedett szorongást a beteg-csoportban. Feltehetőleg a szorongás-emelkedés a beteggéválási folyamat korábbi szakaszát jellemzi - mintánkban már kezelés alatt álló betegek szerepeltek.

4. A beteg-csoport adatain végzett cluster-analízis segítségével kimutattuk, hogy "a tünet kialakulása befolyásolható" (személyes felelősségre utaló) dimenzió közel áll a kontroll-mechanizmusokhoz, míg a többi 7 dimenzió összetart (Ld.Függelék)

Szignifikáns (.33*) korrelációt találtunk az egészséges mintán a "súlyos" dimenzió és a "Mások Kontrollja" adatok között, ami arra utal, hogy a tünet feltételezett súlyossága facilitálja a kontroll átadását (a gyógyító személyzetnek).

"A tünet kialakulása befolyásolható" dimenzió a beteg-csoportban negatív korrelációt mutatott mind az állapot (-.35*), mind pedig a vonás-szorongással (-.29*), illetve erőteljes pozitív korrelációt a "súlyos" (.38**) és a "fájdalmas" (.5**) dimenziókkal.

3. Az orvos felkeresése: elvárások a gyógyító szakemberekkel szemben

Az értékelés során a PIQ kérdőív egyes tételeire adott válaszokat külön összegeztük (egyetért, bizonytalan, nem ért egyet). Az összegzést elvégeztük a három szakrendelésen megjelenő betegek válaszait külön csoportosítva is. Az eredmények összegzése a Függelékben látható.

Az eredmények részletes elemzésének elősegítése érdekében a kérdőív tételeit az alábbi tartalmi csoportokra osztottuk:

A. A betegség természetére és a terápiára vonatkozó tételek:

1. A betegséggel kapcsolatos információigény (2,6,10,18,22,29,32,37)
2. Vizsgálatokra, kezelésekre, gyógyszerekre vonatkozó felvilágosítás igénye (24,28,35,38)
3. Gyógyszerek felírására, megváltoztatására való igény (4,9,19)
4. Kivizsgálás igénye (12,23,33)
5. Egyéb
 - Szakorvosi ellátás igénye (27)
 - Diagnózis megerősítésének igénye (25)
 - Idegállapot kezelésének igénye (5)
 - Nőgyógyászati beutalási igény (15)

B. Kapcsolati tényezőkre, az orvos empátiájára vonatkozó tételek

1. A beteg problémáinak megértése (1,11,17)
 2. A beteg véleményének figyelembevétele a diagnózisalkotásban és a terápiában (20,36)
 3. Érzelmi problémák megbeszélésének igénye (16,31)
- Egyéb:
- Magánéleti (szexuális) problémák megbeszélésének igénye (3,5)
 - Nehéz élethelyzet miatti támaszkeresés (8)

A kérdéscsoportokat az egyetértés százalékban kifejezett gyakorisága szerint dolgoztuk fel a három szakrendelőben. A legmagasabb értéket - 90 százalékos egyetértést az orvos empátiájára, a beteg problémájával való együttérzésre vonatkozó tételekkel kapcsolatosan kaptuk. Az e csoportba tartozó elvárások leginkább a pszichiátriai betegekre voltak jellemzőek (két tétel esetében is 100 százalékos volt az egyetértés),

azonban a belgyógyászati és sebészeti ambulancián jelentkező betegek is több mint 80 százalékban elvárják, hogy az orvos megértse problémájukat. A részletes adatokat a 3.táblázat szemlélteti.

NO	ÁLLÍTÁS	BEL.	SEB.	PSY.	ÖSSZ.
1.	Azt akarom, hogy az orvos megértse a problémámat.	83.3%	96.6%	100%	93.3%
11.	Szeretnék az orvossal beszélgetni a problémámról.	80.0%	76.6%	93.3%	83.3%
17.	Azt szeretném, hogy az orvos megértse engem és a problémámat.	80.0%	80.0%	100%	86.6%

3. táblázat

A betegek elvárásainak sorában az információigénnyel kapcsolatos tételekkel való egyetértés következett a második helyen. A betegek 90 százaléka egyetértett azzal az állítással, hogy "Azt szeretném, ha az orvos elmondaná, hogy mi a bajom". Ez az igény leginkább a belgyógyászati rendelés betegeit jellemzi: 93,3 százalékban értettek egyet az állítással, míg a sebészeti betegeknél ez az arány 90 százalék, a pszichiátriai betegeknél pedig 86,6 százalék volt. A pszichiátriai betegeknél feltehetőleg a diagnózis stigmatizáló volta miatt volt alacsonyabb az egyetértés. Nagyon sok beteg (az összes válaszadó 88,8 százaléka) szeretne volna megtudni, hogy milyen gyorsan gyógyul meg (18. tétel). A betegség lefolyására, az esetlegesen fellépő szövődményekre, a jövőbeli kilátásokra kíváncsi betegek száma szintén nagy volt. Mindezeket a 4.táblázat szemlélteti.

NO	ÁLLÍTÁS	BEL.	SEB.	PSY.	ÖSSZ.
2.	Azt szeretném, ha az orvos elmondaná, mi a bajom.	93.3%	90.0%	86.6%	90.0%
6.	Egy egészségügyi problémával kapcsolatban szeretnék segítséget kérni.	90.0%	96.6%	90.0%	92.2%
18.	Azt szeretném megtudni, hogy milyen gyorsan gyógyulok meg.	90.0%	90.0%	86.6%	88.8%
29.	Szeretnék tudni betegségem esetleges szövődményeiről.	86.6%	86.6%	83.3%	85.5%
10.	Szeretném, ha az orvos elmondaná, hogy mennyire komoly a problémám.	80.0%	76.6%	96.6%	84.4%
32.	Szeretném, ha az orvos elmondaná betegségem várható lefolyását.	83.3%	86.6%	83.3%	84.4%
37.	Szeretném megtudni, hogy lesz-e bármiféle problémám a jövőben.	80.0%	83.3%	73.3%	80.0%
22.	Szeretném biztosan tudni, hogy nincs semmi bajom.	83.3%	80.0%	86.6%	83.3%

4. táblázat

Az elvárások következő csoportja a felvilágosítással kapcsolatos igényt tükrözi. Ide a kezelésre, a gyógyszerelésre, vizsgálati eredményekre vonatkozó információkat soroltuk. A "Felvilágosítást szeretnék kapni az orvosi kezeléssel kapcsolatosan" tétellel a válaszadók 88,8 százaléka értett egyet: a belgyógyászatban és a sebészeten egyaránt 86,6 százalékos, míg a pszichiátrián 93,3 százalékos volt az egyetértés. A tünetek jelentésével kapcsolatos információ-adást a betegek 86,6 százaléka igényelte. Ez a pszichiátriai rendelő betegek között volt a legjellemzőbb: 96,6 százalékuk értett egyet ezzel az állítással, de a belgyógyászatban (83 százalék) és a sebészeten (80 százalék) is jelentős volt a tünetek jelentésére vonatkozó felvilágosítás igénye. (5. táblázat.)

NO	ÁLLÍTÁS	BEL.	SEB.	PSY.	ÖSSZ.
24.	Felvilágosítást szeretnék kapni az orvosi kezeléssel kapcsolatban.	86.6%	86.6%	93.3%	88.8%
35.	Szeretném, ha az orvos elmagyarázná kezelésem lényegét.	80.0%	83.3%	93.3%	85.5%
38.	Szeretném, ha az orvos elmagyarázná néhány vizsgálat eredményét.	80.0%	90.0%	83.3%	84.4%
28.	Felvilágosítást szeretnék kapni a gyógyszeréről, amit szedek.	83.3%	60.0%	90.0%	77.8%

5. táblázat

A betegek kivizsgálási igényét az 5. táblázaton láthatjuk. A betegek 86,6 százaléka igényli a kivizsgálást; főleg abból kifolyólag, hogy megtudják, mi okozza a betegségüket (itt 80 százalékos az egyetértés).

NO	ÁLLÍTÁS	BEL.	SEB.	PSY.	ÖSSZ.
12.	Szeretnék néhány vizsgálatot, hogy kiderüljön, mi a bajom.	73.3%	73.3%	80.0%	75.5%
23.	Néhány vizsgálatot szeretnék elvégeztetni.	90.0%	86.6%	83.3%	86.6%
33.	Szeretném, ha kivizsgálnák mi okozza mostani állapotomat.	86.6%	66.6%	86.6%	80.0%

6. táblázat

Az elvárások következő csoportja a betegek érzelmi problémáit, reakciómódjait érinti. A betegek elsősorban azt várják, hogy az orvos elmagyarázza különböző reakcióik hátterét (13. tétel: 84 százalék, 41. tétel: 76,6 százalék). Az érzelmi problémákat érintő magyarázatokkal kapcsolatos igény is jelentős (7. tétel: 65,5 százalék, 30. tétel: 56,6 százalék). Figyelemreméltó, hogy bár az érzelmi problémákkal kapcsolatos információkat természetesen elsősorban a pszichiátriai rendelésen várják a betegek, ez az igényük a másik két szakrendelésen is jelentős.

NO	ÁLLÍTÁS	BEL.	SEB.	PSY.	ÖSSZ.
7.	Azt szeretném, ha az orvos elmagyarázná érzelmi problémáim okait.	60.0%	50.0%	86.6%	65.5%
13.	Szeretném, ha az orvos elmondaná, miért érzek így.	83.3%	80.0%	90.0%	84.4%
30.	Érzelmi problémáim megoldásához szeretnék segítséget kapni.	50.0%	26.6%	93.3%	56.6%
41.	Szeretném tudni, hogy miért reagálok úgy, ahogy.	80.0%	53.3%	96.6%	76.6%

7. táblázat

Szinte azonos mértékben (átlagosan 72,2 százalékban) igénylik a betegek, hogy az orvos megértse, ők maguk mit gondolnak a betegségükről. Ez az eredmény igen jelentős a korábban már említett kognitív tényezők vonatkozásában, azaz itt is megerősödik, hogy az orvos-beteg kapcsolat - és így a gyógyulás - megfelelő alakulásának egyik középponti faktora a betegnek saját betegségével kapcsolatos tudása, vélelmei. A betegeknek a kezeléssel kapcsolatosan is vannak elvárásai (36. tétel: 65,5 százalék), azonban ez inkább a pszichiátriai betegek körében jellemző (86,6 százalék).

NO	ÁLLÍTÁS	BEL.	SEB.	PSY.	ÖSSZ.
20.	Szeretném, ha az orvos megértené, hogy szerintem mi a bajom.	76.6%	66.6%	73.3%	72.2%
36.	Szeretném, ha az orvos megértené, hogy szerintem milyen kezelés lenne a leghasznosabb számomra.	53.3%	56.6%	86.6%	65.5%

8. táblázat

A 9. táblázatban láthatjuk a megnyugtatóra, vigasztalásra vonatkozó elvárásokat. Jelentős a különbség a pszichiátriai és a másik két szakrendelő betegei között, azonban megjegyzendő, hogy ezeken a rendeléseken is (főként a belgyógyászaton) elvárják a betegek, hogy az orvos megnyugtassa őket.

NO	ÁLLÍTÁS	BEL.	SEB.	PSY.	ÖSSZ.
16.	Nyugtalan vagyok, és szeretném az orvos segítségét kérni.	66.6%	60.0%	93.3%	73.3%
31.	Valaki vigasztalására van szükségem ebben a nehéz időben.	60.0%	43.3%	80.0%	61.1%

9. táblázat

Az utolsó (10.) táblázatban a csoportba nem sorolt tételekkel való egyetértés mutatóit összegeztük. Ezek között viszonylag alacsony egyetértést váltott ki a 3. "Magánéletem bizonyos problémáit szeretném megbeszélni vele", a 8. "Nehéz helyzetben vagyok és támogatást szeretnék kapni" és a "Néhány tanácsot szeretnék kapni a házasság (nemi élettel kapcsolatban), és a 14. "Szeretném, ha egy doktornőhöz utalnának" állítások. Ezek alapján úgy tűnik, a betegek nem tartják az orvos illetékességi körébe tartozónak a magánéleti problémák megbeszélését (még a pszichiátrián is az általunk vártnál alacsonyabb arányban fordult elő ez az igény). Valószínűsíthető az is, hogy a betegeknek nincsenek az orvos nemét illető preferenciáik, bár a kérdőív erre csak az orvosnők vonatkozásában kérdez rá.

