

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM
BÖLCSESZET-ÉS TÁRSADALOMTUDOMÁNYI KAR
SZEGED

OTDK DOLGOZAT

A társas támogatás, és különböző szocio-demográfiai tényezők összefüggései az
egészségcélokkal a digitális korban

Készítette: Szűcs Tamás
Pszichológia MA

NEPTUN kód: FH9U6S

Témavezető: Dr. Martos Tamás
Egyetemi tanár

2022/2023

Tartalom

Absztrakt.....	4
1. Bevezető.....	5
1.1 Célok és egészségcélok	5
1.2 Az egészségcélokat befolyásoló tényezők és az egészségcélok.....	6
1.3 A támogató környezet szerepe az internethasználatban	7
1.4 Az egészség, az egészségcélok és a digitális technológia	7
1.5 Az internethasználat, és a különböző szocio-demográfiai tényezők.....	9
1.6 Kutatási kérdés és hipotézisek.....	10
2. Módszerek.....	11
2.1 Résztvevők	11
2.2 Vizsgálati eszközök.....	12
2.2.1 Demográfiai kérdések:	12
2.2.2 Személyes egészségtervek / egészségcélok kérdőív (Martos, 2009a; Martos, 2009b):	12
2.2.2.A. Társas támogatás a közeli kapcsolatokban:	12
2.2.2.B. Társas támogatás az egészségügyben dolgozókkal való kapcsolatokban:.....	13
2.2.3 Internetes információszerzés a céllal kapcsolatban:	13
2.2.4 Digitális eszközhasználat a céllal kapcsolatban:	13
2.3 A vizsgálat menete	14
3. Eredmények	14
1. Táblázat.....	15
2. Táblázat.....	17
3. Táblázat.....	19
4. Táblázat.....	20
4. Megvitatás	21
4.2 A digitális eszközhasználat összefüggéseinek értelmezése	23
4.3 Az átfogó modellek interpretációja	24

4.3 A kutatás limitációi	25
4.4 Összefoglalás, kitekintés	25
5. Felhasznált irodalom.....	26

Absztrakt

Az internetes információszerzés és a digitális eszközhasználat az utóbbi évtizedekben a mindennapjaink részévé vált, és elengedhetetlen eleme lett a kapcsolattartásnak. Az internethasználat kétség kívül összefüggésben van az emberek céljaival és a céljaik megfogalmazásával. Megfigyelhető az is, hogy az emberek gyakran az internetet használják egészségükkel kapcsolatos kérdéseik megválaszolására. A vizsgálatban arra kerestük a választ, hogy melyek azok a szocio-demográfiai, illetve társas kapcsolati tényezők, amelyek befolyással bírnak arra, hogy a személyek milyen mértékben keresnek információt egészségcéljukkal kapcsolatban, illetve mennyire veszik igénybe a digitális eszközök által nyújtott lehetőségeket. A vizsgálatban összesen 596 fő vett részt, átlagéletkoruk 45,9 év volt. A végzettség tekintetében a mintában szereplő személyek közül 3,2%-uk szakközépiskolai, szakmunkásképzői vagy ipari iskolai végzettséggel rendelkezik, 13,9%-uk érettségivel, 11,4%-uk felsőfokú technikummal, vagy felsőfokú szakképzéssel, míg 71,5%-uk egyetemi vagy főiskolai diplomával rendelkezik, vagy ennél magasabb képesítéssel. A szocio-demográfiai kérdések mellett felvételre kerültek a társas támogatást mérő kérdőívek a közeli kapcsolatokban illetve az egészségügyi dolgozókkal megélt kapcsolatokban. Továbbá az internetes információszerzés és digitális eszközhasználat mértékét mérő eszközök is belekerültek a vizsgálatba. Az eredmények alapján elmondható, hogy a szocio-demográfiai tényezők hatása kevésbé kifejezett, mintsem az egyes társas kapcsolatokban tapasztalt támogatások szerepe. Legfontosabb és legkiemelkedőbb szerepe a közeli társas kapcsolatokban megélt autonóm támogatásnak van az internetes információszerzést tekintve, míg a digitális eszközhasználatot figyelembe véve az egészségügyi dolgozókkal kapcsolatban megélt direktív támogatásnak van kihangsúlyozható szerepe.

1. Bevezető

1.1 Célok és egészségcélok

„Az ember aktív, cselekvő lény, aki több-kevesebb tudatossággal igyekszik alakítani az életét. Mai szemléletmódunk szerint a személyiség olyan önszabályozó rendszer, mely rendelkezik bizonyos mértékű belső mozgástérrel, szabadsággal. Ennek az önszabályozásnak az egyik fontos alrendszere a célok felállítása és megvalósítása.” (Martos, 2009, p. 338). A célokat többen is definiálták, és közülük sorolható Austin és Vancouver (1996) is, akik úgy határozták meg a célokat, mint kívánt jövőbeni állapotok belső reprezentációit, amelyek egészen a biológiai állapotoktól a kívánt eredmények összetett kognitív ábrázolásáig terjedhetnek. Izard (1993) szerint ezek a célok lehetnek akár egész életre kiterjedő elhatározások, de akár csak az adott pillanatban jelen lévő kívánt jövőbeni állapotok is.

A céloknak többféle funkciója van, például szerepet játszanak a magatartás szabályozásában, önszabályozásában, és a viselkedés szervezésében (Martos, 2009). A célok magatartásszervező rendeltetését Carver és Scheier (2003) részletezték. Elméletükben a célokat elvárt állapotokként definiálták, amelyekkel az önszabályozó rendszer folyamatosan összehasonlítja, összeveti az aktuális állapotot, és a további cselekvés azon alapul, hogy az összevetés milyen eredményre jutott. Szerintük ez az értékelés kognitív és affektív síkon is befolyásolja az egyén további működését, és magatartását, például ha egy adott célt sikeresen teljesítünk, akkor pozitív érzelmek követik a folyamatot, míg a cél sikertelen véghezvitele előidézheti a negatív állapotokat. Ezek az érzelmek, legyenek azok akár negatívak, akár pozitívak változásra ösztönzik a személyt, és az elmélet magatartásszervező jellege ebben rejlik (Martos, 2009).

A célok kialakításában és megvalósításában a társas környezetnek is nagy szerepe van, hiszen az élmények, a magatartás önszabályozása, és a személyiség is társas térben szerveződik (Martos, 2009). A társas környezet és célok azonban nem csak egy irányúan állnak kapcsolatban, ugyanis emellett, hogy a szociális háló befolyásolja a célokat, a terveknek is visszaható / ható jellege van a környezetre (Brunstein et al., 1996). Canevello és Crocker (2010) kutatásukban a célok és közeli kapcsolatok összefüggéseit vizsgálták, egyetemista szobatársak körében. Eredményeik alapján leírták, hogy a célok és a visszajelzések a társaktól befolyásolhatják egymást, alakíthatják az interperszonális kapcsolatokat és a másik megítélését is. Ezek az elméletek és eredmények alapján feltételezhetjük, hogy az egészségre és az egészségcélokra is hatással bír az egészségügyi és a személyes kapcsolati háló is.

„A célok egy speciális típusát képezik az egészséggel kapcsolatos személyes célok, melyek közé tartozik minden olyan tevékenység, mely az egyén megjelenésével, egészségével, egészségi állapotának javításával, vagy erőnlétével kapcsolatos” (Peterman & Lecci, 2007, p. 331; Csuka et al., 2021, p. 74). Magyarországon az egészséggel kapcsolatos célok kutatása nagy jelentőséggel bír, hiszen Martos és munkatársai (2010) eredményei alapján elmondható, hogy a magyar emberek célrendszerének struktúrájában az egészséggel kapcsolatos célok, tervek és törekvések kiemelt jelentőségűek.

1.2 Az egészségcélokat befolyásoló tényezők és az egészségcélok

Az egészséggel kapcsolatos meglátásokat és az egészségcélokat is több tényező befolyásolja, melyek közé sorolhatók a személyes kapcsolatok (párkapcsolat-családi kapcsolatok, orvos-beteg kapcsolat, stb.), a média, a digitális eszközhasználat (szociális média, televízió, internet, stb.), vagy az egyén különböző szocio-demográfiai sajátosságai (életkor, szocio-ökonómiai státusz stb.) (Årsand et al., 2012; Umberson & Karas Montez, 2010; Zlatanović, 2016).

