

Az egészségkép hatása az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságra magyar várandósok körében

Bödecs Tamás M.D.,¹ Horváth Boldizsár M.D, Ph.D.,²
Kovács Lajos M.D.,³ Diffellné Németh Marietta,¹ Sándor János M.D., Ph.D.⁴

¹Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Népegészségtani, Rekreációs és Egészségfejlesztési Intézet, Védőnői Tanszék, Szombathely

²Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolás és Betegellátás Intézet, Szülész-női Tanszék, Szombathely

³Vasútegészségügyi Kht., Szombathelyi Egészségügyi Központ

⁴Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Népegészségtani, Rekreációs és Egészségfejlesztési Intézet, Népegészségtani és Epidemiológiai Tanszék, Pécs

Bevezetés

Magyarországon a koraszülések aránya tartósan, csaknem két évtizede 8–9% között mozog, s lényegesen meghaladja a hazánk gazdasági és társadalmi potenciáljából következő várható gyakoriságot. [1] Európa országai közül csupán két ország, Románia és Bulgária rendelkezik ennél rosszabb mutatókkal. Mivel a koraszülések okai rendkívül szerteágazóak, elméletileg számos beavatkozási pont adódik, ahol hatékony intervenciók segítségével csökkenthetnénk gyakoriságát.

Az egészségjavító intervenciók sikerének azonban alapvető feltétele az érintett célpopuláció közreműködése, aktív részvétele. [2] Ez a közreműködés azonban csak akkor adott, ha a professzionális „egészség-szakértők” által felajánlott, meghirdetett intervenciók lehetőségei találkoznak az érintett populáció elvárásaival. Az emberek ugyanis egészségüket illetően nagyon eltérő információigénnyel rendelkeznek, és más-más egészségjavító intervenciókra fogékonyak. [3] Ennek oka, hogy részben kulturális gyökereiből, részben személyes hétköznapi tapasztalataiból kiindulva, mindenki kialakítja a gyakran előforduló, széles körben ismert betegségek, tünetek okairól alkotott saját elképzeléseit. [4, 5] Ezek a laikus elképzelések nemcsak a betegségek okaira terjednek ki, hanem mintegy kontrasztként, az egészség mibenlétére, háttértényezőire is. [6] A „mitől függ az egészségem?” kérdésre minden ember magában hordozza a maga laikus, sokszor ki nem mondott, meg nem fogalmazott hiedelmeit, elképzeléseit. Az egészség-hiedelmek többnyire nem tényleges lexikális tudásra, korrekt és helytálló adatokra épülnek, forrásuk döntő mértékben a laikus egyéni vagy közösségi szintű tapasztalat. [7]

A laikus egészség-hiedelmek mind egyéni, mind közösségi szinten komplex rendszerré, egészségképpé formálódnak. A laikus egészségképek bár komplexek, egyes

elemeik lehetnek illogikusak, néha egymásnak ellentmondóak, mégis, mivel erős egyéni és kulturális gyökerekkel rendelkeznek, az egyén erősen ragaszkodik hozzájuk. [7] Márpedig az egészségkép alapvetően megszabja az egyénnek az egészség kontrollálhatóságába vetett hitét és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságát. Ha az intervenció során az egyén egészségképével ellentétes, idegenszerű értéket erőltetünk, vagy az adott élethelyzetében megvalósíthatatlan viselkedést követelünk meg tőle, akkor erőfeszítéseink eleve kudarcra lesznek ítélve. [3]

Kutatásunk elsődleges, közvetlen célja várandós nők laikus egészségmagyarázatainak, egészségképének vizsgálata volt. Arra voltunk kíváncsiak, hogy laikus egészség-hiedelmek milyen konkrét elemekből épülnek fel és milyen struktúrát mutatnak. Kevésbé tudományos nyelven fogalmazva: mit gondolnak válaszadóink, mitől függ az egészségük? Hazánkban Szántó Zs., Susánszky É., és Rózsa S. (2002) végzett hasonló tartalmú vizsgálatot, ők azonban nem az egészséggel, hanem a betegséggel kapcsolatos hiedelemrendszert vizsgálták mindkét nemből. [8] Másik célunk a várandós nők egészségképe és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottsága közötti összefüggések feltérképezése volt. Ha pontosabb képet kapunk célpopulációnk laikus egészségmagyarázatairól, egészséggel kapcsolatos elképzeléseiről, akkor a jövőben ezekre építve hatékonyabban tudjuk az egyes intervenciókat megtervezni, nagyobb arányban tudjuk a kliensek együttműködését megnyerni.

