

„Az egészségemért felelős vagyok, a betegségemért nem”

Laikus betegségmagyarázatok

Szántó Zsuzsa, Susánszky Éva, Rózsa Sándor

BEVEZETÉS – Vizsgálatunk az egészségi állapot szempontjából hasonló korosztályoknak a megbetegedéssel kapcsolatos hiedelemrendszerét, oktulajdonítási struktúráját kívánja feltárni.

MÓDSZEREK – 1997-ben egy 720 fős budapesti mintán vizsgáltuk a 18 éven felüli népesség egészségi állapotát és betegségmagyarázatait. Az egészségi állapot szubjektív megítélése alapján mintánkban a negyvenedik és a hatvanadik életévet tekinthetjük az egészségi állapotban bekövetkező szignifikáns mértékű romlás „küszöb-életkorának”. A laikus betegségmagyarázatok vizsgálatánál erre a három eltérő egészségi állapotú korosztályra koncentráltunk. A megbetegedések okainak (laikus betegségmagyarázatok) vizsgálatára a Stainton és Furnham által kidolgozott és használt egészség- és betegségskálát alkalmaztuk. A magyarázó okok csoportosítására faktoranalízist végeztünk.

EREDMÉNYEK ÉS KÖVETKEZTETÉS – A betegségmagyarázati okok öt típusát tudtuk leírni, amelyeket a következő címkékkel láttuk el: lelkiállapot, külső környezeti hatások, munka és életmód, egészségügyi ellátás, determináció. Az egészségi állapot romlásával párhuzamosan a domináns betegségmagyarázatok megváltoznak, a hangsúly a munkáról és az életmódról a biológiai meghatározottságra tevődik át.

“I AM RESPONSIBLE FOR MY HEALTH BUT IRRESPONSIBLE FOR MY ILLNESS”.

LAY ILLNESS EXPLANATIONS

INTRODUCTION – The aim of our study was to examine lay beliefs about illness causation of age groups with similar health status.

METHODS – In 1997, research was conducted among the adult population of Budapest (N=720), in order to examine their health status and illness explanations. Based on self-rated health, ages of the 40s and the 60s were considered as the age-thresholds of significant decline in health status. Thus, the study concentrated on the three age groups of people: under 40, between 40 and 60, over 60 years of age. The Health and Illness Scale of Stainton Rogers and Furnham was employed. For identifying the patterns of illness explanations, factor analysis (varimax method) was used.

RESULTS AND CONCLUSION – 5 factors were found as the basic types of illness explanations: psychological condition, external environmental determinants, work and life style, health care, internal predetermination. Parallel to deterioration of health, dominant illness explanations are also changing: emphasis moves from work and life style to biological predetermination.

**küszöbkorosztályok, egészségi állapot,
laikus betegségmagyarázatok,
egészség- és betegségskála**

**age groups in the thresholds of illness,
self-rated health, lay illness explanations,
Health and Illness Scale**

Szántó Zsuzsa (levelező szerző/correspondent), Susánszky Éva: Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet/Semmelweis University, Institute of Behavioural Sciences; H-1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.

Rózsa Sándor: ELTE, Pszichológiai Intézet/Eötvös Lóránt University, Department of Psychology, Budapest

Érkezett: 2002. június 20. Elfogadva: 2002. szeptember 25.

A kutatást a Soros Alapítvány (1997) és az OTKA (T-23148, 1997-2000) támogatta.

A modern társadalmakban a biomedikális tudás számos eleme az egész társadalom közösen használt tudáskincsének részévé válik, és a köznyelvbe is átszivárognak az orvosi-szakértői nyelv kifejezései és struktúrái. A gyakori orvos-beteg találkozásokon, az egészségnevelés üzenetein, valamint nem utolsósorban a médian keresztül a laikus társadalom különböző csoportjai eltérő mértékben, de a korábbinál fokozottabban válnak informálttá az orvostudomány technikai és biológiai eredményeivel és lehetőségeivel kapcsolatban (1). Ugyanakkor azok a gondolkodási struktúrák, amelyek a betegségek okainak magyarázatoként az egész emberi történelem során jelen voltak (például az egyénhez képest külső, illetve belső betegségek, személyes vagy személytelen okok, a környezettel való harmónia felborulásában vagy az egyén morális vétkességében rejlő okok), némileg átalakulva, „modernizálódva” tovább élnek (2, 3).