Az egészségcélok és a személyes kapcsolatok kutatása nemzetközi szempontból jelentős irodalommal rendelkezik. Az orvos-beteg kapcsolat jelentősen átalakult az utóbbi évtizedekben, Chipidza és munkatársai (2015) három különböző modellt vázol fel az orvos-beteg kapcsolat leírására. Az első az aktív-passzív modell, amely az orvost aktív, cselekvő szerepbe helyezi, míg a páciens, passzív részvevőként kezeli. Kiemelik, hogy ez leginkább akkor lehet előnyös, ha a páciens nincs tudatánál. A második az „iránymutató együttműködés” modellje, amelyben az orvos iránymutatóként szerepel, felméri, hogy a személy egészségében, egészségmagatartásaiban mik a hiányosságok, és ezeknek a javítására tesz javaslatokat, és a páciens feladata ezeknek a javaslatoknak a betartása, és az ezekkel való együttműködés, kooperáció. A legutolsó modell, a kölcsönös részvétel modellje, amely az orvos-páciens viszonyát partnerkapcsolatként kezeli. A páciensre úgy tekintenek, mint az életpasztalatai és céljai szakértőjére, így a páciens bevonása alapvető fontosságú a kezelés megtervezésében. Az orvos szerepe az, hogy feltárja a beteg céljait, és segítsen ezen célok elérésében. Ez a modell megköveteli, hogy mindkét fél egyenlő hatalommal rendelkezzen. Az utóbbi modellhez jól kapcsolható a „patient empowerment” (magyarra nehezen lefordítható) fogalma, amely a klinikai gyakorlatban jelen lévő paradigma (Yeh et al., 2018). Yeh és munkatársai (2018) a „patient empowerment” célját úgy határozzák meg, mint egy folyamatot, melynek célja a betegek fizikai, mentális és/vagy szociális készségeinek a fejlesztése vagy megerősítése, hogy a kezelések önmenedzselését kialakítsák, és ezáltal az egészségi állapotuk javuljon.

1.3 A támogató környezet szerepe az internethasználatban

Az egészségcélok, és az egészségmagatartás kialakításában az orvos és páciense közötti kapcsolat mellett további fontos tényező a személy szűkebb szociális hálójára, családjára, párkapcsolataira. Az idősebb generációk tagjai hajlamosabbak fiatalabb társaik segítségére támaszkodni, annak érdekében, hogy elsajátítsák a digitális technológiák és a digitális eszközök használatát (Anderson & Perrin, 2017). Támogatást keresve az idősebb felnőttek különböző forrásokhoz fordulnak segítségért, a családtól és barátoktól kezdve a kollégákon át a hivatalosabb forrásokig, mint például a segélyvonalak (Friemel, 2016; Hunsaker et al., 2019). A fiatalabb generációtól való segítségkérés mellett továbbá fontos kiemelni azt is, hogy az idős emberek gyakran egymás segítségére is számíthatnak, kollégák, barátok vagy házastársaik személyében (Hunsaker et al., 2020). Hunsaker és munkatársai (2019) kimutatták, hogy az idős emberek szívesebben kérnek segítséget a házastársuktól a digitális technológiához kötődő kérdéseik esetében, ugyanis nem akarnak terhet helyezni fiatalabb családtagjaikra. Peek és munkatársai (2016) illetve Poole és munkatársai (2009) a házastársától való segítségkérés lehetséges kimeneteire hívták fel a figyelmet. Az egy háztartásban élő személytől való segítségkérés ugyan komfortos az idős emberek számára, azonban a gyakori segítségkérések zavaróvá válhatnak, ami miatt később a pár tagjai kevésbé lesznek hajlamosak az egymástól való segítségkérésre. A negatív kimenetek közé tartozik még az is, hogy egy képzetlenebb személy jelenléte csökkentheti az öntanulás motivációját, mivel a másik mindig jelen van, ha probléma merül fel. A pozitív oldalhoz azonban az autonómia és az önbizalom növekedése sorolható a digitális eszközök terén, ugyanis a másik jelenléte megteremtheti a biztonságos légkört, és ezáltal a tanuló személy, aki szeretné elsajátítani a digitális eszközhasználatot magabiztosabb lesz.

1.4 Az egészség, az egészségcélok és a digitális technológia

A technológia fejlődésének köszönhetően a betegek egy részének egyre több olyan lehetőség áll rendelkezésére, amelyek elősegítik az önmenedzsmentet, viszont ezek sok beteg számára praktikusán nem elérhetők, idegenkednek tőle, vagy kényelmetlen (pl. szorongás, stressz, félelem) érzésekkel jár a használatuk számukra. Hunt (2015) kiemeli, hogy a digitális eszközök felhasználhatók mind oktatási, mind pedig motivációs szempontból. A digitális eszközök csoportosítása több féleképpen is elvégezhető, azonban az egészségügyi kérdések szempontjából az önmonitorozás és az edukáció mentén a legcélszerűbb felosztani ezeket az eszközöket. Az önmonitorozó eszközök közé főként az okostelefonokat, okosórákat, és egyéb hordható eszközöket soroljuk, amelyek applikációk segítségével felméri az egyén aktivitását,

és segítik abban, hogy információt nyerjen szokásairól, akár a betegségét illetően. A hordozható digitális eszközök magukba foglalják továbbá az edukációs faktort is, hiszen ezeken az eszközön keresztül is elérhetők az információk, azonban a helyhez kötött eszközök (pl. számítógép, televízió) is szolgálhatnak ezen információk forrásaként.

Hunt (2015) elsősorban a diabéteszsel élők önmenedzselését említi, hiszen a technológia segítségével az ebben az állapotban lévő személyek új gyakorlatokat és rutinokat tanulhatnak a cukorbetegséget illetően. Továbbá szerinte a technológia támogathatja a napi cukorbetegség-önkezelési tevékenységeket, beleértve a vércukorszint-mérést, a testmozgást, az egészséges táplálkozást, a gyógyszerek szedését, a szövődmények megfigyelését és a problémamegoldást. Liang és munkatársai (2011) meta-análízisükben megállapították, hogy a mobiltelefonos önmonitorozások statisztikailag szignifikáns javulást eredményeztek a glikémiás kontroll és az önmenedzselés terén, diabéteszsel élők körében. Årsand és munkatársai (2010) kutatásukban alkalmazást fejlesztettek, amely tartalmazott vércukorszint-monitorozást, lépésszámlálót, az étkezési szokásokat rögzítő szoftvert és az alkalmazás használata előtt meghatározott személyes célokra alapuló visszajelzést. A résztvevők többsége naponta egy vagy több alkalommal használta a vércukorszint-érzékelő rendszert, és az átlagos vércukorszintjük a vizsgálati időszak alatt enyhén csökkent. A beavatkozás végére a csoportban csökkent az átlagos szénhidrátbevitel a vizsgálat kezdetéhez képest. Néhány résztvevő az elfogyasztott élelmiszerek napi bevitelét fárasztó feladatnak találta. A lépésszámláló naponta egyszer automatikusan továbbította a lépések számát a mobiltelefonra. Összességében a résztvevők a beavatkozások kezdetétől a végéig növelték a napi lépések számát. A résztvevőknek különösen tetszettek a személyes célokkal kapcsolatos tippek és visszajelzések. Zhen és munkatársai (2021) kutatásukban gyulladáscsökkentő bélbetegekkel dolgoztak. A kísérletben részt vevő személyek a HealthPROMISE önmonitorozó platformot használták a vizsgálat ideje alatt. Az alkalmazás felületén rögzíthették a tüneteiket, a gyógyszereiket, illetve a „Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire” kitöltésére is lehetőségük volt, amely az életminőség monitorozására szolgált. Eredményeik alapján elmondható, hogy a hospitalizáció gyakorisága jelentősen lecsökkent a kísérleti személyek körében, amelyet a HealthPROMISE gyors információtovábbításának tudtak be. Továbbá edukatív cikkeket is megjelenítettek a platformon, aminek hatására a páciensek elégedettebbek voltak tudásukkal az állapotukról.

Az applikációkkal ellentétben az internetnek más a szerepe az „empowermentet” tekintve (Hunt, 2015). Míg az applikációk inkább az önmenedzselést segítik elő, addig az internetes források edukatív, támogató és motivációt előtérbe helyező szereppel is bírnak. Noh és munkatársai (2010) kutatásukban két csoportot vizsgáltak. A kísérleti csoport tagjai

hozzáférést kaptak egy olyan weboldalhoz, amely valós idejű információkat nyújtott az étrendről, az étkezésekről, a hipoglikémiáról, a betegszabadság kezeléséről, a stresszkezelésről és a cukorbetegség kezeléséről, míg a kontroll csoport nem követte ezt az oldalt. Eredményeiket tekintve, elmondható, hogy a H_{A1C} és a posztprandiális vércukorszint szignifikánsan csökkent a kísérleti csoportban, de a kontrollcsoportban nem, a hat hónapos követéses vizsgálat alapján.