Minta és módszer

Felmérésünket a Vas Megyei Markusovszky Kórház Egyetemi Oktatókórház terhesgondozási központjával lefedett Szombathely városában, a 18 védőnői körzetből álló védőnői hálózat 10 körzetében végeztük. A tíz védőnői körzetből kialakított területen populációs alapú monitoringot hoz-

1. táblázat

Demográfiai változóink megoszlása

	Átlag	Szórás
Életkor	29,57	5,166
Szocio-ökonómiai státusz	4,02	1,725
	no.	%
Családi állapot		
Hajadon	21	6,8
Elvált	3	1,0
Élettárs	104	33,9
Férjezett	179	58,3
Iskolai végzettség		
Kevesebb, mint 8 osztály	22	7,2
8 osztály	29	9,5
Szakmunkásképző	29	9,5
Szakközépiskola	93	30,5
Gimnázium	14	4,6
Felsőfokú	118	38,7

tunk létre, ahol minden terhességi nyilvántartásba kerülő nőről rendszeres adatgyűjtést folytattunk 2008. február 1. és 2009. február 1. között. A gondozásbavétel során kérdőívet vettünk fel. A vizsgálati protokollban szereplő beleegyező nyilatkozat kitöltése is ezen a helyen történt meg. A vizsgálatban való részvétel önkéntes és anonim volt.

Egészségkép

Válaszadóink egészségről–betegségről alkotott hiedelmeit *Staiton Rogers* kérdőívének (*Health and Illness Scale*) második blokkjával mértük fel. [9] A jövőbeli jobb egészségi állapot eléréséről szóló laikus magyarázatokra vonatkozó állításokat magyar nyelvre fordítottuk és a tételek eredeti sorrendjét megtartva tettük fel őket. Az eredeti pontozást meghagyva, a 31 tétel mindegyikét 1–7 pontig terjedő skálán pontozták a vizsgálatban résztvevők, annak függvényében, hogy az adott állítással mennyire értettek egyet. Az egészséghiedelmek elemeinek vizsgálatára a fenti kérdőív tételeit faktorelemzésbe vontuk, amelynek során az alábbi lépéseket követtük: először főkomponens-elemzéssel az egynél nagyobb sajátértékű faktorok számát állapítottuk meg, ezekből azonban az 5%-nál kisebb magyarázó erővel rendelkező faktorokat első lépésben nem vettük figyelembe. Az alacsony kommunalitású tételektől lépésenként megváltunk, majd a maradék tételekkel, Varimax-rotációval, leg-

nagyobb valószínűség becsléssel faktoranalízist végeztünk. Az adott faktorba tartozás feltételül a 0,40-nél magasabb faktorsúlyt vettük. Azoktól a tételektől, amelyek ez utóbbi kívánalomnak nem feleltek meg, lépésenként megváltunk. Az így kapott faktorstruktúrának megfelelően az egyes egészségmagyarázó faktorokat a további elemzésekben új, standardizált változóként kezeltük. [10]

Elvárt segítség

Válaszadóink egészségjavító intervencióra való nyitottságát az alábbi módon mértük: azért, hogy ne válaszadóinktól idegen intervenciókat ajánlgassunk, ellátogattunk a várandós kismamák által leggyakrabban látogatott honlapokra és itt tájékozódunk. A témában leginkább érintettek, maguk a várandósok leggyakoribb kérdéseinek, problémáinak, nehézségeinek elemzéseként hét lehetséges intervenció lehetőségét formáztunk meg, amelyet válaszadóink annak megfelelően pontozhattak, hogy az számukra mennyire jelentene segítséget várandósságuk alatt. (1 = egyáltalán nem segítene, 5 = feltétlenül szükségem lenne rá). Felajánlott intervencióink az alábbiak voltak: „egészségügyi ellátás javítása”, „ismeretadás”, „érzelmi támogatás”, „technikai dolgok begyakoroltatása”, „hasonló helyzetű kismamákkal való találkozás”, „lelki problémák megbeszélése”, „tápanyagok vitaminnal történő dúsítása”.