Kutatásunk a megbetegedésre vonatkozó általános hiedelmekre, valamint az ezek háttérben álló alapvető demográfiai és társadalmi faktorokra irányult. Vizsgálatunkban arra is keressük a választ, hogy a magyar lakosság körében az úgynevezett laikus betegségmagyarázatok mennyire tükrözik a betegségstruktúrában, illetve a tudományos, orvosi magyarázatokban rejlő változásokat.

A vizsgálat alapjául *Stainton-Rogers* (4) kutatásában, illetve annak *Furnham* (5) általi megismétlésekor használt egészség- és betegségskála magyar változata szolgált. Az eredeti kérdőív négy blokkjából mi csak a betegségre való fogékonyság általános meghatározottságára vonatkozó harmadik kérdésblokkot vettük fel.

Módszerek

Mintaválasztás

1997-ben egészségiállapot-felmérést végeztünk Budapest két kerületében (II., VIII.), a 18 éven felüli felnőtt lakosság körében. A vizsgálatban részt vevő személyekkel körülbelül egyórás kérdőíves interjú készült, amelyet kérdezőbiztosok rögzítettek. Az egyes kerületeken belül a mintavételi egységeket a választási körzetek jelentették. Választási körzetenként 20 személy került a mintába, így összesen 720 személy vizsgálatára került sor. A mintaválasztás két lépcsőben történt. Mintavételi egységnek a háztartásokat tekintettük, és a „véletlen séta” módszerével választottuk ki őket. Az egyéni válaszadókat a háztartásokon belül a Kish-táblázat (6) segítségével jelöltük ki.

A minta

A mintában a nők aránya (57,5%) valamivel magasabb, mint a férfiaké (42,5%). A kérdezettek átlagéletkora 49 év. Közép-, illetve felsőfokú végzettséggel rendelkezik a válaszadók háromnegyede (75,5%), mintánk tehát

egy jól képzett, nagyvárosi populációt ír le. Egészségi állapotát a vizsgált népesség 15 százaléka tartotta kifejezetten rossznak, a kérdezettek túlnyomó többsége (85%) elégedett volt jelenlegi egészségi állapotával, azt közepesnek vagy annál jobbnak tartotta (1. táblázat).

Kérdőív

A laikus betegségmagyarázatok vizsgálatára az úgynevezett egészség- és betegségskálát (Health and Illness Scale – HIS) alkalmaztuk. A kérdőív *Stainton-Rogers* (4) az egészség-betegség témakörében felvett interjúinak elemzésén alapul. Ezt a kérdőívet fordítottuk le magyarra és használtuk fel vizsgálatunkban. Az eredeti kérdőív négy különböző blokkot tartalmaz. Az első a jelenlegi egészségi állapotra vonatkozik, a második arra a kérdésre keresi a választ, hogy miként érhető el a jövőben egy kedvezőbb egészségi állapot, a harmadik a megbetegedések okait keresi, míg a negyedik blokk arra irányul, hogy betegség esetén mitől függ a gyors és hatékony gyógyulás. Mivel kutatásunk során a megbetegedések okaira vonatkozó lakossági magyarázatokat szerettük volna feltárni, a 124 kérdésből álló teljes kérdőívnek csak a harmadik blokkját vettük fel. Így a vizsgált személyek véleményük szerint 31 állítást minősíthettek abból a szempontból, hogy betegségeik kialakulásában a felsorolt tényezők milyen szerepet játszanak. A válaszadók a kijelentésekkel való egyet nem értésüket vagy egyetértésüket egy ötfokú skálán jelölhették (1=egyáltalán nem játszik szerepet, 5=meghatározó szerepet játszik).

A kérdezettek egészségi állapotukat egy ötfokú skálán minősítették, amelynek alsó értéke a „nagyon rossz”, a felső pedig a „nagyon jó” címkével volt ellátva.