A szakirodalmi áttekintések alapján elmondható, hogy az egyének digitális technológia használatra való ösztönzése pozitív hatással is lehet az egészségükre. Az internethasználatot, és az okostelefonos applikációkat tekintve azonban lehetnek eltérések, akár a generációkat figyelembe véve (Papp-Zipernovszky et al., 2021). Paige és munkatársai (2018) kutatásukban az eHeals skála 3 faktoros mérési modelljét alkalmazták, amely az információs tudatosságot, információkeresést, információs bevonódást mérte. Kutatásukat az Y generáció (18-35 évesek), az X (36-51 évesek) és a „baby boom”, valamint a csendes generáció (52-84 évesek) körében végezték. Megállapították, hogy az idősebbek szignifikánsan alacsonyabb eHeals pontszámmal rendelkeznek, kisebb az eHeals forrásokkal kapcsolatos tudatosságuk, és kevésbé bíznak az interneten való információkeresési és -bevonási képességeikben, mint a fiatalabbak. Magyarországi kutatásukban is hasonló eredményeket kaptak Papp-Zipernovszky és munkatársai (2021), akik szintén az eHeals skála pontszámaikat hasonlították össze generációk között. Eredményeik alapján elmondható, hogy az Y generáció és a „baby boom” generáció között szignifikáns a különbség az eHeals pontszámokat figyelembe véve.

1.5 Az internethasználat, és a különböző szocio-demográfiai tényezők

Számos korábbi kutatás vizsgálta azt, hogy a különböző szocio-demográfiai tényezők milyen jelző értékkel bírnak az internethasználatra és az internetes információszerzésre vonatkozóan (Dutton & Helsper, 2007; Kalmus et al., 2011). Dutton és munkatársai (2007) angliai vizsgálatuk alapján elmondható, hogy az egyik nagyon fontos prediktor tényező az internethasználatra vonatkozóan az életkor. Eredményeik szerint a fiatalabb generáció sokkal nagyobb mértékben használja az internetet szórakozásra, tartalomkészítésre és egyéb szabadidős tevékenységekre, mint az idősebb generáció tagjai. Érdekes eredmény azonban, hogy az egészséggel kapcsolatos információk keresése gyakoribb az idősebb generációk körében, ahogy az online vásárlás is nagyobb mértékben jelenik meg náluk. Ezen eredmények alapján elmondható, hogy a generációs különbségek az internethasználat mértéke mellett azt is befolyásolják, hogy a különböző generáció tagjai mire, milyen információk keresésére használják az internetet.

Az életkor mellett a szocio-ökonómiai státusz összefüggéseit, és hatásait is vizsgálták az internethasználattal kapcsolatban. Thomas és Ewing (2010) a szocio-ökonómiai státusz elemei és az internethasználat közötti összefüggések tekintetében arra világítottak rá, hogy az iskolai végzettségnek és a jövedelemnek jelentős hatása van arra, hogy milyen mértékben használják a személyek az internetet. Eredményeik alapján elmondható, hogy azok a személyek, akik magasabb végzettséggel és jövedelemmel rendelkeznek, kevesebb időt töltenek az interneten, és tudatosabban használják a világhálót.

1.6 Kutatási kérdés és hipotézisek

Láthatjuk, hogy a korábbi kutatások több irányból közelítették meg az egészséggel kapcsolatos információk keresését, melyek között szerepeltek a társas támogatás és az internethasználat, illetve digitális eszközhasználat összefüggései. Ezek mellett a szocio-demográfiai tényezők szerepét, és összefüggéseit is kutatták a témával kapcsolatban. A kutatások és vizsgálatok száma azonban elenyésző abban a tekintetben, hogy ezeket a tényezőket egységesen kutassák, illetve egymást serkentő, vagy akár gátló összefüggéseket feltételezzenek közöttük. A szakirodalom továbbá az egészségcélokkal és összefüggéseikkel kapcsolatos tényezőket sem taglalja részletesebben. Ezen hiányzó elemek miatt a kutatás fő céljának azt tűztük ki, hogy feltárjuk, melyek azok a tényezők, amelyek összefüggéseket mutatnak az egészségcélokkal kapcsolatos információszerzést illetően, az Y (1982-1995), az X (1965-1981) és a baby-boom (1946-1964) generáció tagjai között. A kutatási kérdés kifejtéséhez az alábbi hipotéziseket fogalmaztuk meg:

Hipotézisek 1. csoportja: az internetes információszerzés összefüggései

H1.1: Az életkor és az egészségcéllal kapcsolatos internetes információszerzés mértéke, mennyisége között pozitív összefüggés van (Dutton et al., 2007).

H1.2: Az iskolai végzettség és az egészségcéllal kapcsolatos internetes információszerzés mértéke között negatív irányú összefüggés van (Thomas és Ewing, 2010).

H1.3: Az autonóm illetve a praktikus támogatás mértéke az egészségügyben dolgozókkal való kapcsolatban pozitívan, míg a direktív támogatás mértéke az egészségügyben dolgozókkal való kapcsolatban negatívan függ össze az egészségcéllal kapcsolatos internetes információszerzés mértékével. (Yeh, et al., 2018).

H1.4: Az autonóm illetve a praktikus támogatás mértéke a közeli kapcsolatokban pozitívan, míg a direktív támogatás mértéke a közeli kapcsolatokban negatívan függ össze az egészségcéllal kapcsolatos internetes információszerzés mértékével.

Hipotézisek 2. csoportja: a digitális eszközhasználat összefüggései

H2.1: Az életkor és az egészségcéllal kapcsolatos digitális eszközhasználat mértéke között pozitív összefüggés van.

H2.2: Az iskolai végzettség és az egészségcéllal kapcsolatos digitális eszközhasználat mértéke között negatív irányú összefüggés van (Thomas és Ewing, 2010).

H2.3: Az autonóm illetve a praktikus támogatás mértéke az egészségügyben dolgozókkal való kapcsolatban pozitívan, míg a direktív támogatás mértéke az egészségügyben dolgozókkal való kapcsolatban negatívan függ össze az egészségcéllal kapcsolatos digitális eszközhasználat mértékével. (Yeh, et al., 2018).

H2.4: Az autonóm illetve a praktikus támogatás mértéke a közeli kapcsolatokban pozitívan, míg a direktív támogatás mértéke a közeli kapcsolatokban negatívan függ össze az egészségcéllal kapcsolatos digitális eszközhasználat mértékével.

2. Módszerek

2.1 Résztevők

A mintát egy nagyobb kérdőíves kutatás (Kutatásvezető: Dr. Martos Tamás) első adatfelvételének kitöltői ($M = 972$ fő) alkották. A kitöltés megkezdéséhez nem volt megszabott előfeltétel, ezért a kitöltők életkora, iskolai végzettsége, lakhelye is nagyon széleskörűnek mondható, azonban a dolgozat és a kutatási kérdés középpontjában az alábbi életkori csoportok állnak: Y generáció (1982-1995), X generáció (1965-1981) és a baby-boom (1946-1964) generáció képviselői. A vizsgálat szempontjából egy másik fontos tényező, hogy a kitöltőnek legyen egészségcélja, ezért csak azok a személyek kerültek bele a vizsgálati mintába, akik jelölték meg egészségcélját. Így a vizsgálati mintát összesen 596 személy alkotta, a két előfeltétel alapján elvégzett szűrést követően. A mintába kerülő személyek átlag életkora $M = 45,9$ év ($SD = 11,5$ év). A végzettség tekintetében a mintában szereplő személyek közül 3,2%-uk ($n=19$) szakközépiskolai, szakmunkásképzői vagy ipari iskolai végzettséggel rendelkezik, 13,9%-uk ($n=83$) érettségivel, 11,4%-uk ($n=68$) felsőfokú technikummal, vagy felsőfokú szakképzéssel, míg 71,5-uk ($n=426$) egyetemi vagy főiskolai diplomával rendelkezik, vagy ennél magasabb képesítéssel. Az orvosi támogatás tekintetében a kitöltők 82%-a ($n=489$) nem jelölt meg olyan egészségügyi dolgozót, akitől támogatást kapna egészségcélja megvalósításában, míg 18%-uk ($n=107$) igen.