NO	ÁLLÍTÁS	BEL.	SEB.	PSY.	ÖSSZ.
27.	Azt szeretném, ha beutalnának egy szakorvoshoz.	70.0%	56.6%	66.6%	64.4%
25.	A korábbi diagnózis megerősítését szeretném.	46.6%	56.6%	50.0%	51.1%
5.	Idegállapotom kezelését szeretném.	26.6%	26.6%	90.0%	47.7%
3.	Magánéletem bizonyos problémáit szeretném megbeszélni vele.	33.3%	13.3%	73.3%	40.0%
8.	Nehéz helyzetben vagyok, és támogatást szeretnék kapni.	26.6%	13.3%	50.0%	30.0%
15.	Néhány tanácsot szeretnék kérni a házaspár (nemi) élettel kapcsolatban.	20.0%	13.3%	46.6%	26.6%
14.	Szeretném, ha egy doktornőhöz utalnának	13.3%	6.6%	16.6%	12.2%

10. táblázat



ÖSSZEFOGLALÁS

Az egészség-érték, az észlelt kontroll és az egészségviselkedés összefüggéseit elemző vizsgálatunk eredményei alapján a 14-25 éves korosztályban az egészség mint érték előbbre került az értékek rangsorában a korábbi (Császi, 1989.) vizsgálatokhoz képest. Ez az eredmény egyrészt reménykeltő, hiszen az idézett korábbi vizsgálatban éppen a fiatalok voltak azok, akik kevésbé rangsorolták az első helyek valamelyikére az egészséget.

Vizsgálataink alapján az egészséghez való pozitív viszonyulás nem több kedvező attitűdnél, hiszen az érték-rangsor és a preventív egészségviselkedés közötti összefüggést nem sikerült kimutatnunk. Elképzelhetők tartjuk, hogy egy éppen zajló folyamat szemtanúi vagyunk, azaz az értékrendbeli változást hamarosan követni fogja a viselkedésváltozás is. Ezzel kapcsolatosan csak jóslásokba bocsátkozhatunk, a pontos eredmény csak egy, a vizsgált populáción a későbbiekben megismétlendő vizsgálattal, vagy jelen vizsgálat reprezentatív mintára való kiterjesztésével lenne lehetséges. Ez utóbbi jelenleg folyamatban van.

Bár az értékrangsor és az észlelt kontroll-eredmények között nem találtunk szignifikáns összefüggést, mindenképp említésre méltó, hogy a vizsgált populáción belül azok rangsorolták a legelőbbre az egészséget, akik a legmagasabb értékekkel voltak jellemezhetők a saját kontroll tekintetében is: az egészségügyi orientációjú iskolákban tanuló hallgatók. Ezen eredmény igazi jelentőségét az adja, hogy a vizsgálati minta ezen csoportjai - jövődó egészségügyi szakemberek - a későbbiekben jelentős attitűd-formáló, modell-szerepbe kerülnek, és ha jelenlegi viszonyulásuk nem változik negatív irányba, jelentősen befolyásolhatják mások attitűdjét, és ezen keresztül preventív egészségviselkedését is.

Eredményeink alapján valószínűsíthető, hogy a szorongás és a betegség-reprezentációk egymásrahatását a hipotézisünkben megfogalmazott módon az észlelt kontroll befolyásolja, hiszen az eredményekből az tükröződik, hogy minél inkább saját magának tulajdonítja az illető a betegség kialakulását, annál kevésbé(!) szorong, és kevésbé tartja súlyosnak, vagy fájdalmasnak a tüneteket. Ez a (meglepő) eredmény csak egy módon jöhet létre: a betegség létrejöttével kapcsolatos felelősség érzése (a kauzális attribúció folyamata következményeként) a saját kontroll feltételezésére utal, mely jelentős szorongás-csökkentő hatással rendelkezik. Az erőteljes saját kontroll érzés és az

alacsony szorongásszint - feltételezésünk szerint - nem képez elégséges motiváló erőt az orvoshoz fordulás, a gyógyító szakember felkeresése szempontjából. Valószínűsíthető tehát, hogy a beteggéválás folyamata során erősödő szorongás a folyamatban adaptív erejű: segít a betegnek a saját kontroll érzésének csökkentésében, mások kontrollja feltételezésének erősítésében, azaz a segítségkérés felvállalásában.

Vizsgálati eredményeink részletes bemutatása után látható, hogy a magyar populáción végzett felmérés eredményei szinte teljes mértékben igazolni látszanak a nemzetközi szakirodalom alapján idézett adatokat: a beteg az orvost felkeresve elsősorban azt várja, hogy az orvos megértse őt, megértse a problémáját. Ez pedig anélkül nem képzelhető el, hogy a gyógyító szakember ne szerezzen információkat a páciens betegségével kapcsolatos nézeteiről, az ahhoz tapadó szorongásról. A vizsgálati eredmények ismeretében jól végigkövethetők a beteg egyéb igényei, elvárásai is a találkozás során: hangsúlyozottan elvárják a betegek, hogy az orvos tájékoztassa őket arról, mit gondol a problémájukról, mennyire tartja súlyosnak azt, milyen eredményt hozhat a kezelés. Innen azonban a betegség alakulásának és az orvos-beteg kapcsolat folyamatának egy olyan fejezete kezdődik, melynek háttéréről és részleteiről jelen dolgozatban nem tudunk szólni. Azt azonban mindenképp hangsúlyoznunk kell, hogy ez a fejezet sem lehet független a fentiektől: az egészségviselkedés komplex rendszerének szerves részét képezi.

III.FÜGGELÉK

I. SÚLYOS

TŰNET-RANGSOR	Mean	S.E.	Mean	Std Dev
1. VÉGTAG-BÉNULÁS	6.43		.11	.95
2. VÉR FELKÖHÖGÉS	6.13		.11	.92
3. ASTHMA	5.21		.14	1.26
4. LÉGSZOMJ	4.96		.17	1.51
5. GÖRCSROHAM	4.87		.16	1.44
6. MAGAS VÉRNY.	4.77		.17	1.53
7. MELLKASI F.	4.69		.14	1.23
8. ZIHÁLÁS	4.26		.15	1.28
9. ARANYÉR	4.03		.14	1.22
10.BÖRFERTŐZÉS	3.88		.15	1.29

II.FÁJDALMAS

TŰNET RANGSOR	Mean	S.E.	Mean	Std Dev
1. GÖRCSROHAM	5.55		.15	1.34
2.VÉR FELKÖHÖGÉSE	4.84		.17	1.48
3. FEJFÁJÁS	4.68		.17	1.48
4. LÁB-GÖRCS	4.62		.18	1.58
5. ARANYÉR	4.61		.16	1.39
6. MELLKASI FÁJD	4.45		.14	1.24
7. GYOMORFÁJÁS	4.32		.16	1.37
8. HÁTFÁJÁS	4.22		.17	1.48
9. SEB A SZÁJBAN	4.16		.17	1.43
10. LÉGSZOMJ	4.01		.22	1.89

1. Tünet-rangsorolás az egészséges csoportban

III.KÜLSŐ/BELSŐ OK

TÜNET RANGSOR	Mean S.E.	Mean	Std Dev.
1. SÚLYFELESLEG	5.60	.14	1.35
2. FÁRADTSÁG	5.01	.17	1.62
3. INGERLÉKENY	4.80	.17	1.61
4. GYOMORFÁJÁS	4.22	.16	1.48
5. TOROKFÁJÁS	4.07	.16	1.56
6. SÚLYVESZTESÉG	4.01	.18	1.67
7. SZÉKREKEDÉS	4.00	.16	1.55
8. ALVÁSZAVAR	3.88	.19	1.82
9. GYENGESÉG	3.71	.16	1.51
10. REKEDTSÉG	3.69	.17	1.66

IV.ZAVARÓ

TÜNET RANGSOR	Mean S.E.	Mean	Std Dev
1. LÁB-GÖRC	6.68	.09	.85
2. VÉR KÖHÖGÉSE	6.21	.10	.98
3. GÖRCSTROHAM	5.68	.14	1.29
4. LÉGSZOMJ	5.35	.17	1.60
5. ARANYÉR	5.32	.14	1.32
6. ASTHMA	5.26	.14	1.36
7. ÁJULÁS	5.23	.18	1.69
8. MELLKASI F.	4.91	.13	1.25
9. SEB A SZÁJBAN	4.89	.15	1.41
10. FEJFÁJÁS	4.82	.16	1.57

V.CSELEKVÉST GÁTOL

TÜNET RANGSOR	Mean S.E.	Mean	Std Dev
1.VÉGTAGBÉNULÁS	6.52	.07	.66
2. ÁJULÁS	6.44	.11	1.05
3. GÖRCSTROHAM	5.76	.15	1.41
4. VÉR KÖHÖGÉSE	5.43	.15	1.46
5. LÉGSZOMJ	4.72	.17	1.58
6.LÁBGÖRC	4.70	.17	1.63
7. MELLKASI F.	4.29	.13	1.26
8. ASTHMA	4.20	.17	1.58
9. HASMENÉS	4.07	.16	1.54
10. ZIHÁLÁS	4.03	.14	1.30

VI.ÉLETVESZÉLYES

TÜNET RANGSOR	Mean S.E.	Mean	Std Dev
1. VÉR KÖHÖGÉSE	5.61	.12	1.18
2. MAGAS VÉRNY.	4.78	.15	1.44
3. GÖRCSROHAM	4.50	.17	1.65
4. LÉGSZOMJ	4.40	.18	1.76
5. MELLKASI FÁJD	4.17	.16	1.55
6.VÉGTAG BÉNULÁS	4.17	.18	1.76
7. ASTHMA	3.98	.18	1.75
8. ÁJULÁS	3.60	.16	1.51
9. ZIHÁLÁS	3.47	.16	1.53
10. SÜLYVESZTESÉG	3.28	.17	1.67

VII.SZOKATLAN

TÜNET RANGSOR	Mean S.E.	Mean	Std Dev
1. VÉR FELKÖHÖGÉS	6.25	.14	1.36
2. VÉGTAG BÉNULÁS	6.08	.15	1.41
3. LÉGSZOMJ	5.23	.18	1.73
4. ASTHMA	5.2	.20	1.89
5. GÖRCSROHAM	4.93	.18	1.77
6. ZIHÁLÁS	4.92	.18	1.74
7. MELLKASI FÁJD	4.76	.16	1.51
8. ÁJULÁS	4.73	.21	2.00
9. ARANYÉR	4.63	.20	1.91
10. FOLTLÁTÁS	4.61	.19	1.81

VIII.KEZELÉST IGÉNYEL

TÜNET RANGSOR	Mean S.E.	Mean	Std Dev
1. VÉR KÖHÖGÉSE	6.42	.11	1.01
2. VÉGTAG-BÉNULÁS	6.42	.13	1.25
3. ASTHMA	5.78	.15	1.42
4. MAGAS VÉRNY.	5.67	.16	1.52
5.LÉGSZOMJ	5.47	.16	1.49
6. GÖRCSROHAM	5.30	.18	1.69
7.ARANYÉR	5.15	.16	1.56
8. MELLKASI F.	5.12	.14	1.31
9. BŐRFERTŐZÉS	4.99	.14	1.35
10.ZIHÁLÁS	4.79	.18	1.70

I.SŰLYOS

TŰNET RANGSOR	Mean	S.E.	Mean	Std Dev
1. VÉGTAG-BÉNULÁS	5.41		.27	2.25
2. VÉR KÖHÖGÉSE	5.10		.28	2.28
3.LÉGSZOMJ	4.35		.25	2.04
4. ASTHMA	4.31		.25	2.05
5. MAGAS VÉRNY.	4.27		.22	1.85
6. SŰLYVESZTÉS	3.99		.21	1.78
7. GÖRCSROHAM	3.83		.23	1.91
8. BŐRFERTŐZÉS	3.79		.21	1.76
9. MELLKAS FÁJD.	3.79		.22	1.81
10. DAGADT LÁB	3.78		.18	1.51

