

Egészségpszichológia, egészségkommunikáció és egészségmarketing

Amennyiben a vezető halálokokat tekintjük hazánkban, akkor megállapíthatjuk, hogy a legtöbben a pszichológiai tényezők és a magatartás is jelentős szerepet játszanak. Például a szív- és érrendszeri megbetegedésekhez a genetikai és biológiai tényezők mellett a túlzott testsúly, a táplálkozási szokások, a rendszeres testmozgás hiánya, a dohányzás, a túlzott pszichológiai megterhelés (a tartós stressz) egyaránt hozzájárulhat.

AZ EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIA MEGHATÁROZÁSA

Közismert, hogy az egyént és a társadalom egészségét számos olyan tényező befolyásolja, ami túlmutat a szoros értelemben vett orvosi praxison. Különösen igaz ez az olyan betegségekkel kapcsolatban, amelyeknek kialakulását a biológiai tényezőkkel kölcsönhatásban magatartási és pszichológiai tényezők is befolyásolhatják. Amennyiben áttekintjük a vezető halálokokat hazánkban (1. tábla), akkor megállapíthatjuk, hogy a legtöbben a pszichológiai tényezők és a magatartás is jelentős szerepet játszik. Például a szív- és érrendszeri megbetegedésekhez a genetikai és biológiai tényezők mellett a túlzott testsúly, a táplálkozási szokások, a rendszeres testmozgás hiánya, a dohányzás, a túlzott pszichológiai megterhelés (a tartós stressz) egyaránt hozzájárulhat. A másik jellemző példa a magatartás és a pszichológiai tényezők szerepére az orvostudomány fejlődésével egyre modernebb és hatékonyabb szűrési eljárásokon való részvétel változó mértéke. Hiába vannak a gyorsan fejlődő orvostudománynak olyan eszközei, amelyek például minél korábbi időszakban kimutatják a szervezetben lezajló káros folyamatokat, amennyiben az egyén ezekkel nem él azzal, hogy nem vesz részt a szűrővizsgálatokon (pl. mellrákszűrésen), akkor a tudományos és technikai fejlődés ellenére sem az egyén, sem a populáció egészségi kilátásai nem javulnak.

Jól látható ezekből a példákból, hogy az egészség és sok esetben a gyógyulás egyik kulcsa, az egyének egészségmegőrző vagy éppen károsító magatartásában rejlik. Éppen ezért a társadalom egészségének fenntartása és fejlesztése érdekében sok olyan tudományterületnek kell együttműködni, amely a biológiai folyamatok mellett a magatartás és a pszichológiai folyamatok meghatározóit, ezek hatékony módosítási lehetőségeit veszi górcső alá. Ezek között az egészségpszichológia olyan interdiszciplináris terület, amely a pszichológiai ismeretek és módszerek alkalmazásával törekszik elősegíteni és fenntartani az egyének, a közösségek és a populációk jóllétét (Marks, Murray, Evans és Willig, 2000).

A terület klasszikusabb meghatározása szerint az egészségpszichológia a pszichológia specifikus – edukációs, tudományos és gyakorlati (professzionális) – hozzájárulása az egészség elősegítéséhez és fenntartásához, a betegség megelőzéséhez és kezeléséhez, az egészség, betegség és kapcsolódó működészavarok kiváltó okainak és diagnosz-

tikus jegyeinek vizsgálatához, az egészségügy és az egészségpolitika elemzéséhez és fejlesztéséhez (Matarazzo, 1982, 4. old.).