1. TÁBLÁZAT

A minta demográfiai összetétele és az egészségi állapot mutatói		
	Esetszám	Százalék
Nem		
férfi	306	42,5
nő	414	57,5
Korcsoportok		
40 év alatt	254	35,3
40–60 év	238	33,0
60 év felett	228	31,7
Iskolai végzettség		
8 általános vagy kevesebb	111	15,4
szakmunkásképző	65	9,1
érettségi	299	41,5
felsőfokú	245	34,0
Egészségi állapot		
nagyon rossz	29	4,1
rossz	80	11,1
közepes	237	32,9
jó	281	39,0
nagyon jó	93	12,9

Eredmények

Az egészségi állapot egyik legjelentősebb befolyásoló tényezője az életkor. Vizsgálatunkban először az életkor és az egészségi állapot összefüggését elemeztük.

A 40 év alatti népesség a munkából és az életmódból eredő stresszhatásokat tekinti a legfontosabb rizikótényezőknek.

Meghatároztuk azokat a „küszöbét-korokat”, illetve az ezekhez illeszkedő korcsoportokat, amelyekben a lakosság egészségi állapotának önértékelése szignifikáns mértékben különbözik. Az egészségi állapot szubjektív megítélése alapján mintánkban a negyvenedik és a hatvanadik életévet tekinthetjük az egészségi állapotban bekövetkező szignifikáns mértékű romlás „küszöbét-korának” (2. táblázat).

A laikus betegségmagyarázatok vizsgálatánál erre a három eltérő egészségi állapotú korosztályra (40 év alatt, 40–60 év, 60 év felett) koncentráltunk. Ebben a három korcsoportban elemeztük a betegségmagyarázatok jellegzetes, eltérő mintázatait.

Betegségmagyarázatok

Az eredeti egészség- és betegségskála 31 kérdésből az elemzés során 30 kérdéssel dolgoztunk, mivel a megbetegedések okaira adott magyarázatok közül egyet valamennyi válaszadó elutasított: „Betegségeim kialakulásában szerepet játszik az, hogy elkerüljem az otthoni vagy munkahelyi nehézségeket.” A magyarázó okok csoportosítására faktoranalízist (varimax eljárás) alkalmaztunk. A faktoranalízis 10, egynél nagyobb saját értékű faktort jelzett. Öt faktor esetében azonban a magyarázott variancia értéke nem érte el az öt százalékot, ezért a következő futtatást már csak öt faktorra végeztük el. Az adott faktorba tartozás feltételének a 0,40-nél nagyobb faktorsúlyt tekintettük. Hét változó értéke nem felelt meg az adott feltételnek, így ezeket egyik faktorba sem vontuk be. Az öt faktor által magyarázott variancia 38,91% volt. A „családi konfliktusok” nevű változó két faktor esetében közel azonos faktorsúllyal szerepelt (első faktoron 0,43, a harmadik faktoron 0,45), de tekintettel a változó tartalmára, azt az első faktorba soroltuk be. A négy faktort a betegségmagyarázó okok fő típusainak tekintettük, és a következő címkékkel láttuk el: 1. lelkiállapot; 2. külső környezeti hatások; 3. munka és életmód; 4. egészségügyi ellátás; 5. biológiai meghatározottság (3. táblázat).

2. TÁBLÁZAT

Az egészségi állapot skála átlagértékei és szórása

Korcsoportok	Átlag	Szórás
40 év alatt	3,97	0,72
40–60 év	3,45	0,90
60 év felett	2,89	1,02

$F=89,51; p=0,00; df=2$

A skálák előállításánál ugyanazt a szempontot alkalmaztuk, mint a faktorba tartozásnál, vagyis csak azt a változót tekintettük a skála elemének, amelynek faktorsúlya nagyobb volt, mint 0,40 (az egy skálába tartozó elemeket kereteztük be). A legmagasabb átlagpontszámot a „lelkiállapot”, a legalacsonyabbat pedig az „egészségügyi ellátás” nevű skálán tapasztaljuk (4. táblázat). A 30 kérdésből álló kérdőív megbízhatóságát vizsgálva a Cronbach-alfa értéke 0,78 volt (A Cronbach-alfa a szám belső konzisztenciájának mutatója. Ez az érték 0,5 fölött elfogadható.) Az öt skála megbízhatósága 0,73 és 0,55 között helyezkedett el.