II.FÁJDALMAS

TŰNET RANGSOR	Mean	S.E.	Mean	Std Dev
1. LÁB-GÖRCS	4.48		.19	1.63
2. GÖRCSROHAM	4.41		.22	1.82
3. ARANYÉR	4.31		.23	1.95
4. HÁTFÁJÁS	4.01		.19	1.59
5. VÉR KÖHÖGÉS	4.00		.25	2.03
6.NYAK MEREV.	3.99		.21	1.75
7. SEB A SZÁJBAN	3.97		.21	1.79
8. GYOMORFÁJÁS	3.93		.19	1.62
9. MELLKASI FÁJD	3.85		.21	1.74
10. FEJFÁJÁS	3.81		.20	1.62

2. Tünet-rangsorolás a beteg-csoportban

III.KÜLSŐ/BELSŐ OK

TÜNET RANGSOR	Mean S.E.	Mean	Std Dev
1. SÜLYFELESLEG	.27	2.16	
2. FÁRADTSÁG	3.54	.21	1.81
3. SZÉKREKEDÉS	3.39	.21	1.75
4.INGERLÉKENYSÉG	3.30	.22	1.79
5.SÜLYVESZTESÉG	3.08	.20	1.66
6. GYOMORFÁJÁS	3.04	.18	1.49
7.HASMENÉS	3.00	.19	1.54
8. SZÉLGÖRCS	2.96	.18	1.53
9. ALVÁSZAVAR	2.93	.19	1.57
10. HÁTFÁJÁS	2.92	.17	1.45

IV.ZAVARÓ

TÜNET RANGSOR	Mean S.E.	Mean	Std Dev
1. VÉGTAĞ BÉNULÁS	5.84	.24	2.01
2. VÉR KÖHÖGÉSE	5.55	.24	1.92
3. GÖRCSROHAM	5.04	.20	1.66
4.LÉGSZOMJ	4.96	.24	1.97
5. SEB A SZÁJBAN	4.93	.23	1.95
6. ASTHMA	4.88	.24	1.95
7. ARANYÉR	4.74	.22	1.82
8. ÁJULÁS	4.63	.25	2.04
9. MAGAS VÉRNY.	4.59	.21	1.78
10. LÁBGÖRCS	4.57	.20	1.69

V.CSELEKVÉST GÁTOL

TÜNET RANGSOR	Mean S.E.	Mean	Std Dev
1. VÉGTAĞ BÉNULÁS	6.07	.23	1.87
2. ÁJULÁS	5.61	.26	2.09
3. VÉR KÖHÖGÉSE	5.15	.25	2.07
4. GÖRCSROHAM	5.11	.23	1.95
5. LÁBGÖRCS	4.71	.21	1.79
6. LÉGSZOMJ	4.57	.24	1.98
7. ASTHMA	4.38	.23	1.89
8. HASMENÉS	4.34	.21	1.73
9. MAGAS VÉRNY.	4.33	.20	1.74
10.NYAK MEREV.	4.29	.21	1.79

VI.ÉLETVESZÉLYES

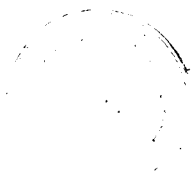
TÜNET RANGSOR	Mean S.E.	Mean	Std Dev
1.VÉR KÖHÖGÉSE	5.16	.24	1.95
2. MAGAS VÉRNY.	4.51	.23	1.89
3. VÉGTAG BÉNULÁS	4.45	.26	2.09
4. GÖRCSROHAMOK	4.40	.23	1.94
5. LÉGSZOMJ	4.05	.21	1.72
6. ÁJULÁS	3.88	.24	1.91
7.ZIHÁLÁS	3.82	.21	1.69
8. ASTHMA	3.81	.22	1.77
9. MELLKASI FÁJD	3.79	.24	1.97
10. SÜLYVESZTESEG	3.44	.19	1.57

VII.SZOKATLAN

TÜNET RANGSOR	Mean S.E.	Mean	Std Dev
1. VÉR KÖHÖGÉSE	5.72	.22	1.76
2. VÉGTAG-BÉNULÁS	5.35	.24	1.94
3. SEB A SZÁJBAN	4.83	.21	1.71
4. GÖRCSROHAM	4.73	.22	1.81
5. LÉGSZOMJ	4.63	.25	2.01
6. ZIHÁLÁS	4.62	.21	1.72
7. ASTHMA	4.47	.25	2.03
8. FOLTLÁTÁS	4.38	.23	1.85
9. SZÁJSZÁRAZSÁG	4.29	.22	1.78
10. BŐRFERTŐZÉS	4.17	.23	1.83

VIII.KEZELÉST IGÉNYEL

TÜNET RANGSOR	Mean S.E.	Mean	Std Dev
1.VÉR KÖHÖGÉSE	5.83	.24	1.92
2. VÉGTAG BÉNULÁS	5.73	.24	1.97
3. MAGAS VÉRNY.	5.41	.20	1.64
4. GÖRCSROHAM	5.38	.22	1.79
5. ASTHMA	5.08	.22	1.76
6. LÉGSZOMJ	4.86	.23	1.83
7.BŐRFERTŐZÉS	4.75	.23	1.90
8. SEB A SZÁJBAN	4.70	.24	1.95
9. ZIHÁLÁS	4.70	.22	1.79
10.MELLKASI FÁJD.	4.60	.21	1.75



Ezen a lapon 19 értéket talál. Rendezze ezeket olyan sorrendbe, amely kifejezi fontosságuk sorrendjét az Ön számára, ahogy ezek az elvek az Ön életét irányítják. Figyelmesen tanulmányozza át a listát, és keresse ki azt az értéket, amely a legfontosabb az Ön számára. Írjon a mellette lévő üres kockába egy 1-est. Most válassza ki az Ön számára másodszorban legfontosabb értéket, és írjon mellé az üres kockába egy 2-est. Állapítsa meg ezután a harmadik (3.), negyedik (4.), stb. legfontosabb értéket, és írjon mellé megfelelő számokat, határozza meg tehát az összes érték fontossági sorrendjét. Az Ön számára legkevésbé fontos érték mellé a 19-es szám kerüljön.

Belső harmónia (belső konfliktusok nélküli lét)	☐	Izgalmas élet (ösztönző, aktív élet)	☐
Béke (konfliktus, háború nélküli világ)	☐	Kényelmes élet (sikeres élet)	☐
Boldogság (megelégedettség)	☐	Nemzeti biztonság (támadással szembeni védelem)	☐
Bölcsesség (az élet megértése)	☐	Önbecsülés (önmagunk elismerése)	☐
Családi biztonság (szeretett személyek gyámolítása)	☐	Egészség (betegség hiánya)	☐
Egyenlőség (testvériség, egyenlő lehetőségek mindenki számára)	☐	Sikeres megvalósítás érzése (maradandó létreho- zása)	☐
Élvezetek (örömteli, komótos élet)	☐	Szabadság (függetlenség, szabad választás)	☐
Érett szerelem (meghitt szexuális és szellemi kapcsolat)	☐	Szépség (a természet és a művészet szépsége)	☐
Igaz barátság (hű társak)	☐	Társadalmi tekintély (elismerés, csodálat)	☐
		Üdvözülés (megváltott, örök élet)	☐

3. A Rokeach-féle érték-kérdőív ("egészség" értékkel)

A következő kérdőív olyan állításokat tartalmaz, melyekkel Ön egyetérthet, vagy elutasíthatja. minden állítás mellett egy hatfokú skálát talál, mely az "egyáltalán nem értek egyet" (1) választól a "teljesen egyetértek" (6) válaszig terjed. Kérjük minden állítás mellett karikázza be a megfelelő számot, mely azt jelöli, hogy Ön mennyire ért egyet az adott tétellel. Minél inkább egyetért, annál nagyobb számot kell bekarikáznia. Minden sorban csak egy számot karikázzon be. Ily módon Ön a személyes véleményét közli, tehát nyilvánvalóan nincsenek "helyes" és "helytelen" válaszok.

A hatfokú skálán jelölhető lehetőségek a következők:

1. egyáltalán nem értek egyet
2. nem teljesen értek egyet
3. kevésbé értek egyet
4. valamennyire egyetértek
5. többé-kevésbé egyetértek
6. teljesen egyetértek

4. Az Egészség Kontroll kérdőív (Wallston és Wallston)

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. Ha megbetegszem, a magam erejéből is meg tudok gyógyulni. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Gyakran érzem azt, hogy ha kialakult nálam egy betegség, nem tudom befolyásolni. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Ha rendszeresen ellenőriztetem magam egy jó orvossal, kevesebb problémám lesz az egészségemmel. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Egészségi állapotom nagymértékben függ véletlen eseményektől. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Csak úgy tudok egészséges maradni, ha rendszeresen konzultálok szakemberekkel. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Felelős vagyok az egészségemért. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. A többi embernek is nagy szerepe van abban, hogy meg tudom őrizni az egészségemet. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Bármilyen problémám van az egészségemmel, én vagyok érte felelős. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Ha beteg vagyok, csak hagyom, hogy történjenek a dolgok. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Az egészségügyi szakembereken múlik, hogy egészséges maradok-e. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Ha nem betegszem meg, az csak a szerencse dolga. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Fizikai közérzetem és erőnlétem azon múlik, hogy mennyit törődök magammal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Ha rosszul érzem magam, azt annak köszönhetem, hogy nem törődtem eléggé az egészségemmel. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Az, hogy mennyire tudok kilábalni egy betegségből, attól függ, hogy milyen kezeléseket kapok. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Még ha vigyázok is az egészségemre, könnyű megbetegedni. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Egészségi állapotom változásai a sors kezében vannak. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Ha vigyázok az egészségemre, a legtöbb betegséget el tudom kerülni. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Ha egészséges akarok maradni, a legjobb, ha szó szerint betartom az orvos utasításait. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Kérjük jelölje meg az Önre leginkább jellemző választ (a melléte levő szám bekarikázásával) !

1. Milyen rendszeresen sportol ? (A kötelező testnevelési órán kívül)

1. Naponta
2. Hetente 1-2 alkalommal
3. Havonta 2-3 alkalommal
4. 1-2 havonta
5. Egyáltalán nem sportol
(a kötelező testnevelésen kívül)

2. Milyen gyakran jár Ön fogorvoshoz ?

1. Félévente
2. Évente
3. Probléma esetén, és ritkán ellenőrzésre
4. Csak ha probléma van
5. Soha

3. Milyen gyakran fogyaszt alkoholt ?

1. Soha
2. Ritkán, csak ünnepi alkalmakkor
3. Havonta 1-2 alkalommal
4. Hetente 1-2 alkalommal
5. Naponta

4. Dohányzik-e Ön ?

1. Egyáltalán nem dohányzik
2. Ritkán, csak társaságban
3. Naponta 1-2 szálát
4. Naponta 20 szál alatt
5. Több, mint 20 szálát naponta

5. Szed-e bármilyen gyógyszert orvosi előírás nélkül ?

1. Soha
2. Évente 1-2 alkalommal
3. Havonta 1-2 alkalommal
4. Hetente 1-2 alkalommal
5. Naponta

Mennyire jellemzőek Önre az alábbi állítások ?
Kérjük osztályozza a mellékelt 5 fokú skálán.

Lehetséges válaszok :

1. Mindig
2. Rendszerint
3. Néha
4. Ritkán
5. Soha

1. Ügyel a rendszeres táplálkozásra.	1	2	3	4	5
2. 8 órát alszik naponta.	1	2	3	4	5
3. Inkább gyalog megy a 3. emeletre, mint hogy liftre várjon.	1	2	3	4	5
4. Ha elől ül az autóban, használja a biztonsági övet.	1	2	3	4	5
5. Naponta háromszor mos fogat.	1	2	3	4	5
6. Kerüli a köhögő, náthás embereket.	1	2	3	4	5
7. Ügyel arra, hogy testsúlya optimális legyen.	1	2	3	4	5
8. Gyógynövényeket, biokészítményeket fogyaszt. (gyógytea, müzli, barnakenyér, stb.)	1	2	3	4	5
9. Télen hord sapkát, sálát.	1	2	3	4	5
10. Általában törődik az egészségével.	1	2	3	4	5

Az alábbiakban különböző tüneteket, betegségeket lát felsorolva. Kérjük, döntse el a betegségek, tünetek melletti 7 fokú skála segítségével, hogy MENNYIRE TARTJA SÜLYOSNAK az adott állapotot. Minél SÜLYOSABBNAK TARTJA, annál NAGYOBB SZÁMOT karikázzon be. Ha ENYHEBBNEK TEKINTI az adott tünetet, betegséget, KISEBB SZÁMOT karikázzon be.