2.2 Vizsgálati eszközök

2.2.1 Demográfiai kérdések: A demográfiai kérdéseket tekintve a vizsgálat szempontjából a legfontosabbak közé tartozik a kitöltők életkora, és iskolai végzettsége. A demográfiai változók mellett a kitöltőknek arra is választ kellett adniuk, hogy az egészségcéljuk megvalósításához kapnak-e orvosi támogatást (továbbiakban orvosi támogatás).

2.2.2 Személyes egészségtervek / egészségcélok kérdőív (Martos, 2009a; Martos, 2009b): „A Személyes Egészségtervek Kérdőív az egészséggel kapcsolatos személyes célok / tervek felmérésére szolgáló mérőeszköz. A kitöltés során a résztvevő először egy rövid meghatározást olvashatott arról, hogyan definiálhatók a személyes célok: „Az Ön SZEMÉLYES CÉLJAINAK fogjuk nevezni azokat a célokat, pl. elhatározást, feladatot, tervet, vállalat, projektet, melyek megvalósításával Ön valamilyen mértékben már most / folyamatosan foglalkozik (tehát nem a jövőben tervezi azt elkezdni).” A kitöltés első lépéseként a kitöltőnek jelölnie kellett, hogy az olvasottak alapján rendelkezik-e személyes egészségtervvel, vagy sem. Amennyiben a kitöltő erre a kérdésre igennel válaszolt, legalább egy, legfeljebb öt egészséggel kapcsolatos tervet kellett megneveznie. A válaszadók az alábbiakhoz hasonló terveket nevezték meg: „fogyás”, „vitaminpótlás, immunrendszer erősítése”, „többet szeretnék mozogni”, „tartani szeretném a normál alvásidőt”, „leszokni a cigiről”, „meditáció rendszeressé tétele”. Amennyiben a kitöltő több tervet is megadott, a kitöltés következő lépésében ki kellett választania ezek közül azt, amelynek a megvalósításával mostanában a leginkább foglalkozik. Az adatfelvétel ezt követő részében a kitöltőnek a kiválasztott egészségtervét kellett értékelnie néhány szempont szerint.

2.2.2.A. Társas támogatás a közeli kapcsolatokban: A közeli kapcsolatokból származó, személyes egészségtervekhez fűződő társas támogatás fokát a Koestner és munkatársai (2012) által létrehozott skála rövidített változatával mértük. A mérőeszköz három tétele a kitöltő által megjelölt egészségcéllal kapcsolatos autonómia-támogatásra (pl. „Ez a személy: segít, hogy őszintén tudjak vele beszélni erről a célról.”), további három tétele pedig a direktív támogatásra (pl. „Ez a személy: újra meg újra emlékeztet engem erre a célra.”) vonatkozott. Ezen kívül a jelen kutatásban további két tétellel vizsgáltuk az észlelt praktikus támogatást is (pl. „Ez a személy: számíthatok a gyakorlati segítségére ezzel a céllal kapcsolatban.”). A kitöltés során a résztvevő 7-fokú Likert skálán fejezhette ki az adott állítással való egyetértésének fokát. Az alsókálák a megbízhatósági vizsgálat alapján megfelelőnek bizonyultak (autonómia Cronbach α = 0,839, N = 3; direktív Cronbach α = 0,912, N = 3; praktikus Cronbach α = 0,910, N = 2).

2.2.2.B. Társas támogatás az egészségügyben dolgozókkal való kapcsolatokban: Az egészségügyben dolgozókkal való kapcsolatokból származó, személyes egészségtervekhez fűződő társas támogatás fokát a Koestner és munkatársai (2012) által létrehozott skála rövidített változatával mértük. A mérőeszköz három tétele a kitöltő által megjelölt egészségcélal kapcsolatos autonómia-támogatásra (pl. “Az orvosom / orvosaim: segítenek, hogy őszintén tudjak velük beszélni erről a célról.”), további három tétele pedig a direktív támogatásra (pl. “Az orvosom / orvosaim: újra meg újra emlékeztetnek engem erre a célra.”) vonatkozott. Ezen kívül a jelen kutatásban további két tétellel vizsgáltuk az észlelt praktikus támogatást is (pl. “Az orvosom / orvosaim: számíthatok a gyakorlati segítségükre ezzel a céllal kapcsolatban.”). A kitöltés során a résztvevő 7-fokú Likert skálán fejezhette ki az adott állítással való egyetértésének fokát. Az egyes mutatókat a hozzájuk tartozó tételek átlagolásával számítottuk ki (autonómia Cronbach $\alpha = 0,808$, $N = 3$; direktív Cronbach $\alpha = 0,872$, $N = 3$; praktikus Cronbach $\alpha = 0,933$, $N = 2$)."

2.2.3 Internetes információszerzés a céllal kapcsolatban: A személyes egészségtervekkel kapcsolatos internetes információszerzést, valamint annak a terv megvalósítására gyakorolt pozitív hatásait a Schulz és munkatársai (2017) által létrehozott 6 tételes (pl. “Az internetes egészségügyi információknak köszönhetően tudatosabban figyelek a cél megvalósítására.”) skálával vizsgáltuk. A kitöltés során a résztvevő 7-fokú Likert skálán fejezhette ki az adott állítással való egyetértésének fokát. A kérdőív a megbízhatósági vizsgálat alapján megfelelőnek bizonyult (internetes információszerzés Cronbach $\alpha = 0,874$, $N = 6$).

2.2.4 Digitális eszközhasználat a céllal kapcsolatban: A személyes egészségtervekkel kapcsolatos digitális eszközhasználatot, valamint annak a terv megvalósítására gyakorolt pozitív hatásait a Schulz és munkatársai (2017) által létrehozott 6 tételes (pl. “A digitális eszközöknek köszönhetően tudatosabban figyelek a cél megvalósítására.”) skála adaptált változatával vizsgáltuk. A kitöltés során a résztvevő 7-fokú Likert skálán fejezhette ki az adott állítással való egyetértésének fokát. A reliabilitás vizsgálat alapján a kérdőív megbízhatónak bizonyult (digitális eszközhasználat Cronbach $\alpha = 0,869$, $N = 6$).

2.3 A vizsgálat menete

Az adatgyűjtés hallgatók bevonásával történt, akik ismerőseiknek továbbították a kérdőívesomagot online formában. A kitöltők az online kérdőíven keresztül adták meg az adatokat, és a felvétel anonim módon történt.

A statisztikai eredmények elvégzése és kidolgozása a JAMOVİ 2.3.16 program használatával zajlott.

3. Eredmények

A hipotézisem első csoportja az internetes információszerzés összefüggéseire kereste a választ az életkorral, a végzettséggel, és a társas támogatással közeli kapcsolatokban illetve egészségügyi dolgozókkal való kapcsolatokban.

A hipotéziseim első csoportjának első feltevése az életkorral való összefüggésre kereste a választ. Azt fogalmaztam meg, hogy az életkor és az egészségcéllal kapcsolatos internetes információszerzés mértéke, mennyisége között pozitív összefüggés van. Mivel az internetes információszerzés nem mutatott normál eloszlást a minta tekintetében, ezért a hipotézis ellenőrzésére Spearman korrelációt alkalmaztam. A Spearman korreláció eredménye alapján elmondható, hogy a hipotézis nem igazolódott be, ugyanis az életkor és az internetes információszerzés mértéke között nem találtam együtt-járást ($r(528) = -0,039$, $p = 0,375$). Az eredmény az 1. táblázatban látható.

Ennek a csoportnak a második hipotézise az iskolai végzettség és az egészségcéllal kapcsolatos internetes információszerzés összefüggéseire kereste a választ. A hipotézisemben a két változó között negatív irányú összefüggést feltételeztem. Mivel az iskolai végzettség ordinális változóként van definiálva, ezért a feltételezés tesztelésére Spearman-korrelációt használtam. Az eredmény alapján a hipotézis részben beigazolódott, ugyanis a korreláció iránya negatív, viszont a korrelációs együttható erőssége elhanyagolhatónak tekinthető ($r(528) = -0,097$, $p = 0,025$). A korreláció eredménye az 1. táblázatban látható.

