



## 1. A KUTATÁS HÁTTERE

Az értékben 377 388 millió dollárt képviselő gyógyszeripar 54%-át Észak-Amerika adja (1 éves periódus 2006. júliusig) (IMS 2006b), mely piacon tapasztalható trendek begyűrűznek Európába és hazánkba. A világ legjelentősebb piacain a versenykörnyezet átalakulásának lehetünk szemtanúi. A törzskönyvezett készítmények száma többszörösére nőtt, és a fő terápiás területeken hasonló hatékonyságú készítmények konkurálnak. Az originális szerek generikus támadásoknak vannak kitéve, melyek az eredeti termék árát lenyomják és profitabilitását veszélyeztetik, ugyanakkor a költségek emelkednek a kutatás-fejlesztés, a marketing és az eladás terén. A biotechnológia rohamos fejlődése újabb kihívás elé állítja a gyógyszeripart. A kormányzatok megszorító intézkedésekkel próbálják kontrollálni a gyógyszer keresletet és kínálatot. Az ipar vállalatai pedig egyesüléssel, felvásárlással, erőforrás kihelyezéssel igyekeznek eredményességüket biztosítani.

Ezzel párhuzamosan a betegek fogyasztói magatartásának változása is megfigyelhető. Az információs boom, az internet és a média térhódításával a betegekhez számottevő mennyiségű információ jut el. Az egészségmegőrzés terén növekedett az egészségtudatosság, betegjogi szervezetek alakultak. A bébi-boom korosztály öregedésével új fogyasztói kör született, akik betegségtudatosak, bizalmatlanok, információra éhesek és aktív részesei az ellátásukkal kapcsolatos döntéseknek.

E gazdasági és társadalmi trendek a gyógyszeripari döntéshozókat új üzleti modellek megalkotására inspirálták és e paradigmaváltásnak köszönhetően megszületett a Direct-To-Consumer (DTC), a beteghez közvetlenül szóló kommunikáció fogalma. A gyógyszercégek az orvosi promóció mellett tevékenységük középpontjába helyezték a végfelhasználót, a beteget. Az ipar felismerte, hogy a páciens problémáit, motivációját, magatartását meg kell értenie, szükségleteit fel kell térképeznie, növekvő információéhségét és betegségtudatosságát ki kell elégítenie, és számára személyes előnyt kell nyújtania és azt felé érthető módon kommunikálnia.

Ugyanakkor a WHO és Világbank jelentésében (Kopp 2001) az Európai Bizottság új Egészségügyi Programjában kiemelte a depresszió elleni küzdelem fontosságát, a mentális zavarokban szenvedők stigmatizációjának és diszkriminációjának megoldását. Hiszen a depresszió a civilizált társadalmakat, így hazánkat is foglalkoztató téma, mely aktualitását egyszerre társadalmi és orvosi jelentősége adja:

- a./ Az Egészségügyi Világszervezet (WHO 2001a) adatai szerint világszerte 121 millió ember küzd a depresszióval. Becslések szerint a férfiak 5,8%-a, a nők 9,5%-a szenved depresszív epizódban évente. Hazánkban élete során a népesség 15,1%-a küzd a betegséggel (Szádócky 2000).
- b./ A betegség erősen stigmatizált (WHO 2001b), mely a társadalom tájékozatlanságából és az alacsony pszichológiai kultúrából eredeztethető.
- c./ A világon a társadalmat és a beteget legnagyobb mértékben érintő betegségek közül az unipoláris major depresszió 1999-ben a 4. helyen állt, és 2020-ra szóló előrejelzések szerint az iszkémiás szívbetegség mögött a 2. helyet foglalja majd el (Szádóczy 2000, Murray és Lopez 1996).
- d./ A Pszichiátriai Szakmai Kollégium (2005) szakmai protokolljában a depresszió a világon mindenütt aluldiagnosztizált és alulkezelt betegség. A fejlett egészségügyi ellátással rendelkező országokban végzett populációs vizsgálatok szerint a major depresszióban szenvedő betegek kb. egyharmad-fele áll kezelés alatt (Rihmer és Angst 2004). A fejlett országok lakosságának 15%-át teszi ki a 60-65 évnél idősebb korosztály (Pető 2004), de 2020-ra a fejlett országok lakosságának 25%-át prognosztizálják. Az elöregedő társadalom aluldiagnosztizáltsága és alulkezeltése komoly közegészségügyi problémát és gazdasági terhet jelent majd (Mulchahey et al. 1999, Pető 2004).
- e./ A depresszió együttes előfordulása (komorbiditása) szorongásos kórképekkel (Kessler et al. 1996), neurológiai betegségekkel (Varga 2000), testi betegségekkel gyakori, mely betegcsoportok önmagukban is nagy számot tesznek ki (Montano 1994, Goodnick és Hernandez 2000).
- f./ A pszichiátriai megbetegedés és az öngyilkos magatartás között szoros kapcsolat áll fenn (Kasper et al. 1996, Müller et al. 1999). Az öngyilkosságot elkövetők 65-75%-a többnyire nem kezelt major depresszióban szenved halála idején (Pszichiátriai Szakmai Kollégium 2005). A depressziósok körében tízszer nagyobb az öngyilkossági arány az átlagpopulációhoz képest (Katona 2000). Hazánk különösen érintett ország, 2005-ben európai országok közül a 2. helyen állt az öngyilkossági statisztikai rangsorán (EAAD 2006). 2020-ra a depresszió betegségterhe 5,7%-ra emelkednek, és a rokkantság miatt korlátozott életévek második vezető okává lépnek elő (Kopp 2001).

## **2. A KUTATÁS CÉLKITŰZÉSE**

Az értekezés a közgazdaságtan és az orvostudomány két kiemelten fontos területét taglalja és kapcsolja össze: a vényköteles gyógyszerek piacán tapasztalható paradigmaváltás eredményének, az un. Direct-To-Consumer (továbbiakban: DTC), a betegekhez közvetlenül szóló kommunikáció kérdését elemzi a depresszió betegséggel kapcsolatosan. A kutatás a betegek információval való felruházásának dilemmáját és mélységét boncolgatja a depressziós betegek, a háziorvosok, és a szakorvosok szempontjából a depresszió betegséggel kapcsolatban. A primer kutatásban a betegek körében elégedettségi és igényfelmérő kutatást, a szakorvosoknál és a háziorvosoknál attitűdvizsgálatot végeztem. A kutatás célkitűzése felmérni a háziorvosok, a szakorvosok (pszichiáterek, neurológusok) és az enyhe és közepes depresszióban szenvedő betegek DTC kommunikáció iránti attitűdjét, a betegségkampányokkal és a depresszió kezelésére szolgáló antidepresszáns gyógyszerek reklámozásával kapcsolatosan. Ezzel szoros összefüggésben fel kívánja tární azt, hogy milyen információkkal rendelkeznek a betegek magáról a depresszió betegségről, milyen információs igényeik vannak, milyen az orvos-beteg információ csere mélysége, és milyen hosszú idő alatt jutnak a páciensek adekvát terápiához.

## **3. A KUTATÁS ELMÉLETI-SZAKIRODALMI HÁTTERE**

Az értekezés elméleti része két tematikából áll: „A DTC bemutatása” és „A depresszió bemutatása” részből. A két téma közös vetületei a primer kutatásban válnak teljessé.

Az értekezés első „A DTC bemutatása” részében szinte kizárólag külföldi szakirodalomra támaszkodtam, elsősorban az angol és észak-amerikai szakértők publikációira, mert hazánkban e területet ez idáig nem vizsgálták. A témakör háttéréként elemeztem a gyógyszeripari és a fogyasztói magatartás tényezőit, melyek az iparág paradigmaváltásához vezettek, középpontba helyezték a beteget és életre hívták a DTC kommunikációt (Luban-Plozza és Dickhaut 1986, PhRMA 1995, Crooks és Boehringer 1998, Coile és Trusko 1999, Forgács 2000, Woods 2001, Borvendég 2005, IGYE 2006a, 2006b). E tényezőkről röviden „A kutatás háttere” fejezetben ejtek szót.