	ENYHE						SÜLYOS
Görccsrohamok	1	2	3	4	5	6	7
Végtag-bénulás	1	2	3	4	5	6	7
Színes foltok látása	1	2	3	4	5	6	7
Homályos látás	1	2	3	4	5	6	7
Zsibbadás-érzés	1	2	3	4	5	6	7
Ajulás	1	2	3	4	5	6	7
Fülzúgás	1	2	3	4	5	6	7
Szédülés	1	2	3	4	5	6	7
Nyak-merevedés	1	2	3	4	5	6	7
Görccs a lábakban	1	2	3	4	5	6	7
Köhögés	1	2	3	4	5	6	7
Hányinger	1	2	3	4	5	6	7
Fáradtság	1	2	3	4	5	6	7
Székrekedés	1	2	3	4	5	6	7
Torokfájás	1	2	3	4	5	6	7
Alvászavar	1	2	3	4	5	6	7
Ingerültség	1	2	3	4	5	6	7
Fejfájás	1	2	3	4	5	6	7
Mellkasi fájdalom	1	2	3	4	5	6	7
Vér felköhögése	1	2	3	4	5	6	7
Elhízás	1	2	3	4	5	6	7
Gyomorfájás	1	2	3	4	5	6	7
Hátfájás	1	2	3	4	5	6	7
Asztma	1	2	3	4	5	6	7
Légszomj	1	2	3	4	5	6	7
Dagadt boka és láb	1	2	3	4	5	6	7
Gyakori vizelés	1	2	3	4	5	6	7

	ENYHE						SÜLYOS
Szénanátha	1	2	3	4	5	6	7
Rekedtség	1	2	3	4	5	6	7
Orrvérzés	1	2	3	4	5	6	7
Kiütések	1	2	3	4	5	6	7
Nátha	1	2	3	4	5	6	7
Hajhullás	1	2	3	4	5	6	7
Puffadás-érzés	1	2	3	4	5	6	7
Bőrfertőzés	1	2	3	4	5	6	7
Dadogás	1	2	3	4	5	6	7
Hányás	1	2	3	4	5	6	7
Hasmenés	1	2	3	4	5	6	7
Sebek a szájüregben	1	2	3	4	5	6	7
Aranyér	1	2	3	4	5	6	7
Ziháló légzés	1	2	3	4	5	6	7
Gyengeség-érzés	1	2	3	4	5	6	7
Allandó szomjúságérzés	1	2	3	4	5	6	7
Magas vérnyomás	1	2	3	4	5	6	7
Súlyvesztesség (fogyás)	1	2	3	4	5	6	7

6. A tünetértékelési kérdőív (R.A. Jones, 1981.)

Az alábbiakban különböző tüneteket, betegségeket lát felsorolva. Kérjük, döntse el a betegségek, tünetek melletti 7 fokú skála segítségével, hogy MENNYIRE TARTJA ZAVARÓNAK az adott állapotot. Minél ZAVARÓBBNAK TARTJA, annál NAGYOBB SZÁMOT karikázzon be. Ha KEVÉSBÉ ZAVARÓNAK TEKINTI az adott tünetet, betegséget, KISEBB SZÁMOT karikázzon be.

	NEM ZAVARÓ					ZAVARÓ	
Görcsrohamok	1	2	3	4	5	6	7
Végtag-bénulás	1	2	3	4	5	6	7
Színes foltok látása	1	2	3	4	5	6	7
Homályos látás	1	2	3	4	5	6	7
Zsibbadás-érzés	1	2	3	4	5	6	7
Ajulás	1	2	3	4	5	6	7
Fülzúgás	1	2	3	4	5	6	7
Szédülés	1	2	3	4	5	6	7
Nyak-merevedés	1	2	3	4	5	6	7
Görcs a lábakban	1	2	3	4	5	6	7
Köhögés	1	2	3	4	5	6	7
Hányinger	1	2	3	4	5	6	7
Fáradtság	1	2	3	4	5	6	7
Székrekedés	1	2	3	4	5	6	7
Torokfájás	1	2	3	4	5	6	7
Alvászavar	1	2	3	4	5	6	7
Ingerültség	1	2	3	4	5	6	7
Fejfájás	1	2	3	4	5	6	7
Mellkasi fájdalom	1	2	3	4	5	6	7
Vér felköhögése	1	2	3	4	5	6	7
Elhízás	1	2	3	4	5	6	7
Gyomorfájás	1	2	3	4	5	6	7
Hátfájás	1	2	3	4	5	6	7
Asztma	1	2	3	4	5	6	7
Légyszomj	1	2	3	4	5	6	7
Dagadt boka és láb	1	2	3	4	5	6	7
Gyakori vizelés	1	2	3	4	5	6	7
Szénanátha	1	2	3	4	5	6	7

	NEM ZAVARÓ					ZAVARÓ	
Rekedtség	1	2	3	4	5	6	7
Orrvérzés	1	2	3	4	5	6	7
Kiütések	1	2	3	4	5	6	7
Nátha	1	2	3	4	5	6	7
Hajhullás	1	2	3	4	5	6	7
Puffadás-érzés	1	2	3	4	5	6	7
Bőrfertőzés	1	2	3	4	5	6	7
Dadogás	1	2	3	4	5	6	7
Hányás	1	2	3	4	5	6	7
Hasmenés	1	2	3	4	5	6	7
Sebek a szájüregben	1	2	3	4	5	6	7
Aranyér	1	2	3	4	5	6	7
Ziháló légzés	1	2	3	4	5	6	7
Gyengeség-érzés	1	2	3	4	5	6	7
Allandó szomjúságérzés	1	2	3	4	5	6	7
Magas vérnyomás	1	2	3	4	5	6	7
Súlyvesztesség (fogyás)	1	2	3	4	5	6	7

Az alábbiakban különböző tüneteket, betegségeket lá felsorolva. Kérjük, döntse el a betegségek, tünetek melletti 7 fokú skála segítségével, hogy MENNYIRE TARTJA FAJDALMASNAK az adott állapotot. Minél FAJDALMASABBNA TARTJA, annál NAGYOBB SZÁMOT karikázzon be. Ha KEVÉSB FAJDALMASABBNAK (VAGY FAJDALOMMENTESNEK) TEKINTI az adott tünetet, betegséget, KISEBB SZÁMOT karikázzon be.

	NEM FAJDALMAS				FAJDALMAS		
Görccsrohamok	1	2	3	4	5	6	7
Végtag-bénulás	1	2	3	4	5	6	7
Színes foltok látása	1	2	3	4	5	6	7
Homályos látás	1	2	3	4	5	6	7
Zsibbadás-érzés	1	2	3	4	5	6	7
Ajulás	1	2	3	4	5	6	7
Fülzúgás	1	2	3	4	5	6	7
Szédülés	1	2	3	4	5	6	7
Nyak-merevedés	1	2	3	4	5	6	7
Görccs a lábakban	1	2	3	4	5	6	7
Köhögés	1	2	3	4	5	6	7
Hányinger	1	2	3	4	5	6	7
Fáradtság	1	2	3	4	5	6	7
Székrekedés	1	2	3	4	5	6	7
Torokfájás	1	2	3	4	5	6	7
Alvászavar	1	2	3	4	5	6	7
Ingerültség	1	2	3	4	5	6	7
Fejfájás	1	2	3	4	5	6	7
Mellkasi fájdalom	1	2	3	4	5	6	7
Vér felköhögése	1	2	3	4	5	6	7
Elhízás	1	2	3	4	5	6	7
Gyomorfájás	1	2	3	4	5	6	7
Hátfájás	1	2	3	4	5	6	7
Asztma	1	2	3	4	5	6	7
Légszomj	1	2	3	4	5	6	7
Dagadt boka és láb	1	2	3	4	5	6	7
Gyakori vizelés	1	2	3	4	5	6	7

	NEM FAJDALMAS				FAJDALMAS		
Szénanátha	1	2	3	4	5	6	7
Rekedtség	1	2	3	4	5	6	7
Orrvérzés	1	2	3	4	5	6	7
Kiütések	1	2	3	4	5	6	7
Nátha	1	2	3	4	5	6	7
Hajhullás	1	2	3	4	5	6	7
Puffadás-érzés	1	2	3	4	5	6	7
Bőrfertőzés	1	2	3	4	5	6	7
Dadogás	1	2	3	4	5	6	7
Hányás	1	2	3	4	5	6	7
Hasmenés	1	2	3	4	5	6	7
Sebek a szájüregben	1	2	3	4	5	6	7
Aranyér	1	2	3	4	5	6	7
Ziháló légzés	1	2	3	4	5	6	7
Gyengeség-érzés	1	2	3	4	5	6	7
Allandó szomjúságérzés	1	2	3	4	5	6	7
Magas vérnyomás	1	2	3	4	5	6	7
Súlyvesztesség (fogyás)	1	2	3	4	5	6	7

Az alábbiakban különböző tüneteket, betegségeket lát felsorolva. Kérjük, döntse el a betegségek, tünetek melletti 7 fokú skála segítségével, hogy MENNYIRE TARTJA SÜLYOSNAK az adott állapotot. Minél SÜLYOSABBNAK TARTJA, annál NAGYOBB SZÁMOT karikázzon be. Ha ENYHEBBNEK TEKINTI az adott tünetet, betegséget, KISEBB SZÁMOT karikázzon be.

	NEM ÉLETVESZÉLYES			ÉLETVESZÉLYES			
Görcsrohamok	1	2	3	4	5	6	7
Végtag-bénulás	1	2	3	4	5	6	7
Szines foltok látása	1	2	3	4	5	6	7
Homályos látás	1	2	3	4	5	6	7
Zsibbadás-érzés	1	2	3	4	5	6	7
Ajulás	1	2	3	4	5	6	7
Fülzúgás	1	2	3	4	5	6	7
Szédülés	1	2	3	4	5	6	7
Nyak-merevedés	1	2	3	4	5	6	7
Görcs a lábakban	1	2	3	4	5	6	7
Köhögés	1	2	3	4	5	6	7
Hányinger	1	2	3	4	5	6	7
Fáradtság	1	2	3	4	5	6	7
Székrekedés	1	2	3	4	5	6	7
Torokfájás	1	2	3	4	5	6	7
Alvászavar	1	2	3	4	5	6	7
Ingerültség	1	2	3	4	5	6	7
Fejfájás	1	2	3	4	5	6	7
Mellkasi fájdalom	1	2	3	4	5	6	7
Vér felköhögése	1	2	3	4	5	6	7
Elhízás	1	2	3	4	5	6	7
Gyomorfájás	1	2	3	4	5	6	7
Hátfájás	1	2	3	4	5	6	7
Asztma	1	2	3	4	5	6	7
Légszomj	1	2	3	4	5	6	7
Dagadt boka és láb	1	2	3	4	5	6	7
Gyakori vizelet	1	2	3	4	5	6	7

	NEM ÉLETVESZÉLYES			ÉLETVESZÉLYES			
Gyakori vizelet	1	2	3	4	5	6	7
Szénanátha	1	2	3	4	5	6	7
Rekedtség	1	2	3	4	5	6	7
Orrvérzés	1	2	3	4	5	6	7
Kiütések	1	2	3	4	5	6	7
Nátha	1	2	3	4	5	6	7
Hajhullás	1	2	3	4	5	6	7
Puffadás-érzés	1	2	3	4	5	6	7
Bőrfertőzés	1	2	3	4	5	6	7
Dadogás	1	2	3	4	5	6	7
Hányás	1	2	3	4	5	6	7
Hasmenés	1	2	3	4	5	6	7
Sebek a szájüregben	1	2	3	4	5	6	7
Aranyér	1	2	3	4	5	6	7
Ziháló légzés	1	2	3	4	5	6	7
Gyengeség-érzés	1	2	3	4	5	6	7
Állandó szomjúságérzés	1	2	3	4	5	6	7
Magas vérnyomás	1	2	3	4	5	6	7
Súlyvesztés (fogyás)	1	2	3	4	5	6	7

Az alábbiakban különböző tüneteket, betegségeket lát felsorolva. Kérjük, döntse el a betegségek, tünetek melletti 7 fokú skála segítségével, hogy MENNYIRE TARTJA FELELŐSNEK A BETEGET az adott állapot kialakulásáért. Minél INKÁBB FELELŐSNEK TARTJA, annál NAGYOBB SZÁMOT karikázzon be. Ha KEVÉSBE TARTJA FELELŐSNEK a beteget (azaz a betegséget, tünetet KÜLSŐ OK hozza létre), KISEBB SZÁMOT karikázzon be.