A harmadik hipotézisemben azt fogalmaztam meg, hogy az autonóm illetve a praktikus támogatás mértéke az egészségügyben dolgozókkal való kapcsolatokban pozitívan, míg a direktív támogatás mértéke az egészségügyben dolgozókkal való kapcsolatokban negatívan függ össze az egészségcéllal kapcsolatos internetes információszerzés mértékével. Ennek a hipotézisnek a tesztelésére szintén Spearman korrelációt alkalmaztam és az eredmények alapján megfigyelhető, hogy a hipotézisem nem igazolódott be, ugyanis az autonóm támogatás ($r(95) = 0,055$, $p = 0,596$) illetve a praktikus támogatás ($r(95) = 0,081$, $p = 0,429$) mértéke az

egészségügyben dolgozókkal való kapcsolatban nem mutatott együtt-járást az internetes információszerzéssel kapcsolatokban. A hipotézisem direktív támogatásra vonatkozó része sem igazolódott be, ugyanis a negatív korreláció helyett, közepes erősségű és pozitív irányú ($r(95) = 0,316$, $p = 0,002$) szignifikáns korreláció figyelhető meg. A korrelációs vizsgálat eredménye az 1. táblázatban látható.

A hipotézisek első csoportjának negyedik hipotézisében azt állítottam, hogy az autonóm illetve a praktikus támogatás mértéke a közeli kapcsolatokban pozitívan, míg a direktív támogatás mértéke a közeli kapcsolatokban negatívan függ össze az egészségcéllal kapcsolatos internetes információszerzés mértékével. A hipotézis tesztelésére Spearman korrelációt használtam. A hipotézis részben beigazolódott, ugyanis az autonóm támogatás ($r(469) = 0,222$, $p < 0,001$) illetve a praktikus támogatás ($r(469) = 0,107$, $p = 0,020$) valóban pozitív összefüggést mutat. Azonban a direktív támogatás esetében a negatív irányú feltételezés helyett, az autonóm támogatáshoz és a praktikus támogatáshoz hasonlóan, pozitív irányú összefüggés figyelhető meg ($r(469) = 0,149$, $p = 0,001$) (lásd: 1. táblázat).

1. Táblázat

Az internetes információszerzés összefüggései a szocio-demográfiai tényezőkkel és a társas kapcsolatokban megélt támogatással

Internetes információszerzés		
Életkor	Spearman r	-0.039
	p	0.375
Iskolai végzettség	Spearman r	-0.097*
	p	0.025
Autonóm támogatás – egészségügy	Spearman r	0.055
	p	0.596
Direktív támogatás – egészségügy	Spearman r	0.316**
	p	0.002
Praktikus támogatás – egészségügy	Spearman r	0.081
	p	0.429

Internetes információszerzés		
Autonóm támogatás – közeli kapcsolat	Spearman r	0.222***
	p	< .001
Direktív támogatás – közeli kapcsolat	Spearman r	0.149**
	p	0.001
Praktikus támogatás – közeli kapcsolat	Spearman r	0.107*
	p	0.020

Megjegyzés. Egészségügy – egészségügyi dolgozókkal való kapcsolatban megélt támogatás. Közeli kapcsolat – közeli kapcsolatban megélt támogatás. * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,005$; *** - $p < 0,001$

A hipotéziseim második csoportjában a digitális eszközhasználat összefüggéseit vizsgáltam az életkorral, a végzettséggel, és a társas támogatással közeli kapcsolatokban illetve egészségügyi dolgozókkal való kapcsolatokban.

A második csoportba tartozó első hipotézis az életkor és a digitális eszközhasználat összefüggése között pozitív irányt feltételezett. Mivel a digitális eszközhasználat nem mutatott normál eloszlást a mintát illetően, ezért a hipotézis tesztelésére Spearman korrelációt használtam. A statisztikai próba alapján kijelenthető, hogy nem találtam együtt-járást az életkor és a digitális eszközhasználat között, ugyanis a korrelációs együttható értéke elhanyagolhatónak mondható, illetve az eredmény nem szignifikáns ($r(354) = 0,038$, $p = 0,473$) (lásd: 2. táblázat).

A második hipotézis az iskolai végzettség és a digitális eszközhasználat összefüggésére kereste a választ. Negatív összefüggést feltételeztem a két változó között. Ennek a hipotézisnek a tesztelésére is Spearman korrelációt alkalmaztam, az iskolai végzettség ordinális változó jellege miatt. A korreláció eredménye alapján elmondható, hogy a hipotézis nem igazolódott be, ugyanis a két változó között nem figyelhető meg együtt-járás ($r(354) = -0,079$, $p = 0,138$) (lásd: 2. táblázat).

A digitális eszközhasználatra vonatkozó harmadik hipotézis az egészségügyi dolgozókkal kapcsolatos társas támogatás összefüggéseire kereste a választ. Az autonóm és a praktikus támogatással pozitív összefüggést fogalmaztam meg, míg a direktív támogatással kapcsolatban negatív együtt-járást feltételeztem. A hipotézis tesztelésére Spearman korrelációt

alkalmaztam, és az eredmények alapján kijelenthető, hogy a hipotézis elvetésre került, ugyanis az autonóm támogatás ($r(66) = 0,152$, $p = 0,215$), illetve a praktikus támogatás ($r(66) = -0,048$, $p = 0,699$) és a digitális eszközhasználat között nem találtam együtt-járást. Az egészségügyi dolgozóval való kapcsolatban tapasztalt direktív támogatás esetében a hipotézis szintén elvetésre került, ugyanis közepes erősségű, pozitív irányú ($r(66) = 0,541$, $p < 0,001$) szignifikáns együtt-járást figyelhető meg. Az eredmények a 2. táblázatban láthatók.

A digitális eszközhasználatra vonatkozó hipotézisek utolsó felvetése a közeli kapcsolatokban tapasztalt társas támogatás összefüggéseire kereste a választ. Azt fogalmaztam meg, hogy az autonóm illetve a praktikus támogatás mértéke a közeli kapcsolatokban pozitívan, míg a direktív támogatás mértéke a közeli kapcsolatokban negatívan függ össze az egészségcéllal kapcsolatos digitális eszközhasználat mértékével. A hipotézis tesztelésére Spearman korrelációt alkalmaztam. A hipotézis csak részben igazolódott be, ugyanis az autonóm támogatás esetében valóban pozitív együtt-járást figyelhető meg ($r(326) = 0,127$, $p = 0,022$), viszont a direktív ($r(326) = 0,061$, $p = 0,269$) és praktikus támogatás ($r(326) = 0,069$, $p = 0,211$) esetében nem találtam összefüggést (lásd: 2. táblázat).

2. Táblázat

A digitális eszközhasználat összefüggései a szocio-demográfiai tényezőkkel és társas kapcsolatokban megélt támogatással

Digitális eszközhasználat		
Életkor	Spearman r	0.038
	p	0.473
Iskolai végzettség	Spearman r	-0.079
	p	0.138
Autonóm támogatás – egészségügy	Spearman r	0.152
	p	0.215
Direktív támogatás – egészségügy	Spearman r	0.541***
	p	< .001
Praktikus támogatás – egészségügy	Spearman r	-0.048

Digitális eszközhasználat		
	p	0.699
Autonóm támogatás – közeli kapcsolat	Spearman r	0.127*
	p	0.022
Direktív támogatás – közeli kapcsolat	Spearman r	0.061
	p	0.269
Praktikus támogatás – közeli kapcsolat	Spearman r	0.069
	p	0.211

Megjegyzés. Egészségügy – egészségügyi dolgozókkal való kapcsolatban megélt támogatás. Közeli kapcsolat – közeli kapcsolatban megélt támogatás. * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,005$; *** - $p < 0,001$

A hipotézisek tesztelésén felül lefuttattam lineáris regresszió elemzéseket is és az enter módszert alkalmaztam a vizsgálat során. Az első elemzés kimeneti változója az internetes információszerzés volt, mely a lineáris regresszió elemzésben normál eloszlást követett ($p = 0,163$). Ezeket az elemzéseket azért érdemes megnézni, hogy lássuk, hogy a kis korrelációknak van-e „supressor” hatása, vagy pedig a pszichológiai változók ezek ellenére is magyarázzák a kimeneti változót, mert nem kizárt, hogy a sok két változós nem szignifikáns összefüggés legyengíti a pszichológiai változók hatását, ezért ez megerősítő vizsgálatként szolgált. A magas mérési szintű prediktor változók közé soroltam az életkort, a végzettséget, az autonóm, direktív és praktikus támogatás mértékét a közeli kapcsolatokban és egészségügyi dolgozóval kapcsolatban, míg a dichotóm prediktor változók közé került a nem változó. A nem változóval kapcsolatban ugyan nem fogalmaztam meg hipotézist, viszont a legtöbb regresszió elemzés figyelembe veszi ezt a változót is. A modell felépítése után ellenőriztem az előfeltételeket, a normál eloszlás mellett. A változók teljesen megfeleltek az elemzésnek, illetve a VIF és tolerancia értékek alapján is elemezhetők a modell eredményei. Ezután a modellt először összességében elemeztem. A modell szignifikánsnak bizonyult, a prediktorok a mintára nézve a függő változó 25,4%-át, míg a populációra nézve a 16,1%-át magyarázták ($F(10, 80) = 2,72$, $p = 0,006$, $R^2_{adj} = 0,161$). Az összességében való elemzés után megnéztem a prediktor változókat külön-külön, és azt figyeltem meg, hogy szignifikáns prediktív ereje a közeli

kapcsolatban tapasztalt autonóm támogatásnak ($p < 0,021$, béta = 0,382) van. Az életkor ($p = 0,066$, béta = -0,192) és az egészségügyi dolgozóval való kapcsolatban tapasztalt direktív támogatás ($p = 0,088$, béta = 0,206) esetében pedig tendencia figyelhető meg. A többi bevont változó esetében azonban a hatás nem mutatkozott szignifikánsnak, illetve jelentősnek (lásd: 3. táblázat).