Az egészségpszichológiának tehát szoros dialógust kell fenntartani az egyén és a populáció egészségéért felelős más elméleti és gyakorlati szakágakkal, nevezetesen például az orvostudomány egyes aldiszciplínáival, a népegészségüggyel, az egészségfejlesztéssel, az egészségkommunikációval, vagy éppen a szociális marketinggel. A különböző területek a saját megközelítéseken belül különböző módon járhatnak a fizikai, a mentális és a társas jóllét elősegítéséhez. Példaként nézzük az elsődleges és a másodlagos prevenció összehasonlítását (Kaplan, 2000). Az elsődleges megelőzés során a cél az egészségkárosodás kialakulásának megelőzése és a jóllét elősegítése. Néhány kivételt leszámítva (pl. a védőoltások alkalmazása) ez elsősorban a magatartás megváltoztatásán keresztül érhető el.

A cél tehát az egyén és a populáció magatartásának befolyásolása, így például a testedzés elősegítése, a dohányzás csökkentése, a táplálkozási szokások megváltoztatása. Az orvostudomány és különböző területei meghatározhatják a kívánatos viselkedés módját és mértékét. Például jelentősen megváltoztatta a testmozgással kapcsolatos egészségügyi üzeneteket az a felismerés, hogy már a mérsékelt, alacsony intenzitású testmozgás is jelentős egészségi előnyökkel jár, vagy éppen gondolhatunk olyan egyszerű információkra is, hogy az óvszer a leghatékonyabb védekező eszköz a nem kívánt terhesség és a nemi betegségek ellen. Ugyanakkor a viselkedésmódifikáció nem kíván orvosi beavatkozást, elsősorban a magatartást meghatározó tényezők olyan befolyásolása szükséges, amely elvezet a megfelelő viselkedés megjelenéséhez és fennmaradásához.

Az egészségpszichológia más tudományterületekkel együtt képes azonosítani azokat a kritikus tényezőket (lásd 2. tábla), amelyek az egyes kívánatos változásokat eredményezhetik az egyén, a közösség és a

1. tábla

A fontosabb mortalitási csoportok Magyarországon a Központi Statisztikai Hivatal 2000-s adatai szerint, és az ezekkel kapcsolatba hozható viselkedések.

A betegségcsoport	A meghaltak száma	A betegséggel kapcsolatba hozható magatartások
A keringési rendszer megbetegedései	68 873	<ul style="list-style-type: none"> o Az aktív és/vagy passzív dohányzás o A helytelen táplálkozás o A túlzott alkoholfogyasztás o A testedzés hiánya o A korai ellenőrzés hiánya o A kezelés betartásának alacsony mértéke o Stressz
Daganatos megbetegedések	33 679	<ul style="list-style-type: none"> o Az aktív és/vagy passzív dohányzás o A helytelen táplálkozás o A túlzott alkoholfogyasztás o A korai ellenőrzés hiánya o Túlzott napozás
Emésztőrendszer megbetegedései	10 047	<ul style="list-style-type: none"> o Az aktív és/vagy passzív dohányzás o A helytelen táplálkozás o A túlzott alkoholfogyasztás
Külső okok (baleset, stb.)	9 541	<ul style="list-style-type: none"> o A megengedettnél nagyobb sebesség a közlekedésben o A túlzott alkoholfogyasztás o A védőfelszerelések használatának hanyagolása (biztonsági öv, stb.)
Légzőszervi megbetegedések	5 168	<ul style="list-style-type: none"> o Az aktív és/vagy passzív dohányzás o A korai ellenőrzés hiánya
Fertőző betegségek	659	<ul style="list-style-type: none"> o A korai ellenőrzés hiánya
Egyéb	7 634	

populáció szintjén egyaránt. Az egészségkommunikáció és ezen belül az egészségmarketing ugyanakkor a gyakorlati alkalmazásokban a saját eszköztárával kamatoztatja a kutatásokból nyert tapasztalatokat.