2. táblázat

A laikus egészségmagyarázatok faktorstruktúrája

Faktorok	1	2	3	4	5	6	kommunalitás
Tételek tartalmi							
Erőim felhasználása	0.531	0.076	0.122	0.101	0.088	0.205	0.362
Pozitív gondolkodás	0.856	0.073	0.046	0.179	-0.003	-0.034	0.772
Boldogságkeresés	0.853	0.110	0.068	0.100	0.004	0.073	0.760
Belső konfliktusokkal való szembenézés	0.780	0.127	0.096	0.107	0.122	0.009	0.660
Sorsom irányítása	0.699	0.106	0.015	-0.027	0.200	0.212	0.586
Időjárás	0.067	0.120	0.546	0.169	0.025	0.055	0.349
Jó- vagy balszerencse	0.024	0.057	0.884	0.156	-0.036	0.017	0.811
Véletlen	0.014	0.097	0.758	0.125	0.101	0.058	0.613
Családommal, barátaimmal való kapcsolat	0.352	0.276	0.292	0.039	0.113	0.513	0.563
Családomtól, barátaimtól kapott tanácsok	0.211	0.179	0.200	0.223	0.175	0.755	0.768
Szakkönyvek tanácsainak elfogadása	0.121	0.110	0.155	0.446	0.270	0.286	0.404
Orvosi szűrővizsgálaton való részvétel	0.139	0.045	0.037	0.333	0.776	0.116	0.749
Orvosi tanácsok megfogadása	0.178	0.099	0.006	0.262	0.766	0.129	0.713
Orvosi kezelések	0.006	0.123	0.111	0.557	0.276	0.036	0.415
Életkor	0.153	0.124	0.196	0.610	-0.010	0.125	0.465
Természetfeletti erők	0.114	0.142	0.454	0.053	-0.026	0.113	0.255
Fertőzések	0.110	0.206	0.138	0.568	0.190	0.121	0.447
Lakáshelyzet alakulása	0.045	0.662	0.169	0.341	0.068	0.086	0.597
Munkahelyi környezet	0.158	0.768	0.144	0.263	0.053	0.001	0.708
Családi körülmények	0.149	0.772	0.178	0.153	0.089	0.235	0.736
Munkahelyi kapcsolatok	0.167	0.829	0.178	0.191	0.040	0.114	0.799
Jövőbeli váratlan események	0.124	0.224	0.422	0.212	0.110	0.197	0.339
Káros környezeti hatások elkerülése	0.127	0.256	0.129	0.491	0.269	-0.100	0.422
Vitaminok, erősítőszereszedése	0.057	0.214	0.119	0.519	0.073	0.021	0.339
Sajátérték	3.238	2.776	2.434	2.371	1.599	1.215	
Megmagyarázott hányad (%)	13.49	11.56	10.14	9.88	6.66	5.06	Total: 56,8%

Szocio-ökonómiai státusz

A szocio-ökonómiai státuszt a HBSC kérdőívben is alkalmazott, négy változóból (autó-, számítógép-, saját szobatulajdon és családi nyaralás) képzett Családi Jómódúsági Skálával mértük. [11]

Adataink feldolgozásához az SPSS for Windows v. 11,5 programot használtuk. Összefüggéseinket többváltozós lineáris regresszió segítségével elemeztük.

Eredmények

Demográfiai adatok

A vizsgált egy év alatt 324 főből 17 fő utasította el a résztvételt, így 307 (94,7%) koraterhességi várandós képezte adatbázisunkat. Válaszadóink 15–44 év közöttiek, átlagéletkoruk 29,57 év (standard deviáció /SD/=5,17). Mintánk több mint fele férjezett (58,3%), közép- vagy felsőfokú végzettségű (35,1% és 38,7%). Demográfiai változóink megoszlását az 1. táblázatban tüntettük fel.

Laikus egészségmagyarázatok

A laikus egészségmagyarázatok vonatkozásában arra voltunk kíváncsiak, hogy az erre vonatkozó, 31 tételből álló változóhalmazunk mögött milyen látens struktúrák rejtőznek. A főkomponens-elemzés eredményeként hét, egynél nagyobb saját értékű faktort kaptunk, ám ebből két faktor kevesebb, mint 5%-nyi magyarázóerővel rendelkezett. A továbbiakban először az öt-, majd a hétfaktoros modellel dolgoztunk tovább, a fentiekben leírt lépéseket követve. Sem az öt-, sem a hétfaktoros modell nem alkotott értelmezhető, kellő magyarázóerővel rendelkező faktorstruktúrát, ezért végül a hatfaktoros modellel próbálkoztunk.