KÜLSŐ OK HOZZA LÉTRE				MAGUNK OKOZZUK			
Görccsrohamok	1	2	3	4	5	6	7
Végtag-bénulás	1	2	3	4	5	6	7
Színes foltok látása	1	2	3	4	5	6	7
Homályos látás	1	2	3	4	5	6	7
Zsibbadás-érzés	1	2	3	4	5	6	7
Ajulás	1	2	3	4	5	6	7
Fülzúgás	1	2	3	4	5	6	7
Szédülés	1	2	3	4	5	6	7
Nyak-merevedés	1	2	3	4	5	6	7
Görcs a lábakban	1	2	3	4	5	6	7
Köhögés	1	2	3	4	5	6	7
Hányinger	1	2	3	4	5	6	7
Fáradtság	1	2	3	4	5	6	7
Székrekedés	1	2	3	4	5	6	7
Torokfájás	1	2	3	4	5	6	7
Alvászavar	1	2	3	4	5	6	7
Ingerültség	1	2	3	4	5	6	7
Fejfájás	1	2	3	4	5	6	7
Mellkasi fájdalom	1	2	3	4	5	6	7
Vér felköhögése	1	2	3	4	5	6	7
Elhízás	1	2	3	4	5	6	7
Gyomorfájás	1	2	3	4	5	6	7
Hátfájás	1	2	3	4	5	6	7
Asztma	1	2	3	4	5	6	7
Légszomj	1	2	3	4	5	6	7
Dagadt boka és láb	1	2	3	4	5	6	7

KÜLSŐ OK HOZZA LÉTRE				MAGUNK OKOZZUK			
Gyakori vizezés	1	2	3	4	5	6	7
Szénanátha	1	2	3	4	5	6	7
Rekedtség	1	2	3	4	5	6	7
Orrvérzés	1	2	3	4	5	6	7
Kiütések	1	2	3	4	5	6	7
Nátha	1	2	3	4	5	6	7
Hajhullás	1	2	3	4	5	6	7
Puffadás-érzés	1	2	3	4	5	6	7
Bőrfertőzés	1	2	3	4	5	6	7
Dadogás	1	2	3	4	5	6	7
Hányás	1	2	3	4	5	6	7
Hasmenés	1	2	3	4	5	6	7
Sebek a szájüregben	1	2	3	4	5	6	7
Aranyér	1	2	3	4	5	6	7
Ziháló légzés	1	2	3	4	5	6	7
Gyengeség-érzés	1	2	3	4	5	6	7
Allandó szomjúságérzés	1	2	3	4	5	6	7
Magas vérnyomás	1	2	3	4	5	6	7
Súlyvesztesség (fogyás)	1	2	3	4	5	6	7

Az alábbiakban különböző tüneteket, betegségeket lát felsorolva. Kérjük, döntse el a betegségek, tünetek melletti 7 fokú skála segítségével, hogy Mennyire GATOLJA A CSELEKVÉST az adott állapot. Minél inkább úgy értékeli, hogy a betegség, tünet GATOLJA A CSELEKVÉST, annál NAGYOBB SZÁMOT karikázzon be. Ha KEVÉSBÉ VAGY EGYALTALÁN NEM GATOLJA A CSELEKVÉST, KISEBB SZÁMOT karikázzon be.

	CSELEKVÉST NEM GATOLJA			CSELEKVÉST GATOLJA		
Görcsrohamok	1	2	3	4	5	6 7
Végtag-bénulás	1	2	3	4	5	6 7
Színes foltok látása	1	2	3	4	5	6 7
Homályos látás	1	2	3	4	5	6 7
Zsibbadás-érzés	1	2	3	4	5	6 7
Ajulás	1	2	3	4	5	6 7
Fülzúgás	1	2	3	4	5	6 7
Szédülés	1	2	3	4	5	6 7
Nyak-merevedés	1	2	3	4	5	6 7
Görcs a lábakban	1	2	3	4	5	6 7
Köhögés	1	2	3	4	5	6 7
Hányinger	1	2	3	4	5	6 7
Fáradtság	1	2	3	4	5	6 7
Székrekedés	1	2	3	4	5	6 7
Torokfájás	1	2	3	4	5	6 7
Alvászavar	1	2	3	4	5	6 7
Ingerültség	1	2	3	4	5	6 7
Fejfájás	1	2	3	4	5	6 7
Mellkasi fájdalom	1	2	3	4	5	6 7
Vér felköhögése	1	2	3	4	5	6 7
Elhízás	1	2	3	4	5	6 7
Gyomorfájás	1	2	3	4	5	6 7
Hátfájás	1	2	3	4	5	6 7
Asztma	1	2	3	4	5	6 7
Légszomj	1	2	3	4	5	6 7
Dagadt boka és láb	1	2	3	4	5	6 7
Gyakori vizelés	1	2	3	4	5	6 7

	CSELEKVÉST NEM GATOLJA			CSELEKVÉST GATOLJA		
Szénanátha	1	2	3	4	5	6 7
Rekedtség	1	2	3	4	5	6 7
Orrvérzés	1	2	3	4	5	6 7
Kiütések	1	2	3	4	5	6 7
Nátha	1	2	3	4	5	6 7
Hajhullás	1	2	3	4	5	6 7
Puffadás-érzés	1	2	3	4	5	6 7
Bőrfertőzés	1	2	3	4	5	6 7
Dadogás	1	2	3	4	5	6 7
Hányás	1	2	3	4	5	6 7
Hasmenés	1	2	3	4	5	6 7
Sebek a szájüregben	1	2	3	4	5	6 7
Aranyér	1	2	3	4	5	6 7
Ziháló légzés	1	2	3	4	5	6 7
Gyengeség-érzés	1	2	3	4	5	6 7
Allandó szomjúságérzés	1	2	3	4	5	6 7
Magas vérnyomás	1	2	3	4	5	6 7
Súlyvesztés (fogás)	1	2	3	4	5	6 7

Az alábbiakban különböző tüneteket, betegségeket lát felsorolva. Kérjük, döntse el a betegségek, tünetek melletti 7 fokú skála segítségével, hogy az adott állapot MENNYIRE IGÉNYEL KEZELÉST. Minél inkább azt gondolja, hogy a tünet, betegség KEZELÉST IGÉNYEL, annál NAGYOBB SZÁMOT karikázzon be. Ha úgy értékeli, hogy az adott tünet, betegség KEVÉSBÉ, VAGY EGYÁLTALAN NEM SZORUL KEZELÉSRE, KISEBB SZÁMOT karikázzon be.

	KEZELÉST NEM IGÉNYEL			KEZELÉST IGÉNYEL		
Görcsrohamok	1	2	3	4	5	6 7
Végtag-bénulás	1	2	3	4	5	6 7
Színes foltok látása	1	2	3	4	5	6 7
Homályos látás	1	2	3	4	5	6 7
Zsibbadás-érzés	1	2	3	4	5	6 7
Ajulás	1	2	3	4	5	6 7
Fülzúgás	1	2	3	4	5	6 7
Szédülés	1	2	3	4	5	6 7
Nyak-merevedés	1	2	3	4	5	6 7
Görcs a lábokban	1	2	3	4	5	6 7
Köhögés	1	2	3	4	5	6 7
Hányinger	1	2	3	4	5	6 7
Fáradtság	1	2	3	4	5	6 7
Székrekedés	1	2	3	4	5	6 7
Torokfájás	1	2	3	4	5	6 7
Alvászavar	1	2	3	4	5	6 7
Ingerültség	1	2	3	4	5	6 7
Fejfájás	1	2	3	4	5	6 7
Mellkasi fájdalom	1	2	3	4	5	6 7
Vér felköhögése	1	2	3	4	5	6 7
Elhízás	1	2	3	4	5	6 7
Gyomorfájás	1	2	3	4	5	6 7
Hátfájás	1	2	3	4	5	6 7
Asztma	1	2	3	4	5	6 7
Légszomj	1	2	3	4	5	6 7
Dagadt boka és láb	1	2	3	4	5	6 7

	KEZELÉST NEM IGÉNYEL			KEZELÉST IGÉNYEL		
Gyakori vizelés	1	2	3	4	5	6 7
Szénanátha	1	2	3	4	5	6 7
Rekedtség	1	2	3	4	5	6 7
Orrvérzés	1	2	3	4	5	6 7
Kiütések	1	2	3	4	5	6 7
Nátha	1	2	3	4	5	6 7
Hajhullás	1	2	3	4	5	6 7
Puffadás-érzés	1	2	3	4	5	6 7
Bőrfertőzés	1	2	3	4	5	6 7
Dadogás	1	2	3	4	5	6 7
Hányás	1	2	3	4	5	6 7
Hasmenés	1	2	3	4	5	6 7
Sebek a szájüregben	1	2	3	4	5	6 7
Aranyér	1	2	3	4	5	6 7
Ziháló légzés	1	2	3	4	5	6 7
Gyengeség-érzés	1	2	3	4	5	6 7
Allandó szomjúságérzés	1	2	3	4	5	6 7
Magas vérnyomás	1	2	3	4	5	6 7
Súlyvesztesség (fogyás)	1	2	3	4	5	6 7

Az alábbiakban különböző tüneteket, betegségeket lát felsorolva. Kérjük, döntse el a betegségek, tünetek melletti 7 fokú skála segítségével, hogy MENNYIRE TARTJA ÉLETVESZÉLYESNEK az adott állapotot. Minél VESZÉLYESEBBNEK TARTJA, annál NAGYOBB SZAMOT karikázzon be. Ha KEVESEBB (VAGY EGYALTALAN NEM) TEKINTI ÉLETVESZÉLYESNEK az adott tünetet, betegséget, KISEBB SZAMOT karikázzon be.

	MEGSZOKOTT							SZOKATLAN						
Görcsrohamok	1	2	3	4	5	6	7							
Végtag-bénulás	1	2	3	4	5	6	7							
Színes foltok látása	1	2	3	4	5	6	7							
Homályos látás	1	2	3	4	5	6	7							
Zsibbadás-érzés	1	2	3	4	5	6	7							
Ajulás	1	2	3	4	5	6	7							
Fülzúgás	1	2	3	4	5	6	7							
Szédülés	1	2	3	4	5	6	7							
Nyak-merevedés	1	2	3	4	5	6	7							
Görcs a lábokban	1	2	3	4	5	6	7							
Köhögés	1	2	3	4	5	6	7							
Hányinger	1	2	3	4	5	6	7							
Fáradtság	1	2	3	4	5	6	7							
Székrekedés	1	2	3	4	5	6	7							
Torokfájás	1	2	3	4	5	6	7							
Alvászavar	1	2	3	4	5	6	7							
Ingerültség	1	2	3	4	5	6	7							
Fejfájás	1	2	3	4	5	6	7							
Mellkasi fájdalom	1	2	3	4	5	6	7							
Vér felköhögése	1	2	3	4	5	6	7							
Elhízás	1	2	3	4	5	6	7							
Gyomorfájás	1	2	3	4	5	6	7							
Hátfájás	1	2	3	4	5	6	7							
Asztma	1	2	3	4	5	6	7							
Légszomj	1	2	3	4	5	6	7							
Dagadt boka és láb	1	2	3	4	5	6	7							

	MEGSZOKOTT							SZOKATLAN						
Rekedtség	1	2	3	4	5	6	7							
Orrvérzés	1	2	3	4	5	6	7							
Kiütések	1	2	3	4	5	6	7							
Nátha	1	2	3	4	5	6	7							
Hajhullás	1	2	3	4	5	6	7							
Puffadás-érzés	1	2	3	4	5	6	7							
Bőrfertőzés	1	2	3	4	5	6	7							
Dadogás	1	2	3	4	5	6	7							
Hányás	1	2	3	4	5	6	7							
Hasmenés	1	2	3	4	5	6	7							
Sebek a szájüregben	1	2	3	4	5	6	7							
Aranyér	1	2	3	4	5	6	7							
Ziháló légzés	1	2	3	4	5	6	7							
Gyengeség-érzés	1	2	3	4	5	6	7							
Allandó szomjúságérzés	1	2	3	4	5	6	7							
Magas vérnyomás	1	2	3	4	5	6	7							
Súlyvesztés (fogyás)	1	2	3	4	5	6	7							

Néhány állítást olvashat arról, hogy miért mennek az emberek orvoshoz, és mit várnak el tőle.