A másodlagos megelőzés lényege ezzel szemben a már meglévő egészségi problémák minél korábbi diagnózisa abból a célból, hogy megelőzzék a komolyabb egészségkárosodást. Az egészségfejlesztésnek ez a megközelítése, amely leggyakrabban az egészségügyi szűrések és ellenőrzések formájában valósul meg, alapvetően orvosi diagnózison alapul, és az ún. „találd meg és kezeld” filozófiát követi (Kaplan, 2000). Bár talán kevésbé hangsúlyozzák, de a másodlagos megelőzésben is kiemelkedő a pszichológiai és a magatartási tényezők szerepe. A szűréseken való részvétel alacsony mértékét alapvetően pszichológiai tényezők, az egyén percepcióis, döntési folyamatai, féltései, attitűdjei, személyiségének jellemzői, észlelt előnyök, vagy éppen észlelt nyereségek befolyásolhatják, hogy csak néhány lehetséges változócsoporthoz emeljünk ki a teljesség igénye nélkül.

2. tábla

**Az egészséggel kapcsolatos magatartásokat meghatározó tényezők a legfontosabb pszichológiai elméletekben
(Urbán, 2000 nyomán).**

Egészség-hiedelem modell (Janz és Becker, 1984)	<ul style="list-style-type: none"> o Az egészség veszélyeztetettségének észlelt súlyossága. o Az egészség veszélyeztetettségének valószínűsége (észlelt sérülékenységgel). o A betegséget megelőző cselekvésből származó észlelt előnyök/nyereségek és hátrányok/akadályok. o A cselekvésre indító jelzések
Védelemmotivációs elmélet (Rogers, 1983)	<ul style="list-style-type: none"> o Fenyegetés = a nem adaptív válaszból származó előnyök/nyereségek X a veszély súlyossága X az egyén sérülékenysége. o Megküzdés = az adaptív válasszal kapcsolatos költségek/akadályok X a válaszspecifikus énhatékonyság hiedelem X az általános énhatékonyság hiedelem. <p>A A viselkedéshez vezető védelemmotiváció = Fenyegetés X Megküzdés.</p>
Tervezett cselekvés modellje (Ajzen, 1988)	<ul style="list-style-type: none"> o A cselekvéssel kapcsolatos attitűdök = a cselekvésre vonatkozó hiedelmek X a hiedelmek erőssége. o A szubjektív normák = a referenciaszemélyek normatív hiedelmi X a referenciaszemélyekhez való viszonyulás. o A viselkedéssel kapcsolatos észlelt kontroll.
A viselkedés változás transzteoretikus modellje (Prochaska, DiClemente és Norcross, 1992)	<ul style="list-style-type: none"> o A viselkedés változásának szakaszai: a törengés előtti, a töprengés, az előkészület, a cselekvés és a cselekvés fenntartásának szakaszai o A viselkedés változásának folyamatai: az öntudatoság növelése, önfelzabadtítás, ingerkontroll, ellenkondicionálás, stb.
Az egészség cselekvés folyamat megközelítése (Schwarzer, 1999)	<p>A viselkedés motivációs szakasza:</p> <ul style="list-style-type: none"> o a veszély/rizikó percepciója o a kimeneti elvárások o az észlelt énhatékonyság <p>A viselkedés végrehajtási szakasza:</p> <ul style="list-style-type: none"> o a cél felállításával kapcsolatos énhatékonyságot o a cselekvéses énhatékonyságot o a megküzdéssel kapcsolatos énhatékonyságot o az újrakezdéssel asszociált énhatékonyságot

AZ EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS MAGATARTÁSOKAT MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK A LEGFONTOSABB PSZICHOLÓGIAI ELMÉLETEKBE

Az egészségkommunikáció a klasszikus definíció szerint a kommunikációs technikák és technológiák alkalmazása abból a célból, hogy kedvezően befolyásoljuk az egyéneket, populációkat, és szervezeteket az emberi és a környezeti egészség fejlesztésének irányába. (Maibach és Holtgrave, 1995). Az egészségkommunikáció és az egészségpszichológia alapvetően összefonódó diszciplínák. A kommunikáció elsősorban az üzenetekkel, a pszichológia elsősorban a jelentésekkel foglalkozik, e kettő jelentős tényező abban, hogy lehetővé tegyék a társas és fizikai környezethez való alkalmazkodást és annak formálását (Kreps, 1996). Anélkül, hogy itt szisztematikus áttekin-