3. Táblázat

Az internetes információszerzést befolyásoló változók modellje

Prediktor változó	p	Béta
Életkor	0.066	-0.192
Végzettség	0.759	-0.031
Autonóm támogatás – egészségügy	0.969	0.006
Direktív támogatás – egészségügy	0.088	0.206
Praktikus támogatás – egészségügy	0.502	0.089
Autonóm támogatás – közeli kapcsolat	0.021	0.382*
Direktív támogatás – közeli kapcsolat	0.211	0.139
Praktikus támogatás – közeli kapcsolat	0.522	-0.100
Nem:		
Nő – Férfi	0.162	-0.298
Nem-bináris – Férfi	0.229	1.237

Megjegyzés. Egészségügy – egészségügyi dolgozókkal való kapcsolatban megélt támogatás. Közeli kapcsolat – közeli kapcsolatban megélt támogatás. * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,005$; *** - $p < 0,001$

A második modellt is az enter módszer segítségével hoztam létre, a kimeneti változó pedig a hipotézisek második csoportjában megjelenő digitális eszközhasználat volt, és a lineáris regressziót tekintve normál eloszlást mutatott ($p = 0,061$). A magas mérési szintű prediktor változók az életkor, a végzettség az autonóm, direktív és praktikus támogatás mértéke a közeli kapcsolatokban és egészségügyi dolgozóval kapcsolatban voltak, míg a dichotóm prediktor változók közé került a nem változó. A vizsgálat lefuttatása előtt kizártam a nem-bináris

személyeket, ugyanis az elemszám túl alacsony volt. A változók megfeleltek az elemzésnek, illetve a VIF és tolerancia értékek alapján is elemezhetők a modell eredményei. A modell szignifikánsnak bizonyult, és a prediktorok a mintára nézve a kimeneti változó 29,8%-át, míg a populációt figyelembe véve a 18,3%-át magyarázták ($F(9, 55) = 2,58$, $p = 0,015$, $R^2_{adj} = 0,183$). A prediktor változók között a digitális eszközhasználatra legnagyobb prediktív erővel bíró változó az egészségügyi dolgozókkal való kapcsolatokban tapasztalt direktív támogatásnak van ($p < 0,001$, béta = 0,508). A többi bevont változó esetében azonban a hatás nem mutatkozott statisztikailag jelentősnek (lásd: 4. táblázat).

4. Táblázat

A digitális eszközhasználatot befolyásoló prediktor változók modellje

Prediktor változó	p	Béta
Életkor	0.983	0.003
Végzettség	0.546	-0.071
Autonóm támogatás – egészségügy	0.686	0.078
Direktív támogatás – egészségügy	< .001	0.508***
Praktikus támogatás – egészségügy	0.489	-0.111
Autonóm támogatás – közeli kapcsolat	0.236	0.214
Direktív támogatás – közeli kapcsolat	0.928	-0.012
Praktikus támogatás – közeli kapcsolat	0.289	-0.194
Nem:		
Nő – Férfi	0.288	0.276

Megjegyzés. Egészségügy – egészségügyi dolgozókkal való kapcsolatban megélt támogatás. Közeli kapcsolat – közeli kapcsolatban megélt támogatás. * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,005$; ***- $p < 0,001$

4. Megvitatás

4.1 Az internetes információszerzéssel kapcsolatos hipotézisek interpretációja

Az eredmények és a hipotézistesztek alapján elmondható, hogy a megfogalmazott hipotéziseim részben igazolódtak be. Ennek több oka lehet, melyek közé tartozik, hogy az egészségcélok függvényében vizsgáltunk, amellyel kapcsolatban egyenlőre kevesebb kutatás született, mint az általános internetes információkereséssel, vagy digitális eszközhasználattal kapcsolatban. A további okok közé sorolható a minta specifikus jellege, ugyanis az életkori csoportok tekintetében a szakirodalom sokszor nem ilyen széles életkori sávval dolgozik, hanem egy sokkal specifikusabban megszabott generációval / generációkkal. A hipotézisek ugyan nem igazolódtak be, viszont találtunk szignifikáns különbségeket, és összefüggéseket, ugyan nem a hipotézisben való megfogalmazás alapján. A továbbiakban a hipotézistesztek eredményeit vetem össze a szakirodalomban található elemekkel, illetve a kutatás újdonságaira is felhívom a figyelmet.

Az első hipotézisem az életkor és az egészségcélal kapcsolatos internetes információszerzésre vonatkozott, és a két változó között pozitív kapcsolatot feltételeztem. A feltevés alapját Dutton és munkatársai (2007) kutatása adta, ugyanis eredményeik alapján elmondható, hogy a „baby boom” generáció tagjai gyakrabban néznek utána egészséggel kapcsolatos információnak az interneten, mint a náluk fiatalabb generációk tagjai. A kutatásban azonban nem az általános egészséggel kapcsolatos kérdésekre, hanem konkrétan az egészségcélokkal kapcsolatos információkeresésre kérdeztünk rá, amivel kapcsolatban egyelőre elenyésző számú kutatás foglalkozott. A hipotézis letesztelésére Spearman korrelációt alkalmaztam, és a korreláció eredménye alapján elmondható, hogy e két változó között nincs együttjárás, ugyanis a korrelációs együttható elhanyagolható, illetve nem is szignifikáns. Ennek több oka lehet, egyrészt, hogy az egészségcélok sokkal specifikusabb témakör, mint az egészség általában, és emiatt nem az internetről szeretnének a kérdéseikre választ kapni a személyek, ugyanis nem objektív információra van szükségük, hanem sokkal specifikusabb, saját céljukra vonatkozó információra. Ezt az információt azonban az interneten nehezebb fellelni, mint például a saját orvosukkal beszélni róla, vagy pedig egy közeli ismerőstől tanácsot kérni, így az okok keresésében az életkori változónak lehet nincs is szerepe.

Az első csoport második hipotézisében az internetes információszerzés és az iskolai végzettség összefüggésére kerestem a választ. Ez a hipotézis Thomas és Ewing (2010) eredményei alapján fogalmazódott meg, akik arra hívták fel a figyelmet, hogy a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező személyek kevesebb időt töltenek az interneten, és kevesebb

egészséggel kapcsolatos információra keresnek rá.. A hipotézis részben beigazolódott, ugyanis a negatív irányú korreláció megjelent, és ez az együttjárás szignifikánsnak mondható. A korrelációs együtttható mértéke miatt azonban a részleges beigazolódás jelent meg, ugyanis a mérték elhanyagolhatónak mondható.

A harmadik hipotézisem már nem a szocio-demográfiai változókkal kapcsolatban fogalmaztam meg, hanem az orvos-beteg kapcsolat dimenziójának függvényében vizsgáltam. A hipotézisben azt fogalmaztam meg, hogy az autonóm illetve a praktikus támogatás mértéke az egészségügyben dolgozókkal való kapcsolatban pozitívan, míg a direktív támogatás mértéke az egészségügyben dolgozókkal való kapcsolatban negatívan függ össze az egészségcéllal kapcsolatos internetes információszerzés mértékével. A hipotézis Yeh és munkatársai (2018) „patient empowermenttel” kapcsolatos nézetei alapján fogalmazódott meg. A „patient empowerment” (magyarul: információ által megszerzett hatékonyság / a páciensek „felhatalmazása” az internethasználat révén) egyik kulcsfogalma az orvos és beteg közötti kapcsolódás, illetve kapcsolat jellege. Azt feltételeztem, hogyha valaki az orvosával beszél erről a céljáról, ami egy személyes cél, akkor a kapcsolatuk inkább a partnerség irányába mutat, és az autonómia támogatás és egy praktikus tanács pozitívabb hatást vált ki a személyekből, mint egy konkrét utasítás. A hipotézisem tesztelése során azonban a felvetésem megcáfolódott, ugyanis az internetes információszerzés nem áll összefüggésben az autonómia támogatással, illetve a praktikus támogatással sem. Érdekes eredmény azonban a direktív támogatás összefüggése, ami a várt negatív korreláció helyett pozitív együttjárást mutat. A várt eredmény és a valós eredmény közötti különbség abban rejtőzhet, hogy a magyar egészségügyben az orvosok, egészségügyi dolgozók státusza továbbra is autoriter szerepnek felel meg, és inkább a bio-medikális modell keretében van, mintsem az orvos-beteg partnerség keretében. Ezek a nézetek, és a bio-medikális modell mindsetje miatt a betegek könnyebben fogadhatják be az orvosuktól kapott direktív információt, és támogatást, mint az autonóm vagy praktikus támogató jellegű tanácsokat.