A hatfaktoros modellre, Varimax-rotációval, legnagyobb valószínűség becsléssel (MLE) faktoranalízist végeztünk. Alacsony kommunalitásuk miatt az „Isteni gondviselés”, a „természetgyógyászok tanácsainak megfogadása”, az „egésztelen szokásaim elhagyása”, a „veleszületett alkati tulajdonságaim”, a „jelenlegi egészségi állapotom” és az „egészesebb életmód” tételtől kellett megválnunk, a fenti sorrendben. A „mindennapi viselkedésem megváltoztatása” tétel egyik faktoron sem teljesítette a 0,40-nél nagyobb faktorsúlyt, ezért tőle is megváltunk. A megmaradt 24 tétel a hat faktorra igen erős illeszkedést adott. (2. táblázat) Modellünk szignifikanciáját a Bartlett-féle gömbölyűség-próbával ($p < 0,001$), a modell illeszkedését pedig a Kaiser-Meyer-Olkin-féle mutatóval teszteltük ($KMO = 0,857$), amely alapján az illeszkedés jónak mondható.

A kapott faktorstruktúra alapján, az egybetartozó tételeket összevonva létrehoztuk a hat faktort. Látható, hogy hat faktorunk együttesen az eredeti változókészlet varianciájának több, mint a felét (56,8%-át) magyarázza. Első faktorunkat (lelkiállapot) az „erőim felhasználása”, a „pozitív gondolkodás”, a „boldogságkeresés”, a „belső konfliktusokkal való szembenézés” és a „sorsom irányítása” tételek

alkották. A II. faktor (környezet) a „lakáshelyzetem alakulása”, a „munkahelyi környezet”, a „családi körülmények” és a „munkahelyi kapcsolatok” tételekből állt össze. A III. faktort (végzet) az „időjárás”, a „jó- vagy balszerencse”, a „véletlen”, a „természetfeletti erők” és a „jövőbeli váratlan események” tételek alkották. A IV. faktor (külső hatások) alkotói a „szakkönyvek tanácsainak megfogadása”, az „orvosi kezelések”, az „életkor”, a „fertőzések”, a „káros környezeti hatások elkerülése” és a „vitaminok, erősítőszerek szedése” tételek voltak. Az V. faktort (megelőzés) mindössze két tétel alkotta: az „orvosi szűrővizsgálaton való részvétel” és az „orvosi tanácsok megfogadása”. A VI. faktorhoz (közeli kapcsolatok) szintén két tétel került: a „családdal, barátaimmal való kapcsolat” és a „családomtól, barátaimtól kapott tanácsok”.

Az egyes intervenciók iránti nyitottság

Válaszadóink szignifikánsan, a legmagasabb átlagpontszámmal az „élelmiszerek dúsitása” intervenciót illették, azaz ezt tartották legfontosabbnak. Ugyancsak szignifikáns mértékben leginkább az „érzelmi támogatást” utasították el, ez kapta a legalacsonyabb átlagpontszámot. Az egyes intervenciók preferenciáinak átlagát (azaz az egyes intervenciók iránti nyitottságot) az 1. ábra szemlélteti.