tést nyújtanánk az egészségpszichológia és az egészségkommunikáció szoros kapcsolatáról, had mutassuk be ezt egy példán keresztül. A pszichológiai kutatások az egészségkommunikáció üzeneteinek megfogalmazási módjában, illetve azok újraakalmazásában (reframing) nyújthatnak támpontokat. Itt azt a kutatást említjük meg, amely az egészségfejlesztő kommunikáció hatékonyságát vizsgálja a kommunikált veszteség vagy nyereség szempontjából. A kutatás egyik markáns iránya a kommunikációs üzenet szerkesztésével kapcsolatos. A megközelítés elméleti alapja az a megfontolás, hogy az üzenet megfogalmazása eltérő hatással van az üzenettel kapcsolatos döntéshozatalra. A döntéshozatal a veszteséget hangsúlyozó megfogalmazás esetében a veszélykeresés, a nyereséget hangsúlyozó információ esetén a veszélykerülés irányába tolódik el (Tversky és Kahneman, 1981).

Rothman és Salovey (1997) javaslata ennek alapján a következő: az egészséggel kapcsolatos döntéshozatal során, akkor, ha a cselekvés bizonyos veszélyeket vagy bizonytalanságokat is hordoz

magában (pl. egy lehetséges betegség diagnózisa, stb.), akkor a veszteséget hangsúlyozó üzenet lesz meggyőzőbb. Ezzel szemben amennyiben a cselekvés kimenete viszonylag bizonyos (pl. betegséget előz meg), akkor a nyereséget hangsúlyozó üzenet lesz hatékonyabb. Annak ellenére, hogy bármely egészségmagatartással kapcsolatos üzenet megfogalmazható mind a nyereség, mind a veszteség kontextusában, az egészségmagatartások eltérő funkcióval bírhatnak. Például Rothman és Salovey (1997) elkülönített detekciós, illetve prevenciós magatartást. Az előbbi minden olyan egészségmagatartás, amely például valamilyen szűrővizsgálaton (mammográfia, HIV szűrés, stb.) való részvételt jelent, és magában hordozza annak veszélyét, hogy azonosítanak egy súlyos vagy éppen kevésbé súlyos egészségügyi problémát.¹ A prevenciós magatartás

ezzel szemben minden olyan viselkedés, amely nyeresége a lehetséges egészségügyi problémák elkerülése.

Ennek megfelelően a detekciós magatartások esetében a veszteséget hangsúlyozó üzenetek lennének meggyőzőbbek, a preventív magatartások esetében viszont a nyereséget hangsúlyozók. Bár a rendelkezésre álló kutatási adatok számos egészségmagatartással kapcsolatban támogatják ezt a feltételezést (Rothman, Martino, Bedell, Detweiler és Salovey, 1999, Detweiler, Bedell, Salovey, Pronin, és Rothman, 1999), további kutatások szükségesek annak tisztázására, hogy mennyiben lehet általánosítani ezt az összefüggést az egészségkommunikációban.

A SZOCIÁLIS MARKETING ÉS AZ EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIA

Kotler (1982) szerint a szociális marketing „a megcélzott csoportban vagy csoportokban a társadalmi képzetek és gyakorlat elfogadhatóságának növelését célzó programok tervezése, implementációja és ellenőrzése” (49. old.). Ezeket a programokat a leggyakrabban olyan intézmények, kórházak és nem profitorientált szervezetek kezdeményezik, amelyeknek elsődleges célja a közjó fejlesztése.