Kérem, hogy minden esetben karikázza be azt a számot, amelyik legjobban kifejezi mai látogatásának célját.

Ha az állítás kifejezi a megjelenésével kapcsolatos érzéseit, karikázza be a kettes számot.

2 1 0

Ha bizonytalan, hogy az állítás kifejezi-e a megjelenésével kapcsolatos érzéseit, karikázza be az egyes számot.

2 1 0

Ha az állítás nem fejezi ki a megjelenésével kapcsolatos érzéseit, karikázza be a nullát.

2 1 0

KÉREM, HOGY MINDEN KÉRDÉSRE VALASZOLJON!

KÉRDÉS	EGYETÉRT	BIZONYTALAN	NEM ÉRT EGYET
1. Azt szeretném, hogy az orvos megértse a problémámat.	2	1	0
2. Azt szeretném, ha az orvos elmondaná, hogy mi a bajom.	2	1	0
3. Magánéletem bizonyos problémáit szeretném megbeszélni vele.	2	1	0
4. Néhány gyógyszert szeretnék felíratni vele, amiről tudom, hogy javítani fognak az állapotomon.	2	1	0
5. Idegállapotom kezelését szeretném.	2	1	0

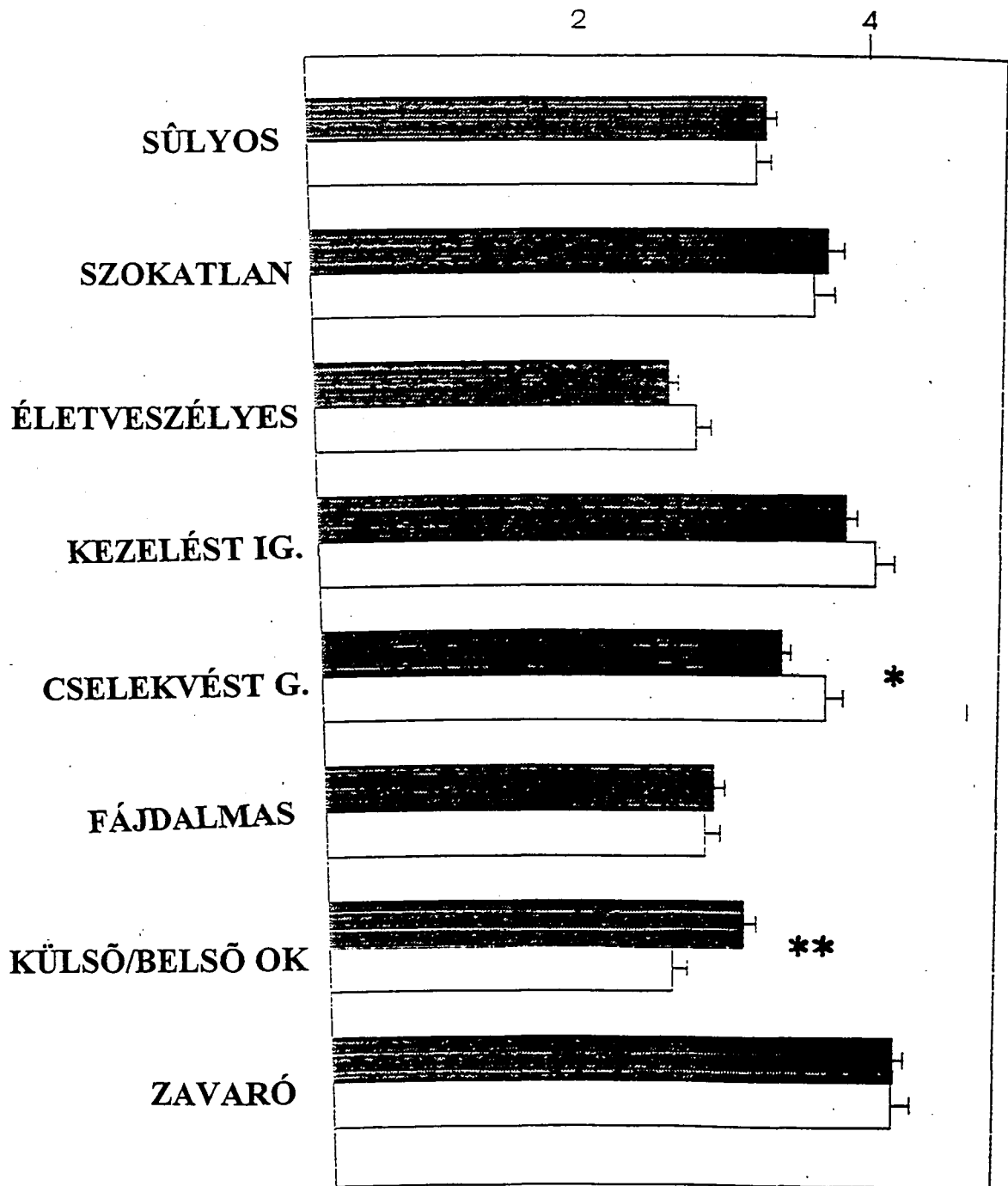
KÉRDÉS	EGYETÉRT	BIZONYTALAN	NEM ÉRT EGYET
6. Egy egészségügyi problémával kapcsolatban kérek segítséget.	2	1	0
7. Azt szeretném, ha az orvos elmagyarázná érzelmi problémáim okait.	2	1	0
8. Nehéz helyzetben vagyok és támogatást szeretnék kapni.	2	1	0
9. Szeretném, ha a mostaninál kevesebb gyógyszert kellene szednem.	2	1	0
10.Szeretném, ha az orvos elmondaná, hogy mennyire komoly a problémám.	2	1	0
11.Szeretnék orvossal beszélgetni a problémámról.	2	1	0
12.Szeretnék néhány vizsgálatot, hogy kiderüljön, mi a bajom.	2	1	0
13.Szeretném, ha az orvos elmondaná, miért érzek így.	2	1	0
14.Szeretném, ha egy doktornőhöz utalnának.	2	1	0
15.Néhány tanácsot szeretnék kapni a házas(nemi) élettel kapcsolatban.	2	1	0
16.Nyugtalan vagyok, és szeretném az orvos segítségét kérni.	2	1	0
17.Azt szeretném, hogy az orvos megértse engem és a problémáimat.	2	1	0

KÉRDÉS	EGYETÉRT	BIZONYTALAN	NEM ÉRT EGYET
18.Azt szeretném megtudni, hogymilyen gyorsan gyógyulok meg.	2	1	0
19.A gyógyszereim meg- változtatását sze- retném.	2	1	0
20.Szeretném, hogy az or- vos megértene, hogy szerintem mi a bajom.	2	1	0
21.Jobban érezném magam, ha érzéseimről beszél- hetnék.	2	1	0
22.Szeretném biztosan tud- ni, hogy nincs semmi bajom.	2	1	0
23.Néhány vizsgálatot sze- retnék elvégeztetni.	2	1	0
24.Felvilágosítást szeret- nék kapni az orvosi ke- zeléssel kapcsolatban.	2	1	0
25.A korábbi diagnózis meg- erősítését szeretném.	2	1	0
26.Valaki más problémájá- val kapcsolatban szeret- nék tanácsot kapni.	2	1	0
27.Azt szeretném, ha beu- talnának egy szakor- voshoz.	2	1	0
28.Felvilágosítást sze- retnék kapni a gyógy- szerről, amit szedek.	2	1	0
29.Szeretnék tudni be- tegségem esetleges szövődményeiről.	2	1	0

KÉRDÉS	EGYETÉRT	BIZONYTALAN	NEM ÉRT EGYET
30.Érzelmi problémáim megoldásához szeret- nék segítséget kapni.	2	1	0
31.Valaki vigasztalására van szükségem ebben a nehéz időben.	2	1	0
32.Szeretném, ha az orvos elmondaná betegségem várható lefolyását.	2	1	0
33.Szeretném, ha kivizs- gálnák mi okozza mos- tani állapotomat.	2	1	0
34.Szeretném, ha az orvos elmondaná, hogy tüne- teim mit jelentenek.	2	1	0
35.Szeretném, ha az orvos elmagyarázná kezelésem lényegét.	2	1	0
36.Szeretném, ha az orvos megértené, hogy szerin- tem milyen kezelés len- ne a leghasznosabb számomra.	2	1	0
37.Szeretném megtudni, hogy lesz-e bármiféle prob- lémám a jövőben.	2	1	0
38.Szeretném, ha az orvos elmagyarázza néhány vizsgálat eredményét.	2	1	0
39.Szeretném megtudni az orvostól, hogy a prob- lémáim valóság-e, vagy csak képzelem őket.	2	1	0
40.Szeretném megtudni, hogymint problémáimnak van-e köze életem más dolgaihoz.	2	1	0

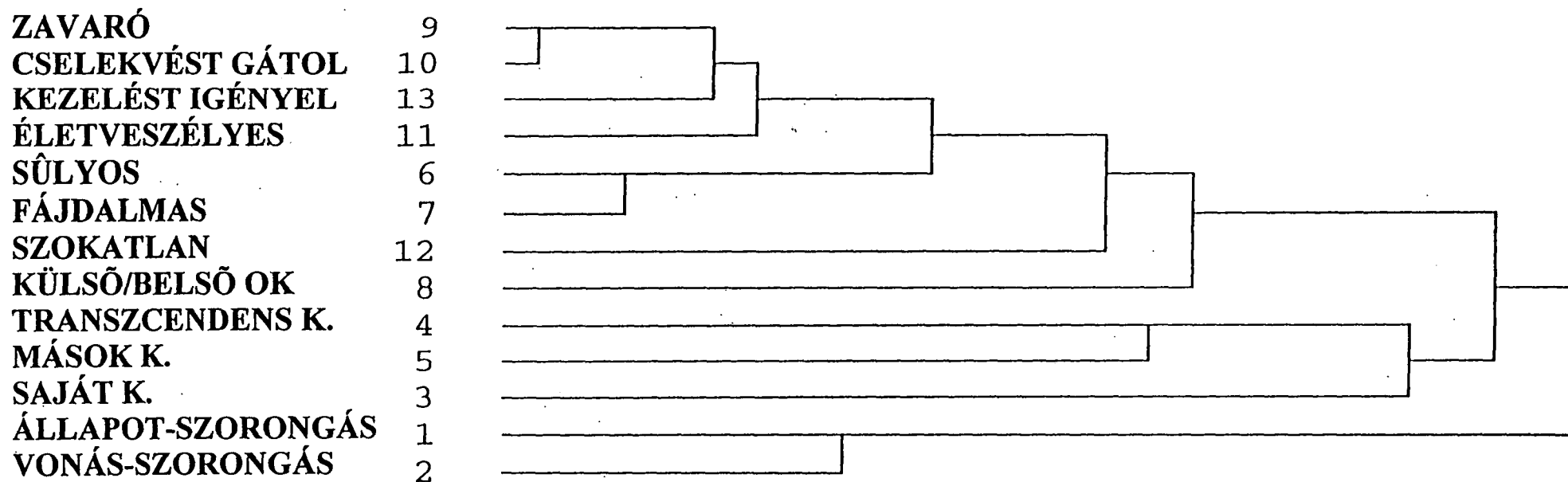
KÉRDÉS	EGYETÉRT	BIZONYTALAN	NEM ÉRT EGYET
41.Szeretném tudni, hogy miért reagálok úgy, ahogy.	2	1	0
42.Hallani szeretnék azokról, akiknek ha- sonló problémáik van- nak.	2	1	0