Az egészségkép és az intervenciók iránti nyitottság közötti kapcsolat

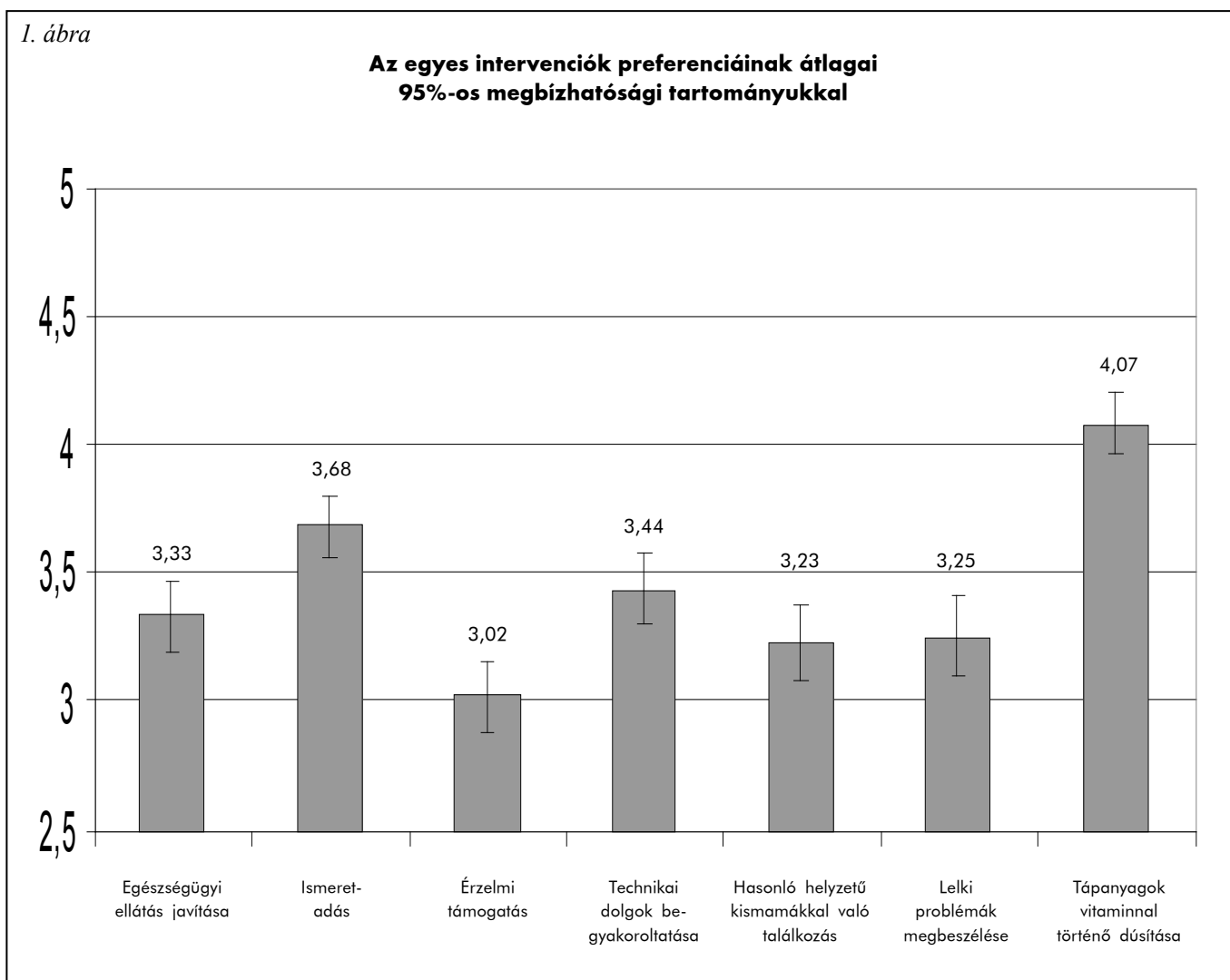
A továbbiakban az egyes intervenciók lehetőségeket, mint függő változókat, egyenként az egészségkép hat faktorával, mint független változókkal vetettük össze, hogy lássuk, mennyiben határozza meg válaszadóink egészségképe az adott intervenciók iránti nyitottságukat. A hét intervenció lehetőségnek megfelelően hét modellt kaptunk. A 3. táblázat tartalmazza az így felépített modellek szignifikancia-szintjeit (modell p), a modellek magyarázó értékeit (modell R^2), és az egyes faktorokkal való összefüggéseket. Félkövér betűkkel emeltük ki a modellt alkotó, szignifikáns faktorokat.

A hat egészségkép-faktor szignifikánsan ($p < 0,01-0,001$) magyarázta mind a hét lehetséges intervenció típusra alkotott modellünket, ám valamennyi modellünk magyarázóereje csekély (5–13%).

Következtetés

Várandós válaszadóink válaszaiból, illetve ezek elemzéséből egy hatfaktoros (lelkiállapot, környezet, végzet, külső hatások, megelőzés, közeli kapcsolatok) egészségkép-modell rajzolódott ki. Modellünk erősen szignifikáns, illeszkedése jó. Faktoranalízisünk során megállapítottuk, hogy az eredeti 31 tétel túlnyomó többsége nemcsak szignifikánsan hozzájárul egészségkép-modellünk alkotásához, hanem szilárdan egy-egy faktoron ül, tehát a faktorok között gyakorlatilag nincs átfedés.