Az egészségpszichológia és a szociális marketing megtermékenyítően hatnak egymásra. Például a szociális marketing hangsúlyozza az egészségügyi programok célközönségének megfelelő szegmentációját, az egészségpszichológiai viszont az egyes szegmensek pszichológiai jellemzőinek leírásával járulhat hozzá a hatékonyabb kommunikáció eléréséhez. Ez utóbbira többek között azért van szükség, mert napjainkra már világossá vált, hogy a kommunikáció hatékonysága nagymértékben függhet a befogadó jellemzőitől is. Példaként említhetjük azt, hogy a befogadó kognitív és motivációs állapota befolyásolja azt, hogy az üzenetet hogyan dolgozza fel. A motivált befogadóra az ún. centrális feldolgozás jellemző. Ekkor a befogadó az üzenet tartalmára és

3. tábla
A szociális marketing eszközei Novelli (1990) nyomán kiegészítve

A kommunikáció típusai	Példák
Hirdetések	o Társadalmi célú hirdetések
Public relations	o Történetek, cikkek, kolumnák elhelyezése, szerkesztői levelek alkalmazása o Szóvivő szerepeltetése a médiában Videokazetták szerkesztése, ismertető füzetek,
Direkt marketing	o Telefon, levél, személyes látogatás
Promóció	o Kuponok, jutalmak, ösztönzők alkalmazása
Személyes kommunikáció	o Tanácsadás o Készségek tanítása
Internetes interaktív kommunikáció	o Weboldalak alkalmazása o Interaktív fórumok létrehozása

ennek a már előzetesen meglévő hiedelemrendszerbe való beillesztésére összpontosít. Ugyanakkor a nem motivált befogadó perifériásnak nevezett feldolgozási útja a forrás hitelességére és attraktivitására támaszkodik (Petty és Cacioppo, 1986). A különböző társadalmi csoportok feltehetően eltérnek abban, hogy mennyire motiváltak az egészséggel kapcsolatos üzenetek befogadására. Míg a centrális információfeldolgozás során elért attitűdváltozás tartósnak ígérkezik, addig a perifériás úton elsősorban átmeneti változások érhetők el.

A szociális marketing, beleértve az egészségmarketinget is, nem feltétlenül kedvező fogadtatásra az egészséggel foglalkozó szakemberek táborában. A leggyakrabban etikai szempontokat, a fogyasztókban egyes termékekhez fűződő dependencia kialakítását, az egészség és az egészséggel kapcsolatos információk áruvá tételét emlegetik (Ling és mtsai., 1992). Bár az egészségmarketingnek előnyei mellett hátrányai is vannak (lásd 4. tábla), nem mehetünk el amellett, hogy az egészségmarketingnek megva a lehetősége arra, hogy az érintett csoportokat a legszélesebb körben költség-hatékony módon érje el. Éppen ezért fontos az, hogy a népegészségügyi intézetek, a professzionális intézmények és az egészség-kommunikációra szakosodott szervezetek közös interdiszciplináris munkájukkal a szociális marketing eszközeinek előnyeit maximalizálják, lehetséges hátrányait pedig a minimumra csökkentsék.

1 A detekciós magatartásokat orvosi szempontból hosszú távon nyereséggel járónak tekinthetnénk, de a kutatások azt mutatják, hogy ezeket a hétköznapi ember inkább rizikóval járóként kezeli (pl. Meyerowitz és Chaiken, 1987).