A TÜNETEK ÉRTÉKELÉSE A 8 DIMENZIÓ MENTÉN EGÉSZSÉGES ÉS BETEG EGYENEKNÉL



EGÉSZSÉGES BETEG ÁTLAG ± SEM * P<0.05 ** P<0.01

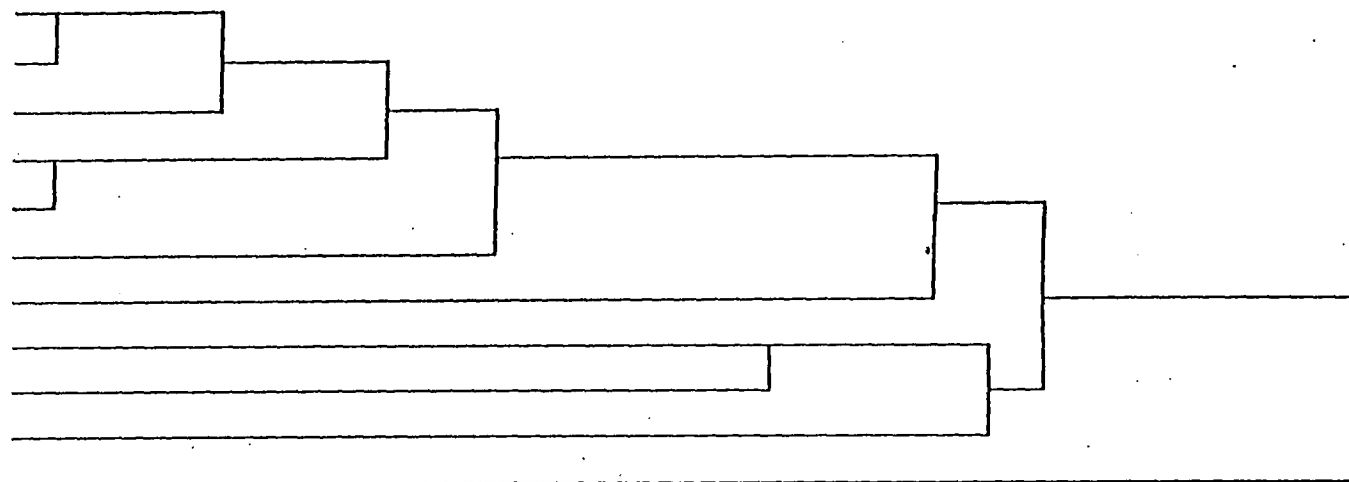
A VÁLTOZÓK CLUSTEREI BETEG EGYÉNEKNÉL SZORONGÁS-MUTATOKKAL



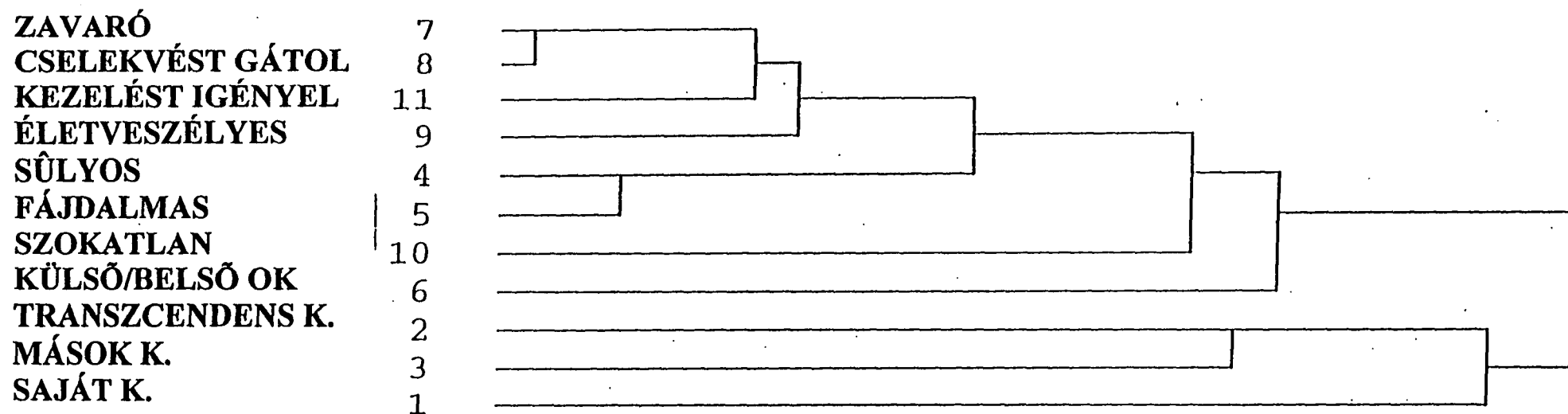
A VÁLTOZÓK CLUSTEREI EGESZSEGES EGYENEKNEL

SÜLYOS
ZAVARÓ
FÁJDALMAS
CSELEKVÉST GÁTOL
ÉLETVESZÉLYES
KEZELÉST IGÉNYEL
KÜLSŐ/BELSŐ OK
TRANSZCENDENS K.
MÁSOK K.
SZOKATLAN
SAJÁT K.

4
7
5
8
9
11
6
2
3
10
1



A VÁLTOZÓK CLUSTEREI BETEG EGYÉNEKNÉL



A szerző e témához kapcsolódó publikációi

Csabai Márta: "Engedetlen" betegek, "felelőtlen" orvosok? A compliance-problematika kérdéseiről. SZAB-előadás SZOTE, Szeged 1991.

Csabai Márta: A betegségről alkotott nézetek tükröződése daganatos betegek és kezelőik kapcsolatában. Meghívott előadás Egészségügyi Szakdolgozók Tudományos Ülése, Szeged, 1992.

Csabai Márta: A konzultáció. Az orvos-beteg kapcsolat megvalósulásának színtere. Orvosi Pszichológiai Oktatási Segédanyag, Szeged, 1992.

Csabai Márta: A C-típusú személyiség: az okozat problematikája. Meghívott előadás. Malignus lymphoma Konferencia, Szeged, 1993.

Csabai M., Molnár J. and Molnár P.: Value-changes, locus of control, behavioural adjustment: a health paradigm-shift in the making. 7th Conference of the European Health Psychology Society, Bruxelles, 1993.

Csabai M. and Molnár P.: The nature of change in illness representations I: the mechanism in healthy individuals. 8th Conference of the European Health Psychology Society, Alicante, 1994.*

Molnár P. and Csabai M.: The nature of change in illness representations II: towards a process view of Health Locus of Control. 8th. Conference of the European Health Psychology Society, Alicante, 1994.*

Molnár Péter és Csabai Márta: A gyógyítás pszichológiája. Házi orvos Könyvek Springer Hungarica, Budapest, 1994.

*A "Legjobb tudományos hozzájárulás a Konferenciához" díjjal kitüntetett előadás

IV. IRODALOM

1. AJZEN,I.-FISHBEIN,M.: (1980) *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs,N.J.: Prentice-Hall
2. ALEXANDER,F.: (1950) *Psychosomatic Medicine* New York, Norton
3. BECKER,M.H.: (1974) *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
4. BECKER,M.H.: (1974) The health belief model and sick role behavior *Health Education Monographs* 2, 409-419
5. BISHOP,G.D., BRIEDE,C.,CAVAZOS,L., GROTZINGER,R.,-McMAHON,S.: (1987) Processing illness information: The role of disease prototypes. *Basic and Applied Social Psychology*, 8, 21-43.
6. BISHOP,G.D.-CONVERSE,S.A.: (1966) Illness representations: A prototype approach. *Health Psychology*, 9, 95-114.
7. BISHOP,G.D.: (1984) Gender, role and illness behavior in military population. *Health Psychology*, 3, 519-534.
8. CARTWRIGHT,A. and ANDERSON,R. (1984) *General Practice Revisited: A Second Study of Patients and Their Doctors*. London, Tavistock Publications
9. CARTWRIGHT,L.K. (1979) Sources and effects of stress in health careers. In:G.C. Stone, F. Cohen and N.E. Adler (Eds.), *Health psychology*. San Francisco: Jossey-Bass
10. CARVER,C., COLEMAN,A.E.-GLASS,D.C. (1976) The coronary-prone behavior pattern and the suppression of fatigue on a treadmill test. *Journal of Personality and Social Behavior*, 33, 460-466.
11. CSABAI MÁRTA: A betegségről alkotott nézetek tükröződése daganatos betegek és kezelőik kapcsolatában. Meghívott előadás Egészségügyi Szakdolgozók Tudományos Ülése, Szeged.
12. CSABAI, M. (1992) *A konzultáció. Az orvos-beteg kapcsolat alakulásának színtere*. Orvosi Pszichológiai Oktatási Segédanyag III. SZOTE Orvosi Pszichológiai Önálló Oktatási Csoport, Szeged
13. CSABAI,M., MOLNÁR J.,-MOLNÁR P. (1993). Value Changes, Locus of Control, Behavioural Adjustment: A Health Paradigm-Shift in the Making; Paper presented at the 7th Congress of the European Health Psychology Society, Bruxelles.
14. CSABAI, M.-MOLNÁR, P.: The nature of change in illness representations I: the mechanism in healthy individuals. 8th Conference of the European Health Psychology Society, Alicante, 1994.
15. CUMMINGS, N. (1986) The dismantling of our health system: Strategies for the survival of psychological practice. *American Psychologist*, 41, 426-431.

16. DAVIS,H.-FALLOWFIELD,L.(eds) (1991) *Counselling and Communication in Health Care*. John Wiley and Sons, London
17. DiMATTEO,M.R.-FRIEDMAN,H.S. (1982) *Social Psychology and Medicine*. Oelgeschlager, Gunn-Hain, Publisher, Inc. Cambridge, Massachusetts
18. ELSTEIN,A.S., SHULMAN,L.S. and SPRAFKA,S.A.(1978) *Medical Problem-Solving-an Analysis of Clinical Reasoning*. Cambridge, Mass., Harvard University Press
19. ENGEL,G.L. (1977) The need of a new medical model:A challange for biomedicine. *Science*,196,129-136.
20. FADEN,R.R., BECKER,C., LEWIS,C.et al. (1981) Disclosure of information to patients in medical care. *Med.Care*,19,718-733.
21. FISKE,S.T.-TAYLOR,S.E.: (1984) *Social Cognition*. Random House, New York
22. FREIDSON,E.: (1961) *Patients' views of Medical Practise*. New York: Russell Sage Foundation
23. GARRO, L.: (1986a) Intracultural Variation in folk medical knowledge: A comparison between curers and non-curers. *American Anthropologist*, 88: 351-370.
24. GOCHMAN,D.S. (1971). Some correlates of children s health beliefs and potential health behavior. *Journal of Health and Social Behavior* 12. 148-154.
25. GOFFMAN,E.: (1961) *Asylums*. Garden City, N.Y.:Doubleday
26. GRAY,J.A. (1985). Issues in the neuropsychology of anxiety In A. H. Tuma-J.D. Maser(Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 5-25). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
27. GREEN,L.W. (1970). Should health education abandon attitude change strategies? Perspectives from recent research *Health education Monographs* 30. 25-47.
28. HAYES-BAUTISTA,D.E. (1976) Modifying the treatment: Patient compliance, patient control, and medical care. *Social Science and Medicine*,10,233-238.
29. HELMAN,C.G.(1990) *Culture, Health and Illness*. An Introduction for Health Professionals. Bristol: Wright.
30. HERZLICH,C. (1973). *Health and illness: A social psychological analysis*. Academic Press, London.
31. HESZEN-KLEMENS,I. -LAPINSKA,E.(1984) Doctor-patient interaction, patients' health behavior and effects of treatment. *Social Science and Medicine*, Vol. 19, No. 1. 9-18, 1984.
32. JACCARD,J. (1975). A theoretical analysis of selected factors important to health education strategies. *Health education Monographs*, 3. 152-167.