Az internetes információszerzéssel kapcsolatos utolsó hipotézis a közeli kapcsolatban tapasztalt társas támogatás összefüggéseire szeretett volna rávilágítani. A feltevésben azt fogalmaztam meg, hogy az autonóm és a praktikus támogatás mértéke a közeli kapcsolatokban pozitívan, míg a direktív támogatás mértéke a közeli kapcsolatokban negatívan függ össze az egészségcéllal kapcsolatos internetes információkeresés mértékével. A feltevés alapja az, hogy ha egy személy autonómia támogató, vagy hasznos információt tartalmazó praktikus támogatás kap egy közeli kapcsolatában (család, partner, barát stb.), akkor az internetes információszerzéstől sem zárkózik el, és nyitottabb lesz arra is, hogy az interneten fellelhető

információknak is utána nézzen. Ezzel ellentétben, ha valaki direktív támogatást kap a közeli kapcsolataiban, akkor ott nem marad kérdés, hogy hova fordulhatna még, ugyanis az információ közlésének jellege nem hagy kérdéseket maga után. A hipotézis tesztelésére Spearman korrelációt alkalmaztam, és elmondható, hogy a hipotézis részben beigazolódott, ugyanis az autonómia és a praktikus támogatás esetében a korreláció valóban pozitív irányú, és szignifikáns is, azonban a korreláció erőssége elhanyagolhatónak tekinthető, viszont mindenképp további kutatásra ad okot. A hipotézis másik része, amely a direktív támogatás függvényében fogalmazódott meg, azonban megcáfolódott, ugyanis a próba eredménye ennek a változónak a tekintetében is pozitív korrelációt mutatott. Az együttjárás mértéke ugyan ennek a változónak az esetében alacsonyabb, azonban itt is szignifikáns. Tehát a korreláció mindkét formájú támogatás esetében szignifikáns, azonban elhanyagolható eredményt mutatott, viszont a szignifikancia jelenléte miatt további vizsgálódásra ad okot.

4.2 A digitális eszközhasználat összefüggéseinek értelmezése

A feltevéseim második csoportját a digitális eszközhasználat függvényében fogalmaztam meg. A csoport első hipotézise az életkorral való összefüggésre kereste a választ. A feltevés alapját az internetes információkereséssel kapcsolatos kutatások adták (lásd: Dutton et al., 2007), amelyek arra hívták fel a figyelmet, hogy az internetes információkeresés erős, pozitív irányú összefüggést mutat a digitális eszközhasználattal, főként azért, mert az internetes információkereséshez szükség van digitális eszközökre. A hipotézis tesztelésére Spearman korrelációt alkalmaztam, és az eredmények alapján kijelenthető, hogy a hipotézis nem igazolódott be, ugyanis a korrelációs együttható értéke elhanyagolható, illetve az eredmény statisztikailag nem jelentős. A céllal kapcsolatos digitális eszközhasználat és az életkor közötti eredmények háttérben is hasonló okok lehetnek, mint amelyek az első csoport, első hipotézisének ellenőrzése során is megjelentek.

A második hipotézis a végzettség és a digitális eszközhasználat közötti együtt-járások feltárására volt alkalmas. A hipotézis Thomas és Ewing (2010) kutatása alapján fogalmazódott meg. A hipotézisben azt fogalmaztam meg, hogy az iskolai végzettség és a digitális eszközhasználat mértéke között negatív irányú összefüggésről beszélhetünk. Mivel az iskolai végzettség egy ordinális változó, ezért Spearman korrelációval vizsgáltam meg ezt a feltevést. A feltevés azonban elvetésre került, ugyanis a próba nem volt szignifikáns, illetve a korrelációs együttható mértéke is elhanyagolhatónak mondható. A hipotézisben feltételezett negatív irány azonban megjelent, még ha nem is jelentős mértékben, azonban ez további kérdések feltevésére és vizsgálódásra ad okot.

A harmadik hipotézis az egészségügyi dolgozóval megélt kapcsolat jellegének függvényében fogalmazódott meg, a digitális eszközhasználattal összefüggésben. Azt fogalmaztam meg, hogy az autonóm illetve a praktikus támogatás mértéke az egészségügyben dolgozókkal való kapcsolatban pozitívan, míg a direktív támogatás mértéke az egészségügyben dolgozókkal való kapcsolatban negatívan függ össze az egészségcéllal kapcsolatos digitális eszközhasználat mértékével. A lefutott próba eredményei alapján kijelenthető, hogy a hipotézis értelmezése hasonlóképp alakult az előző hipotézishez képest. Az autonóm és praktikus támogatás nem mutatott összefüggést a digitális eszközhasználattal, míg a direktív támogatás erős, szignifikáns és pozitív együtt járást mutatott a digitális eszközhasználat változójával. Az eredményt a bio-medikális modell, illetve az egészségügyi dolgozók autoriter szerepet betöltött pozíciójukkal kapcsolatban érdemes értelmezni, akárcsak az előző hipotézist.

A csoport és a vizsgálat utolsó hipotézisében azt fogalmaztam meg, hogy az autonóm illetve a praktikus támogatás mértéke a közeli kapcsolatokban pozitívan, míg a direktív támogatás mértéke a közeli kapcsolatokban negatívan függ össze az egészségcéllal kapcsolatos digitális eszközhasználat mértékével. A hipotézis részben beigazolódott, ugyanis az autonóm támogatás esetében valóban pozitív és szignifikáns együttjárást figyelhetünk meg a próba eredménye alapján. A praktikus és direktív támogatás esetében azonban a hipotézis megcáfolódott, ugyanis az együttjárás statisztikailag nem jelentős, ezért ismét egy részben beigazolódott hipotézisről beszélhetünk.

4.3 Az átfogó modellek interpretációja

Mivel a hipotézisek egy része beigazolódott a másik része pedig megcáfolódott, ezért összességében szerettem volna látni, hogy melyek azok a változók, amelyek az internetes információszerzésre illetve a digitális eszközhasználatra való buzdításban szerepet játszanak. Ennek az elemzése érdekében felépítettem két modellt, a lineáris regresszió elemzés segítségével. A modellek összességében megbízhatónak bizonyultak, és kijelenthető, hogy az elemzésben figyelembe vett változók az internetes információszerzés kimeneti változó 16,1%-át, míg a digitális eszközhasználat kimeneti változó 18,3%-át magyarázzák.

Az internetes információszerzésre legnagyobb befolyással a társas kapcsolatban megélt autonóm támogatás bír. A hipotézistesztelek eredményeiben is megfigyelhető, hogy az autonóm támogatás az internetes információkereséssel kapcsolatban pozitív, szignifikáns együttjárást mutatott, illetve a regresszió elemzés alapján is elmondható, hogy ennek van a legnagyobb, és legfontosabb szerepe az internetes információkeresést előhuzalozó „patient empowermentnek”. Ennek okai között említhetjük, hogy az autonómia támogatása a

készségfejlesztést is magába foglalja, ami pedig hatással van arra, hogy ki mennyit használja az internetes információszerzés lehetőségét az egészségcéljával kapcsolatban.

A digitális eszközhasználatra azonban legnagyobb hatással az egészségügyi dolgozóval való kapcsolatban megélt direktív támogatás van. A kétváltozós összefüggésekben is megfigyelhető a két változó erős összefüggése, azonban a modell alapján is elmondható, hogy az egészségügyi dolgozók direktív támogatásának van a legnagyobb prediktív ereje. Ennek okai között említhető egyrészt az, hogy az információszerzéssel ellentétben a digitális eszközhasználat nem „patient empowermentet” hoz létre, hanem önmonitorozó lehetőséget ad a személyek számára. Az önmonitorozás lehetősége pedig mind a páciensnek, mind pedig orvosának építő jellegű információval szolgál, ezért buzdíthatják az orvosok a pácienseket arra, hogy használjanak különböző digitális eszközöket.