4. tábla

**A szociális marketing előnyei és hátrányai Ling és mtsai.
(1992) nyomán.**

A szociális marketing előnyei a népegészségügyi projektekkel szemben	A szociális marketing hátrányai a népegészségügyi projektekkel szemben
<ul style="list-style-type: none"> ○ A célcsoportok ismerete: a befogadók elemzése és szegmentációja a demográfiai, pszichográfiai (attitűdök, preferenciák, személyiségvonások, stb.) és társas-közösségi szempontokból (család, munkahely, egyéb közösségek). ○ A kvalitatív eljárások szisztematikus alkalmazása, amely kiegészíti a kvantitatív módszerekkel nyert információkat. ○ Incentívek alkalmazása a figyelem felkeltése céljából. ○ A project folyamatának közelebbi monitorozása. ○ A tömegmédiumok stratégiai alkalmazása: a médiumok hosszú távú alkalmazása, reklámidő vásárlása, stb. ○ Realisztikus elvárások megfogalmazása. ○ Magas szttenderdek felállítása, mivel kevésbé van jelen költségvetési megszorítás. ○ Felismeri azt, hogy az egészséggel kapcsolatos termékeknek vagy viselkedésnek pszichológiai költségei vannak. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Jelentős befektetést igényel az anyagi, az időbeli és emberi erőforrásokból. ○ A klasszikus marketing elemek hiányoznak – a marketing mix nehezen értelmezhető a népegészségügy területén. ○ A szociális marketing üzenetek versenyeznek a médiumok használatáért más társadalmi célú kommunikációkkal.

HIVATKOZOTT SZAKIRODALOM

AJZEN, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago: The Dorsey Press.

DEWEILER, J.B., BEDELL, B.T., SALOVEY, P., PRONIN, E., & ROTHMAN, A. (1999). Message framing and sunscreen use: Gain-framed messages motivate beach-goers, *Health Psychology*, 18, 189–196.

JANZ, N.K., & BECKER, M.H. (1984). The health belief model: A decade later, *Health Education Quarterly*, 11, 1–47.

KAPLAN, R.M. (2000). Two pathways to prevention, *American Psychologist*, 55 (4), 382–396.

KOTLER, P. (1982). *Marketing for nonprofit organizations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

KREPS, G.L. (1996). The interface between health communication and health psychology, *Journal of Health Psychology*, 1 (3): 259–260.

LING, J.C., FRANKLIN, B.A.K., LINDSTEADT, J.F., and GEARON, S.A.N. (1992). Social marketing: Its place in public health. *Annual Review of Public Health*, 13, 341–362.

MAIBACH, E, and HOLTGRAVE, D.R. (1995). Advances in public health communication, *Annual Review of Public Health*, 16: 219–238.

MARKS, D.F., MURRAY, M., EVANS, B., & WILLIG, C. (2000). *Health psychology*, London: Sage.

MATARAZZO, J.D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology, *American Psychologist*, 37, 1–14.

MEYEROWITZ, B.E., & CHAIKEN, S. (1987). The effect of message framing on breast self-examination attitudes, intentions, and behavior, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 500–510.

NOVELLI, W.D. (1990). Applying social marketing to health promotion and disease prevention. In: Glanz, K., Lewis, F. M., and Rimer, B. K. (Eds.). *Health behavior and health education*. Jossey-Bass Publishers. 342–369. old.

PETTY R. and CACIOPPO, J. (1986). The elaboration likelihood model of persuasion. In: Berkowitz L. (Ed.). *Advances in Experimental Social Psychology*. Vol. 19., Orlando, FL: Academic Press.

PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C., & NORCROSS, J.C. (1992). In search of how people change, *American Psychologist*, 47 (9), 1102–1114.

ROGERS, R.W. (1983). *Cognitive and physiological processes in attitude change: A revised theory of protection motivation*, In: J. Cacioppo & R. Petty (Eds.). *Social Psychophysiology*, New York: Guilford Press, 153–176.

ROTHMAN, A.J., & SALOVEY, P. (1997). Shaping perceptions to motivate healthy behavior: The role of message framing, *Psychological Bulletin*, 121, 1, 3–19.

ROTHMAN, A.J., MARTINO, S.C., BEDELL, B.T., DEWEILER, J.B., & SALOVEY, P. (1999). The systematic influence of gain- and loss-framed messages on interest in and use of different types of health behavior, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 1355–1369.

SCHWARZER, R. (1999). Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors, *Journal of Health Psychology*, 4(2), 115–127.

TVERSKY, A. & KAHNEMAN, D. (1981, January 30). The framing of decisions and the psychology of choice, *Science*, 211, 453–458.

A szerző egyetemi oktató, ELTE,
Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék
rurban@elender.hu