33. JASPARS,J., KING,J. and PENDLETON,D. (1990) The Consultation: A Social Psychological Analysis. In: *Doctor-Patient Communication*, Pendleton,D. and Hasler,J. (ed.), Academic Press, Harcourt Brace Jovanovich Publishers; London, 139-157.
34. JOHNSTON, M. et al. (1990): Changes in patient perceptions of chronic disease and disability with time and experience. In: Schmidt, L. R. et al (Eds.): *Theoretical and applied aspects of health psychology*. Harwood Academic Publishers, London.
35. KELLEY,H.H.-MICHELA,J.L. (1980). Attribution theory and research. *Annual Review of Psychology*, 31, 457-501.
36. KING,J.B. (1982). The impact of patients perceptions of high blood pressure on attendance at screening: an attributional extension of health belief model. *Social Science and Medicine*, 16, 1079-92.
37. KING,L.-COLEN,B.D. (1989). *"Mr. King, you re having a heart attack": How a heart attack and bypass surgery changed my life*. New York: Delacorte Press
38. KLEINMAN, A. (1974) Cognitive structures of traditional medical systems. *Ethnomedicine*, 3: 27-49.
39. KORSCH,B.M., GOZZI,E.K., FRANCIS,V. (1968) Gaps in doctor-patient communication: Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*, 42, 855-871.
40. KORSCH,B.M.-NEGRETE,V.F. (1972) Doctor-patient communication. *Scientific American*, 8. 66-74.
41. KRANTZ,D.S., BAUM,A.-WIDEMAN,M.V. (1980) Assessment of preferences for self-treatment and information in medical care. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 977-990.
42. KRISTIANSEN,C.M. (1985) Value correlates of preventive health behaviour *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 748-758.
43. LANGLIE,J.K. (1977). Social networks, health beliefs and preventive health behaviour. *Journal of Health and Social Behaviour*, 18, 244-260.
44. LANGLIE,J.K. (1979). Interrelationships among preventive health behaviours: A test of competing hypotheses. *Public health Reports*, 94, 216-225.
45. LAU,R.R., BERNARD,T.M.-HARTMAN,K.A. (1989). Further explorations of commonsense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 8(2), 195-220.
46. LAU,R.R.-HARTMAN,K.A.: Common sense representations of common illness. *Health Psychology*, 2, 167-185.
47. LERNER,M.J. (1970) *The belief in a just world: A fundamental delusion*. New York: Russel Sage.

48. LEVENSON,H. (1981). Differentiating among internality, powerful others, and chance. In H. Lefcourt (Ed.), *Research with the locus of control construct* (Vol.1). New York: Academic Press
49. LEVENTHAL,H-HIRSCHMAN,R.S. : Social psychology and prevention In: Sanders, G.S. and Suls, J.: *Social Psychology of health and illness Illness*. Tavistock Publications, London, 1984.
50. LEVENTHAL,H., MEYER,D. and NERENZ,D. (1980): The commonsense representation of illness changes. In: *Contributions to Medical Psychology*. Vol. 2. (ed. SS. Rachman). Oxford, Pergamon Press
51. LEVENTHAL,H., NERENZ,D.,-STRAUSS,A. (1980) Self-regulation and the mechanisms for symptom appraisal In D.Mechanic (Ed.) *Psychosocial epidemiology*. New York: Watson
52. LEY, P.: Patients understanding and recall in clinical communication failure. In: Pendleton,D. and Hasler,J. (ed.), *Doctor-Patient Communication*, Academic Press, Harcourt Brace Jovanovich, Publishers; London, 139-157.
53. LIVINGSTONE,A.-WIDGER,D. (1990) The new general practice: the changing philosophies of primary care. *British Medical Journal* 301. 708-710.
54. LOSONCZI,Á. (1989) *Ártó-védő társadalom. Ahogy a társadalom betegít és gyógyít...Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.*
55. MAGUIRE,P. and RUTTER,D.R. (1976) Teaching Medical Students to Communicate. In: A.E.Benneth (ed.) *Communication between Doctors and Patients*. London: Oxford University Press for the Nuffield Provincial Hospitals Trust
56. MARTEAU,T.M. (1989) Health beliefs and attributions. In: *Health Psychology: Processes and Applications*. (ed, A. Broome) Chapman-Hall, London, pp. 1-23.
57. MASLACH,C., and JACKSON,S.E. (1981,a.) *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, Cal.: Consulting Psychologists Press
58. MASLACH,C.-JACKSON,S.E. (1982) Burnout in Health Professions: A social Psychological Analysis In: Sanders,G.S. Suls,J. (Eds.): *Social Psychology of Health and Illness*, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; Hilledale, New Jersey
59. MASLOW,A.(1970) *Motivation and personality*. 2nd ed. Harper and Row, New York
60. MATARAZZO,J.D. (1980) Behavioral Health and Behavioral Medicine. Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*. Vol. 35. No. 9. 807-817.
61. McKINLAY,J. (1973) Social networks, lay consultation and help-seeking behaviour. *Social Forces* 53. 275-92.
62. McKINLAY,J. (1975) Who is really ignorant-physician or patient? *Journal of Health and Social Behavior* 16/1/ 3-11.

63. MCKINLAY,J.B. (1972) Some approaches and problems in in the study of use the services:An overview. *Journal of Health and Social Behavior*,13,115-152.,
64. MECHANIC,D. (1972) Social psychological factors affecting the presentation of bodily complaints. *New England Journal of Medicine*, 286., 1132-1139
65. MECHANIC,D. (1980) The experience and reporting of common physical complaints. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 146-155.
66. MEYER,D., LEVENTHAL,H.,-GUTMANN,M. (1985). Common-sense models of illness: The example of hypertension. *Health Psychology*, 4, 115-135.
67. MOLNÁR P.-CSABAI M. (1994) *A gyógyítás pszichológiája*. Springer Hungarica, Budapest
68. MOLNÁR,L. (szerk.) (1989) *Orvosi szociológia Medicina*, Budapest
69. MOLNÁR,P., CSABAI,M. (szerk.) *Compliance*. Orvosi Pszichológiai Szöveggyűjtemény II.SZOTE Orvosi Pszichológiai Önálló Oktatási Csoport, Szeged
70. MOLNÁR,P., CSIK,V. (szerk.) *A gyakorló orvosi tevékenység pszichoszociális vetülete*. Orvosi Pszichológiai Szöveggyűjtemény I. SZOTE Orvosi Pszichológiai Önálló Oktatási Csoport, Szeged
71. MOLNÁR,P. (1990) *Személyiségzavarok Egyetemi jegyzet*, SZOTE, Szeged
72. MOLNÁR,P-CSABAI,M: (1994.) The nature of change in illness representations II.: towards a process view of Health Locus of Control. 8th. Conference of the European Health Psychology Society, Alicante,
73. MOSCOVICI,S. (1981) On social representations. In Forgas (Ed.) *Social cognition, perspectives on everyday understanding*. London:Academic.
74. MURRAY,M.: (1990) Lay representations of illness. In: *Current Developments in Health Psychology*. (eds: P. Bennett, J. Weinman, P. Spurgeon). Harwood Academic Publishers, London
75. OLIVER,R.L.-BERGER,P.K. (1979). A path analysis of preventive health care decision models. *Journal of Consumer Research* 6.113-122.
76. PENDLETON,D., SCHOFIELD,T., TATE,P., HAVELOCK,P. (1984) *The Consultation: An Approach to Learning and Teaching*. Oxford University Press
77. PENDLETON,D.-HASLER,J. (eds.) (1983) *Doctor-Patient Communication*. Academic Press, Limited London
78. PENNEBAKER,J. (1982) *The psychology of physical symptoms*. Springer-Verlag, New York
79. PENNEBAKER,J.W. (1980) Perceptual and enviromental determinants of coughing. *Basic and Applied Social Psychology*, 1, 83-91.

80. PENNEBAKER, J.W.-BRITTINGHAM, G.L. (1982). Environmental and sensory cues affecting the perception of physical symptoms In A. Baum-J. Singer (Eds.) *Advances in environmental psychology* (Vol. 4.) Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates, 1982.
81. PENNEBAKER, J.W. (1984) Accuracy of symptom perception. In: *Handbook of Psychology and Health*. Vol. IV. (eds. Baum, Singer and Taylor, S.E.)
82. PRATT, L. SELIGMAN, A. and READER, G.C. (1957) Physicians' view of the level of medical information among patients. *American Journal of Public Health*, 47, 1277-1283.
83. PUTNAM, S.M, STILES, W.B, JACOB, M.C, JAMES, S.A. (1985) Patient exposition and physician explanation in initial medical interviews and outcomes of clinic visits. *Medical Care* Vol. 23 74.
84. ROKEACH, M. (1967). *Value Survey* Sunnyvale. CA: Halgren Tests
85. ROKEACH, M. (1973). *The nature of human values*. New York: Free Press
86. ROKEACH, M. (1979). *Understanding human values Individual and societal*. New York: Free Press
87. ROSCH, E. (1978) Principles of categorization. In: Rosch, E.-Lloyd B.B. (Eds.): *Cognition and categorization* (pp. 27-48) Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum Associates,
88. ROTTER, D. (1977) Patient participation in patient-provider interaction: the effects of patient question-asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health Education Monographs* Vol.5. 281.
9. ROTTER, J.B. (1982). Social learning theory. In N.T. Feather (Ed.). *Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology* (pp. 241-260) Hillsdale. NJ. Erlbaum
90. ROTTER, J.B. (1954) *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall, 1954.
91. SCAMBLER, G.-SCAMBLER, A. (1984) The illness iceberg and aspects of consulting behavior. In: *The Experience of Illness* (eds.): Fitzpatrick, R., Hinton, J., Newman, S., Scambler, G., and Thompson, J. Tavistock Publications, London
92. SCHARLOO, M.-KAPTEIN, A.A.: Assessing implicit theories of illness in patients with chronic somatic illnesses. 7th. Conference of the European Health Psychology Society, Bruxelles
93. SCHIFFMANN, A., COHEN, S., NOWIK, R., SELINGER, D. (1978) Initial diagnostic hypotheses: Factors which may distort physicians' judgment. *Organizational Behavior and Human Performance*, 21, 305-315.
94. SCHWARTZ, S.-GRIFFIN, T.: (1986) *Medical thinking: The psychology of Medical Judgment and Decision Making*. Springer-Verlag. New York

95. SEGALL,A.-ROBERTS,L.W. (1980) A comparative analysis of physician estimates and levels of medical knowledge among patients. *Sociology of Health* 96.
96. SELYE,J.(1965) *Életünk és a stressz* Akadémiai Kiadó, Budapest
97. SKELTON,J.A.-CROYLE,R.T. (Eds.) (1991) *Mental Representation in Health and Illness*. Springer-Verlag, New York
98. SKELTON,J.A.-PENNEBAKER,J.W (1978) *Dispositional determinants of symptom reporting: Correlational evidence*. Paper presented to the American Psychological Association Annual Meetings, Toronto.
99. SMITH,R.A., WALLSTON,K.A.-WALLSTON,B.S. (1981) *Measuring desire for control of health care*. Unpublished manuscript, Vanderbilt University
100. SONTAGH,S. (1983) *A betegség mint metafora* Európa Könyvkiadó, Budapest
101. STONE,G.C. (1979) Psychology and the health system. In: Stone,G.C., Cohen,F. and Adler,N.E. (eds.):*Health Psychology*. San Francisco: Jossey-Bass
102. TAYLOR,S.E.: (1986) *Health Psychology*. Random House New York
103. TUCKETT,D.-WILLIAMS,A. (1984) Approaches to the measurement of explanation and information-giving in medical consultations: a review of empirical studies. *Social Science and Medicine*. Vol. 18, No. 7. 571-580
104. WALLSTON,K.A., WALLSTON,B.S.-DeVELLIS,R. (1978) Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, 6, 161-170.
105. WALLSTON,K.A.-WALLSTON,B.S.(1982) Who is responsible for your heath? The construct of health locus of control. In: Sanders,G.S.-Suls,J. (Eds.): *Social Psychology of Health and Illness*, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Hillsdale, New Jersey
106. WATSON,D.-PENNEBAKER,J.W. (1989) Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity *Psychological Review*, 96, 234-254.
107. WEIDNER,G.-MATTHEWS,K.A. (1978) Reported physical symptoms elicited by unpredictable events and the Type A coronary-prone behavior pattern. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 1213-1220.
108. WEINMAN, J. et al. (1993.): *Expectations, process and outcome in doctor-patient communication*. Paper presented at the 7th. Conference of the European Health Psychology Society, Bruxelles, 1993.
109. WOODS,S.M., NATTERSON,J.-SILVERMAN,J. (1966) Medical students disease: Hypochondriasis in medical education. *Journal of Medical Education*, 41, 785-790.
110. WRIGHT,A.L.-MORGAN,W.J.(1990) On the creation of "problem" patients. *Social Science and Medicine*. Vol. 30. No. 9. 951-959

111. ZBOROWSKI,R. (1952) Cultural components in responses to pain. *Journal of Social Issues*,8,16-30
112. ZOLA,I.K. (1966) Culture and symptoms - An analysis of patients presenting complaints. *American Sociological Review*,32, 615-630.
113. ZOLA,I.K. (1964) Illness behavior of the working class:Implications and recommendations. In: Shostak,A. and Gomberg,W. (eds.): *Blue collar world:Study of the American worker*. Englewood Cliffs, N.J.:Prentice Hall