A bemutatott öt skála alapján egy jellegzetes gondolkodási struktúra rajzolódott ki. A skálák tételszámmal korrigált átlagpontértékei jelzik, hogy a betegségek kialakulásában a laikusok a determinációt tartják a legerősebb, az egészségügyi ellátást pedig a leggyengébb befolyásoló tényezőnek. Az externalitás-internalitás dimenziójában vizsgálva a megbetegedések etiológiáját, kifejezett az úgynevezett belső és személyes tényezők hangsúlya. Az egyén biológiai meghatározottságát jelentő determináció, a lelkiállapot és a munkából, életmódból fakadó stressz a laikusok hiedelme szerint nagyobb jelentőséggel bír a betegségek kialakulásában, mint a külső tényezők (például környezeti ártalmak vagy az egészségügyi ellátás hiányosságai).

A továbbiakban a magyarázó okokat az egészségi állapot szempontjából eltérő korosztályoknál is megvizsgáltuk (5. táblázat). Feltételeztük, hogy a betegségek kialakulására vonatkozó magyarázati struktúra a három kiemelt korcsoport esetében jellegzetes eltérést mutat.

A magyarázatok közül a lelkiállapot, mint a megbetegedések oki tényezője, minden korcsoportban hasonló súllyal szerepel, ezzel szemben a biológiai adottságok tekintetében jellegzetes korosztályi különbségek mutatkoznak. A biológiai jellegű magyarázatok tekintetében életkori gradualitás érvényesül: a legfiatalabbak tulajdonítanak a legkisebb, a legidősebbek pedig a legnagyobb jelentőséget a biológiai determináltságnak. A többi három tényező (munka és életmód, környezeti hatások, egészségügyi ellátás) betegségkötő szerepének megítélésében a hatvan év alattiak és felettiek között mutatkozik szignifikáns eltérés. Ezek a betegségmagyarázatok inkább a fiatal (40 év alatti) és középső (40–60 éves) korosztályra jellemzőek, mint a legidősebbekre.

A betegségek kialakulására vonatkozó okok meghatározó vagy kevésbé meghatározó jellegét vizsgálva az egyes korcsoportok eltérő magyarázati struktúrákat mutatnak. A 40 év alatti népesség a munkából és az életmódból eredő stresszhatásokat tekinti a legfontosabb rizikótényezőknek, 40 év felett pedig a biológiai meghatározottság kerül az első helyre.

Összegzés

A kérdőív 31 állítása a betegségek kialakulásának magyarázataként az egyén biológiai, lelki és magatartási adottságait, a környezet biológiai, fizikai, kémiai és társadalmi meghatározottságát, valamint a természetfelet-

3. TÁBLÁZAT

A betegségmagyarázatok típusai						
Faktor	1	2	3	4	5	Kommunalitás*
<i>Lelkiállapot</i>						
lelki problémák	0,72	0,03	0,17	0,09	0,14	0,57
boldogtalanság	0,68	-0,02	-0,04	0,13	0,13	0,50
sötéten látom a dolgokat	0,60	0,07	0,11	-0,00	-0,05	0,38
otthoni feszültségek	0,52	0,08	0,36	0,01	0,08	0,43
rossz életesemények	0,50	0,21	0,10	0,08	0,40	0,48
<i>Külső környezeti hatások</i>						
környezetszennyezés	-0,07	0,61	0,23	0,12	0,08	0,45
mikroorganizmusok	-0,05	0,60	0,13	0,08	-0,00	0,38
mások figyelmetlensége	0,03	0,57	0,01	0,25	0,03	0,39
nagyobb fertőzésveszély	-0,01	0,56	-0,00	0,18	0,24	0,41
rossz lakáskörülmények	0,18	0,47	0,19	0,03	0,03	0,30
<i>Munka és életmód</i>						
hajsolt élet	0,19	0,15	0,59	0,00	0,05	0,41
unalmas munka	0,09	0,13	0,58	0,00	0,10	0,38
munkatársi konfliktusok	0,10	0,04	0,56	0,16	-0,08	0,36
egészségtelen életmód	0,07	0,21	0,47	0,06	-0,15	0,30
családi konfliktusok	0,42	0,09	0,44	-0,00	-0,00	0,39
rossz munkakörülmények	0,02	0,28	0,42	0,04	-0,01	0,26
<i>Egészségügyi ellátás</i>						
rossz orvosi kezelés	0,04	0,11	0,09	0,81	0,11	0,70
hibás orvosi kezelés	0,07	0,12	0,00	0,73	-0,06	0,56
egészségügyi ellátás hiánya	0,03	0,10	0,21	0,64	0,12	0,48
<i>Determináció</i>						
betegsége való hajlam	-0,07	0,05	0,23	0,10	0,63	0,48
életkor	0,12	-0,10	-0,21	-0,06	0,63	0,47
immunrendszer gyengülése	0,14	0,09	0,03	0,07	0,62	0,42
időjárás	0,26	0,32	-0,13	0,05	0,46	0,41
Saját érték	4,76	2,09	1,86	1,55	1,40	
Magyarázott variancia (%)	15,89	6,98	6,21	5,17	4,66	
Kumulált variancia (%)	15,89	22,87	29,09	34,26	38,93	