Az egészségkép intervenciók preferenciákra vonatkozó hatását illetően érdekes eredményekre jutottunk. Valamennyi



intervenciók modellünkben szignifikánsan szerepelt a „környezet” faktor, míg a „lelkiállapot” egyik modell alkotásában sem kapott szerepet! Valamennyi intervenciók modellünkben valamennyi faktorunk csak pozitív előjellel szerepelt, azaz minden szignifikánsnak bizonyuló faktor pozitívan korrelált az adott intervencióra való nyitottsággal. Az „egészségügyi ellátás javítása” intervenciók lehetőségével pozitívan korreláltak a „környezet”, a „végzet” és a „külső hatások” faktorok. Látható, hogy mindhárom faktor ún. külső, az egyén által nem vagy alig kontrollálható egészség-determináns, nem véletlen az összefüggés az ugyancsak külsődleges determinánssal, az egészségügyi ellátással. Hasonló alapokon értelmezhető az „élelmiszerek dúsítása” összefüggése a „környezet” és a „külső hatások” faktorokkal.

Az „érzelmi támogatás” és a „lelki problémák megbeszélése” intervenciókat alkotó faktorok között nagy az átfedés. Mindkettőben felbukkan a „környezet”, a „végzet” és a „közeli kapcsolatok”, bár mindkét esetben egy-egy faktor szerepe csak marginálisan szignifikáns. Ezen felül az „érzelmi támogatás” a „megelőzés” faktoral is korrelál. Érzelmileg bizonytalan, lelki támogatásra, beszélgetésre vágyó válaszadóink értelemszerűen fontosnak tartják

a közeli kapcsolatokat, és – nem meglepő módon – a két markánsan külső egészség-determinánst, a „környezet” és a „végzet” faktorokat is. Mindkét intervenciók modellből az tükröződik, hogy a bizonytalan, magukat kiszolgáltatottnak érző, érzelmileg dependens személyek hajlamosak egészségi állapotuk alakulását a végzetre, környezetükre, esetleg másokra hárítani.

Az eddig felsorolt, az egyén részéről aktivitást nem igazán igénylő intervenciók tehát általában külsődleges egészségdeterminánsokhoz kapcsolódtak. Bonyolultabbá válik a helyzet, ha az egyéni aktivitást is feltételező intervenciókra fókuszálunk. Aligha lehet véletlen, hogy az „ismeretadás” és a „technikai dolgok begyakorlatalása” intervenciók mindkettő ugyanazon faktorokkal („környezet”, „külső hatások”, „megelőzés”) kapcsolódnak! Mindkét intervenciótípusban felbukkan a passzív elem (hiszen az ismeret adják, a technikai dolgokat begyakorlatják), mégis mindkettő az egyén aktív befogadó magatartásával válik teljessé. Ez a kettősség jelentkezik a modellalkotó faktorokban: a külsődleges faktorok („környezet”, „külső hatások”) mellett megjelenik az egyéni aktivitást, a kereső magatartást leképező „megelőzés” faktor is!

3. táblázat

Az egészségkép és az elvárt intervenciók iránti nyitottság összefüggései

Egészségügyi ellátás	Modell $p < 0,01$	Modell $R^2: 0,051$
	Béta	p
Lelkiállapot	0,022	0,700
Környezet	0,139	0,014
Végzet	0,113	0,045
Külső hatások	0,138	0,016
Megelőzés	0,077	0,174
Közeli kapcsolatok	0,040	0,473
Ismeretadás	Modell $p < 0,001$	Modell $R^2: 0,065$
	Béta	p
Lelkiállapot	0,088	0,114
Környezet	0,143	0,011
Végzet	-0,017	0,757
Külső hatások	0,146	0,011
Megelőzés	0,147	0,010
Közeli kapcsolatok	0,024	0,673
Érzelmi támogatás	Modell $p < 0,001$	Modell $R^2: 0,101$
	Béta	p
Lelkiállapot	-0,017	0,758
Környezet	0,260	0,000
Végzet	0,103	0,061
Külső hatások	0,026	0,647
Megelőzés	0,115	0,040
Közeli kapcsolatok	0,137	0,013
Technikai tudás	Modell $p < 0,001$	Modell $R^2: 0,128$
	Béta	p
Lelkiállapot	-0,069	0,200
Környezet	0,262	0,000
Végzet	0,024	0,657
Külső hatások	0,173	0,002
Megelőzés	0,135	0,014
Közeli kapcsolatok	0,082	0,130