4.3 A kutatás limitációi

A kutatás során megjelent néhány limitáció, amelyek közé tartozik az, hogy keresztmetszeti mintán történt az adatfelvétel, emiatt pedig a kauzalitásra, ok-okozati viszonyokra nem tudunk következtetni. A további limitációk közé tartozik az is, hogy a minta nem reprezentatív. Mivel a kérdőívek felvétele online történt, ezért vizsgálatvezető nem volt jelen a kérdőív kitöltésekor, vagyis a vizsgálati személyek önbevallásos alapon adtak választ, ami szintén a limitációk közé sorolandó.

4.4 Összefoglalás, kitekintés

Összességében elmondható, hogy a hipotézistesztelések eredményei és a lineáris regresszióban megfigyelhető adatok alapján a szocio-demográfiai tényezők nem játszanak akkora szerepet az egészségcélokkal kapcsolatos internetes információszerzés és a digitális eszközhasználat kialakulásában, mint a társas támogatás egyes aspektusai. Ez úgy is értelmezhető, hogy a szocio-demográfiai tényezőktől független az internetes információszerzés és a digitális eszközhasználat, és sokkal fontosabb tényezőnek tekinthető az autonóm és direktív támogatás (ami egy befolyásolható változó). Ezeknek a prediktív tényezőknek az elmélyítése és további vizsgálati szempontok, mint például a célok megfogalmazásának jellege tovább segítené az egészségcélokkal kapcsolatos információk kutatását.

5. Felhasznált irodalom

- Anderson, M., & Perrin, A. (2017). *Tech adoption climbs among older adults*. Pew Research Center for Internet & Technology. <https://www.pewresearch.org/internet/2017/05/17/tech-adoption-climbs-among-older-adults/>
- Årsand, E., Frøisland, D. H., Skrøvseth, S. O., Chomutare, T., Tatara, N., Hartvigsen, G., & Tufano, J. T. (2012). Mobile health applications to assist patients with diabetes: Lessons learned and design implications. *Journal of diabetes science and technology*, 6(5), 1197–1206. <https://doi.org/10.1177/19322968120060052>
- Årsand, E., Tatara, N., Østengen, G., & Hartvigsen, G. (2010). Mobile phone-based self-management tools for type 2 diabetes: The few touch application. *Journal of diabetes science and technology*, 4(2), 328–336. <https://doi.org/10.1177/19322968100040021>
- Austin, J. T., & Vancouver, J. B. (1996). Goal constructs in psychology: Structure, process, and content. *Psychological bulletin*, 120(3), 338–375. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.120.3.338>
- Brunstein, J. C., Dangelmayer, G., & Schultheiss, O. C. (1996). Personal goals and social support in close relationships: Effects on relationship mood and marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(5), 1006–1019. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.5.1006>
- Canevello, A., & Crocker, J. (2010). Creating good relationships: Responsiveness, relationship quality, and interpersonal goals. *Journal of personality and social psychology*, 99(1), 78–106. <https://doi.org/10.1037/a0018186>
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2003). Self-regulatory perspectives on personality. In T. Millon & M. J. Lerner (Eds.), *Handbook of psychology: Personality and social psychology*, Vol. 5, (pp. 185–208). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/0471264385.wei0508>
- Chipidza, F. E., Wallwork, R. S., & Stern, T. A. (2015). Impact of the doctor-patient relationship. *The primary care companion for CNS disorders*, 17(5), 27354. <https://doi.org/10.4088/PCC.15f01840>
- Csuka, S. I., Rosta-Filep, O., Sallay, V., & Martos, T. (2021). Fiatal felnőttek egészségcéljainak vizsgálata: A cél megközelítő-elkerülő orientációjának személyes kontextusa és a célokhoz társuló szubjektív tapasztalatok. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 76(1), 73–99. <https://doi.org/10.1556/0016.2021.00013>

- Dutton, W. H., & Helsper, E. J. (2007). *Oxford internet survey 2007 report: The internet in Britain*. Oxford Internet Institute University of Oxford. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1327033>
- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E., & Hecht, J. (1993). Self-efficacy and health behavior among older adults. *Journal of health and social behavior*, 34(2), 89–104. <https://doi.org/10.2307/2137237>
- Hunt, C. W. (2015). Technology and diabetes self-management: An integrative review. *World journal of diabetes*, 6(2), 225–233. <https://doi.org/10.4239/wjd.v6.i2.225>
- Izard, C. E. (1993). Four systems for emotion activation: Cognitive and noncognitive processes. *Psychological review*, 100(1), 68–90. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.1.68>
- Kalmus, V., Realo, A., & Siibak, A. (2011). Motives for Internet use and their relationships with personality traits and socio-demographic factors. *Trames: A Journal of the Humanities and Social Sciences*, 15(4), 385–403. <https://doi.org/10.3176/tr.2011.4.04>
- Koestner, R., Powers, T. A., Carbonneau, N., Milyavskaya, M., & Chua, S. N. (2012). Distinguishing autonomous and directive forms of goal support: Their effects on goal progress, relationship quality, and subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(12), 1609–1620. <https://doi.org/10.1177/0146167212457075>
- Liang, X., Wang, Q., Yang, X., Cao, J., Chen, J., Mo, X., Huang, J., Wang, L., & Gu, D. (2011). Effect of mobile phone intervention for diabetes on glycaemic control: A meta-analysis. *Diabetic medicine*, 28(4), 455–463. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2010.03180.x>
- Martos, T. (2009). Goals, projects, strivings. I. Theoretical considerations and possibilities of application. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 64(2), 337–358. <https://doi.org/10.1556/mpszle.64.2009.2.3>
- Martos, T., Konkoly Thege, B., & Kopp, M. S. (2010). Health aspirations in the context of age and self-rated health: Findings from a representative Hungarian sample. *Journal of health psychology*, 15(2), 269–278. <https://doi.org/10.1177/1359105309351247>
- Noh, J.-H., Cho, Y.-J., Nam, H.-W., Kim, J.-H., Kim, D.-J., Yoo, H.-S., Kwon, Y.-W., Woo, M.-H., Cho, J.-W., & Hong, M.-H. (2010). Web-based comprehensive information system for self-management of diabetes mellitus. *Diabetes technology & therapeutics*, 12(5), 333–337. <https://doi.org/10.1089/dia.2009.0122>
- Paige, S. R., Miller, M. D., Krieger, J. L., Stellefson, M., & Cheong, J. (2018). Electronic health literacy across the lifespan: Measurement invariance study. *Journal of medical Internet research*, 20(7), e10434. <https://doi.org/10.2196/10434>

- Papp-Zipernovszky, O., Horváth, M. D., Schulz, P. J., & Csabai, M. (2021). Generation gaps in digital health literacy and their impact on health information seeking behavior and health empowerment in Hungary. *Frontiers in Public Health*, 9, 523–535. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.635943>
- Schulz, P. J., Fitzpatrick, M. A., Hess, A., Sudbury-Riley, L., & Hartung, U. (2017). Effects of eHealth Literacy on General Practitioner Consultations: A Mediation Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 19(5): e166. <https://doi.org/10.2196/jmir.6317>
- Thomas, J., & Ewing, S. (2010). *CCi digital futures 2010: the Internet in Australia*. ARC Centre of Excellence for Creative Industries and Innovation. <https://apo.org.au/node/21365>
- Umberson, D., & Karas Montez, J. (2010). Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of health and social behavior*, 51(1), 54–66. <https://doi.org/10.1177/0022146510383501>
- Yeh, M.-Y., Wu, S.-C., & Tung, T.-H. (2018). The relation between patient education, patient empowerment and patient satisfaction: A cross-sectional-comparison study. *Applied Nursing Research*, 39, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.10.008>
- Zhen, J., Marshall, J. K., Nguyen, G. C., Atreja, A., & Narula, N. (2021). Impact of digital health monitoring in the management of inflammatory bowel disease. *Journal of medical systems*, 45(2), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s10916-021-01706-x>
- Zlatanović, L. (2016). Self-efficacy and health behaviour: Some implications for medical anthropology. *Glasnik Antropološkog društva Srbije*, 51(1–2), 17–25. <https://doi.org/10.5937/gads51-12156>