* kommunalitás = hány százalékot magyaráznak a faktorok a tétel varianciájából

ti erők hatásait kínálja fel a válaszadók számára. A vizsgált 720 fős minta alapján egy jól képzett, nagyvárosi népességre jellemző laikus betegségmagyarázati modell rajzolódik ki. Mintánk gondolkodási struktúrája a felkínált magyarázati elemeknek csak bizonyos tartományait fedi le. A domináns gondolkodási modellben az egyéni-személyes (lelkiállapot, determináció) faktorok elsődlegessége érvényesül a természeti-társadalmi (munka-életmód, környezeti tényezők, egészségügyi ellátás) faktorokkal szemben. Hiányzik viszont a természetfeletti erők hatásainak percepciója. A budapesti populációban a transzcendens gondolkodásnak egyetlen eleme sem olyan súlyú, hogy ezek akár önállóan, akár valamely faktor elemeként megjelenjenek. Ennek magyarázatát feltehetően a kelet-közép-európai társadalmi és politikai viszonyokban találhatjuk meg. Magyarországon a rendszerváltás előtt uralkodó politikai ideológia következtében a vallásosság egyet jelentett a tudatlansággal, elmaradottsággal, a hátrányos társadalmi helyzettel. A vallás visszaszorításához nagymértékben hozzájárult a közoktatás, amely tudatosan nevelt a vallásos gondolkodás ellen. Magyarország vallásosság szempontjából 30 európai ország között a 23. helyen

áll, ezzel az „alacsony vallásossági szintű” országok csoportjába tartozik (7).

A preventív szemléletű orvoslás betegségmagyarázati modellje a biopszichoszociális tényezők együttes hatását hangsúlyozza. A krónikus betegségek kialakulásában egyaránt szerepet tulajdonít a magatartási elemeknek, elsősorban a klasszikus rizikó-magatartásoknak (például a dohányzás, a mozgásszegény életmód), a fizikai, társadalmi és társas környezet diszfunkcióinak, az örökletes tényezőknek, valamint a személyiség jellemzőinek. Az általunk vizsgált laikus populáció gondolkodási struktúrája jól illeszkedik ehhez a tudományos szemlélethez. Meg kell jegyeznünk azonban, hogy a betegségmagyarázati skálák viszonylag alacsony átlagpontértékei arra utalnak, hogy a válaszadók nem tekintették teljesen adekvátnak a felkínált alternatívákat. Ebből arra következtetünk, hogy a kérdőívben nem szerepeltek olyan magyarázati elemek, amelyekkel nagyobb mértékben azonosulhattak volna, és amelyek valóban kifejezik a betegségekkel kapcsola-

40 év felett
a biológiai
meghatározott-
ság kerül
az első helyre.