Kortárs támogatás	Modell $p < 0,001$	Modell $R^2: 0,088$
	Béta	p
Lelkiállapot	-0,025	0,649
Környezet	0,249	0,000
Végzet	-0,015	0,789
Külső hatások	0,030	0,599
Megelőzés	0,037	0,503
Közeli kapcsolatok	0,190	0,001
Lelki problémák megbeszélése	Modell $p < 0,001$	Modell $R^2: 0,120$
	Béta	p
Lelkiállapot	0,030	0,584
Környezet	0,288	0,000
Végzet	0,189	0,001
Külső hatások	-0,064	0,243
Megelőzés	0,065	0,237
Közeli kapcsolatok	0,102	0,061
Élelmiszer-dúsítás	Modell $p < 0,001$	Modell $R^2: 0,08$
	Béta	p
Lelkiállapot	0,064	0,245
Környezet	0,209	0,000
Végzet	0,078	0,159
Külső hatások	0,182	0,001
Megelőzés	0,032	0,565
Közeli kapcsolatok	-0,010	0,861

A legkevésbé felülről irányított, az egyén részéről a legtöbb aktivitást és egyéni döntést igénylő intervenciós forma a „sorstársakkal (hasonló helyzetű kismamákkal) való találkozás”. Itt a legkisebb az intervenciót nyújtó „segítők” szerepe, pusztán a lehetőséget teremti meg, az intervenció valódi tartalma és sikere nagyrészt a résztvevőkön múlik. Ehhez képest elgondolkodtató, hogy ez az intervenciós lehetőség is (bár nem meglepő módon pozitívan korrelál a „közeli kapcsolatok” faktoral), igen erősen összefügg a külsődleges egészségdeterminánsnak számító „környezet” faktoral is. Első látásra ez az összefüggés nehezen értelmezhető. Ha azonban visszatérünk kiinduló észrevételünkhöz, amely szerint valamennyi modellünkben szerepelt a „környezet” faktor – míg a „lelkiállapot” egyikben sem –, egy szélesebb kontextusba helyezve talán sikerül az értelmezés.

Az intervenciós preferenciákra vonatkozó kérdésünk így

hangzott: „*Ön szerint mostani helyzetében mivel segíthetnének a legtöbbet Önnek és születendő gyermekének?*” A kérdés eleve egy aszimmetrikus viszonyba helyezi a válaszadót, ahol a „segítő” kérdező, azaz a válaszadót a „megsegített” passzív pózába kényszerítjük. Ráadásul a felajánlott intervenciók tartalmukban is inkább passzív, vagy félig passzív megközelítésűek. Így azok a válaszadók, akik önállóanabbak, dependensebbek, és hajlamosak egészségüket külső determinánsokkal magyarázni, mintegy „elemükben vannak”, és kapaszkodnak minden felajánlott, lehetséges egészségjavító intervencióba. Ugyanők a fent említett mechanizmusok miatt, egészségképükben zömmel külsődleges egészségdeterminánsokat jelölnek meg. A kontrollt „belül” hordozó, céltudatos, sorsukat kézben tartó válaszadók egészségképükben várhatóan inkább a belső kontrollnak jobban megfelelő „lelkiállapot” faktoron adnak magasabb pontszámokat.

Vizsgálatunk egyik korlátja a viszonylag kicsi esetszám, továbbá, hogy demográfiai szempontból mintánk meglehetősen homogén, kevés benne a variabilitás. Nagyobb esetszám és nagyobb variabilitás mellett esetleg még egyéb szignifikáns összefüggések is feltárultak volna, mindazonáltal biztos állíthatjuk: kapott szignifikáns összefüggéseink valóságok. A vizsgálati résztvevőket nem vállalókról nincs adatunk, ám mivel számuk csekély, ők várhatóan kevésbé torzították eredményeinket.

Összefoglalás

Korábbi tanulmányokból ismeretes, hogy az egészségjavító intervenciók sikerességének, hatékonyságának alapvető feltétele az érintett célpopuláció közreműködése, amelynek viszont feltétele, hogy a meghirdetett intervenciók lehetőségei találkozzanak az érintett populáció elvárásaival. Ezeket az elvárásokat, az érintettek egészségük kontrollálhatóságába vetett hitét, az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságát alapvetően az érintettek egészségképe szabja meg. Tanulmányunkban várandós nők egészségképét vizsgáltuk, továbbá egészségképük és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságuk közötti összefüggéseket térképeztük fel. Felajánlott intervenciók lehetőségük zömmel külsődleges, az egyén részéről kevés aktivitást igénylő intervenciók voltak. Válaszadóink az *élelmiszerek dúsítását* és az *ismeret-adást* preferálták leginkább, míg legkevésbé az *érzelmi támogatást* igényelték. Az egyes intervenciók lehetőségei döntően külső egészségdeterminánsokkal (*környezet, egyéb külső hatások*) korreláltak. Tendenciaként mindenképpen megállapítható, hogy az egyén egészségképe és intervenciók igénye között szoros kapcsolat van: a felülről irányított, egyéni résztvevőket kevésbé igénylő intervenciókat elsősorban azok igénylik, akik egészségüket külsődleges, általuk nem, vagy kevésbé kontrollálható okokkal magyarázzák.