4. TÁBLÁZAT

A betegségmagyarázati skálák átlagpontszáma és megbízhatósága (Cronbach-alfa) (n=720)

	Átlag	SD	Cronbach-alfa	Skála-elemek száma	Skála-átlaga/ elemek száma
Lelkiállapot	10,03	4,35	0,73	6	1,67
Determináció	9,07	3,70	0,55	4	2,27
Munka és életmód	8,64	3,57	0,62	5	1,73
Külső környezeti tényezők	8,13	3,46	0,65	5	1,63
Egészségügyi ellátás	4,04	2,14	0,69	3	1,35

tos oktulajdonítást. Ezt a feltételezésünket látszik igazolni az az általunk végzett bevezető tanulmány, amely egy kisebb mintán és egy kibővített kérdőívvel történt. Az eredmények arra utalnak, hogy a magyar lakosság jóval nagyobb szerepet tulajdonít az olyan magatartási tényezőknek, mint a dohányzás, a túlzott mértékű alkoholfogyasztás, az egészségtelen táplálkozás, a mozgásszegény életmód vagy a túlfeszített munkavégzés. Míg a HIS alapja egy stressz-központú magyarázati modell, addig a magyar pilot study egy, a klasszikus rizikófaktorokon alapuló hiedelmi struktúrát körvonalaz. Véleményünk szerint ebben az a fáziskésés képeződik le, amely a harmadik epidemiológiai korszakában levő Kelet-Közép-Európa és a negyedik epidemiológiai korszakban lévő nyugat-európai társadalom között van. (Az úgynevezett harmadik epidemiológiai korszakot, amelyben a vezető halálokok már nem a fertőző betegségek, hanem a krónikus, degeneratív megbetegedések,

5. TÁBLÁZAT

A betegségmagyarázati skálák átlagpontszáma a három korcsoportban

	40 év alatt	40–60 év	60 év felett
Lelkiállapot	1,60	1,69	1,73
Determináció	1,73	2,30	2,83
Munka és életmód	1,81	1,85	1,50
Külső környezeti tényezők	1,77	1,66	1,43
Egészségügyi ellátás	1,06	1,04	0,93

rövid időn belül követte az úgynevezett negyedik epidemiológiai korszak, amelyben változatlan halálhálók struktúra mellett a várható élettartam jelentősen megnövekedett. A betegségek későbbi életkorban jelennek meg, a halálozás magasabb életkorban következik be, így növekszik az egészségben eltöltött évek száma.)

A magyar lakosság körében az egészségi állapot számottevő romlása a negyvenes életévekben következik be (8), és úgy tűnik, hogy az egészségi állapot változásával párhuzamosan a domináns betegségmagyarázat is megváltozik, a hangsúly a munkáról és az életmódról a biológiai meghatározottságra tevődik át. Paradox módon úgy is fogalmazhatnánk, hogy „míg egészséges vagyok, felelős vagyok a betegségeimért, de ha megbetegszem, arról már nem tehetek”. Véleményünk szerint ez a kissé furcsának tűnő gondolkodás fontos üzenetet hordozhat mind a megelőzés, mind pedig a gyógyítás számára, hiszen a laikus betegségmagyarázatok szoros összefüggést mutatnak a betegviselkedéssel, a betegszerep felvételének hajlandóságával és az orvossal való együttműködéssel.

IRODALOM

1. Fabrega Jr., H. Evolution of sickness and healing. Berkeley: University of California Press; 1997.
2. Foster GM. Disease aetiologies in non-western medical systems. *American Anthropologist* 1976;78:773-81.
3. Leslie C. Asian medical systems: A comparative study. Berkeley: University of California Press; 1976.
4. Stainton RW. Explaining Health and Illness: An Exploration of Diversity. London: Wheatsheaf; 1991.
5. Furnham A. Explaining Health and Illness: Lay perceptions on current and future health, the causes of illness and the nature of recovery. *Social Science and Medicine* 1994;39:715-25.
6. Kish L. Survey sampling. New York: John Wiley and Sons; 1964.
7. Tchernia JF. Comparability of religion in the European Value Study. *EVS Seminar, Catholic University of Leuven*, 2002.
8. Susánszky É, Szántó Zs. Táblaképek az egészségről. A térség lakosságának egészségi állapota. Budapest: Fekete Sas; 2001.