Kulcsszavak: egészségkép, egészségjavító intervenciók, koraterhesség, faktorelemzés

IRODALOM

- Páll, G.: *Gyermekegészségügy. NEJ2004 – Szakértői változat.* www.oszmk.hu/dokumentum/NEJ/nej2004_gyermekegeszsegugy.pdf (2004) [2008. 03. 31.]
- Gatewood, J. G.–Litchfield, R. E.–Ryan, S. J.–Myers Geadelmann, J. D.–Pendergast, J. F.–Ullom, K. K.: „Perceived Barriers to Community-based Health Promotion Program Participation.” In: *American Journal of Health Behavior*, 32(3), 260–271 (2008)
- Ewles, L.–Simnett, I.: *Egészségfejlesztés. [Health Promotion].* Medicina, Budapest, 1999.
- Kressin, N. R.–Clark, J. A.–Whittle, J.–East, M.–Peterson, E. D.–Chang, B. H.–Rosen, A. K.–Ren, X. S.–Alley, L. G.–Kroupa, L.–Collins, T. C.–Petersen, L. A.: „Racial Differences in Health-related Beliefs, Attitudes, and Experiences of VA Cardiac Patients: Scale Development and Application.” In: *Medical Care*, 40(1), suppl. 1–72–1–85 (2002)
- Spoont, M.–Sayer, N.–David, N.: „PTSD and Treatment Adherence:

Summary

It is known from previous studies, that the basic prerequisite of the success of interventions that aim to improve people's health is the willingness of the affected population to co-operate. The co-operation also requires a prerequisite, namely that the advertised intervention options should coincide with the expectations of the affected population. These expectations, that is the beliefs of the people affected concerning the controllability of their state of health, and their openness towards health improving interventions, are primarily influenced by people's regard towards their health. In our survey we examined the attitude of pregnant women to their health. We also looked into the correlations between their regard to their health and their openness towards health improving interventions. The majority of the interventions we offered were external, requiring a low level of involvement from the individuals. Those who were questioned would have appreciated the enrichment of foods as well as the provision of useful information the most, whereas they needed the emotional support the least. The particular possibilities for intervention correlated mainly with external health affecting factors such as environment and similar external influences. As a tendency, it can certainly be stated, that there is a close connection between people's regard to their health and their need for intervention. Interventions from higher levels which require less individual involvement are generally preferred by those who tend to provide an explanation in order to explain their state of health through the use of external, hardly controllable contributing factors or those over which they have no control.

Keywords: health perceptions, health improving interventions, early pregnancy, factor analysis

The Role of Health Beliefs.” In: *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 193(8), 515–522 (2005)

- Hughner, R. S.–Kleine, S. S.: „Views of Health in the Lay Sector: a Compilation and Review of How Individuals Think about Health.” In: *Health* (London), 8(4), 395–422 (2004)
- Furnham, A.: „Explaining Health and Illness: Lay Perceptions on Current and Future Health, the Causes of Illness, and the Nature of Recovery.” In: *Social Science Medicine*, 39(5), 715–725 (1994)
- Szántó, Zs.–Susánszky, É.–Rózsa, S.: „»Az egészségemért felelős vagyok, a betegségemért nem« – laikus betegségmagyarázatok.” In: *Lege Artis Medicinae*, 12(9), 584–8 (2002)
- Staiton Rogers, W.: *Explaining Health and Illness: An Exploration of Diversity.* Wheatsheaf, London, 1991.
- Füstös, L.–Kovács, E.–Meszéna, Gy.–Simonné Mosolygó, N.: *Alakfelismerés: Sokváltozós statisztikai módszerek.* Új Mandátum, Budapest, 2004.
- Aszman, A.: *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása.* Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest, 2003.