Megfogalmaztam a DTC fogalmát és elhelyeztem az egészségpiaci marketing és a marketing kommunikáció rendszerében (Szántó 2004, Sándor 1997). Meghatároztam a

DTC típusainak, a DTCA (vényköteles szer hirdetése), a DTP (a beteg nyomtatott anyagokkal történő elérése), a kvázi DTC (betegségkampány) fogalmait és a DTC kommunikáció kilenc platformját az egészséggel kapcsolatos közcélú információ szolgáltatástól a márkázott betegség reklámig (Sándor 1997, Pryce-Jones 2000, Blackett és Robins 2001, PhRMA 2002, Szántó 2004, MÚOSZ 2005).

Bemutattam a válaszhierarchia modelleket (Kotler 2002), Prochaska transzteoretikus modelljét (Neuman 2004), a Datamonitor (1998) és Optas (s.a.) modelljeit, melyeknél a kommunikáció kívánatos végeredménye a cselekvés, a vásárlás, a gyógyszerek esetében a beteg-együtműködés és a terápiahűség.

Vizsgáltam a vényköteles szerek reklámozásának hatékonyságát a betegek és az orvosok nézőpontjából. Ezzel kapcsolatosan 11 felmérés adatai alapján a hirdetés átlagosan a betegek 30%-át inspirálta arra, hogy orvosával beszéljen, 21%-uk kérte doktorától egy specifikus szer felírását, és átlagosan 5%-uknak írta fel orvosa a kért szert (GAO 2002). A felíró orvosok között is megoszlik a vélemény a reklámozással kapcsolatban, 40%-uk praxisára pozitív hatással van, 42%-nál pedig némileg negatívan hat (Barclay 2003, FDA 2003).

Analizáltam a DTC-re fordított költségeket, melyek bár 1996-tól exponenciálisan nőttek és 2000-ben 2,5 milliárd USD fölé emelkedtek, mégsem érték el a hagyományos orvosi promóció és a gyógyszermintázás költség szintjét (NIHCM 2001, Reuters 2001, HAI-Europe 2001).

A DTC kommunikáció társadalmi és üzleti szerepét kifejtettem példákkal illusztrálva. Megállapítottam, hogy ideálisan a társadalmi és üzleti célok megegyeznek, a beteg és a vállalat kölcsönös előnyökre tesz szert (Blackett és Robins 2001). Javaslatot tettem, mely piacokon valószínűsíthető leginkább a DTC megtérülése (Kemper és Mettler 2002), melyek leegyszerűsítve a jelenlegi vagy jövőbeli nagy betegszámú piacok.

Tömören vázoltam a DTC marketing eszközeit, különös tekintettel a betegségkampányra vonatkozóan (Buta 2006, Eyeforpharma 2003).

Vizsgáltam a DTC jogi szabályozását hazánkban és az Egyesült Államokban. Jóllehet az FDA részletesen szabályozza a DTC különböző típusait a tengeren túlon (GAO 2002), az interneten történő kommunikáció pontos szabályozása még várat magára.

Összevettem a DTC kommunikációt támogatók és ellenzők legfőbb érveit. A támogatók és maga az FDA érvelése szerint a betegség ismertségét növeli, a tünetek felismerését támogatja, a betegek információs igényét kontrollált módon kielégíti, segít a betegség destigmatizációjában, jobbítja az orvos-beteg kapcsolatot és a beteg-

együttműködést, aktivizálja a páciens az orvos felkeresésére (RMI 2000, Express Scripts 2001, Prevention Magazine 2002, FDA 2003, Mintel 2005). Az ellenzők, fogyasztói csoportok, Frist szenátor véleménye alapján nyomást gyakorol az orvos gyógyszerválasztására, egyes szerek indokolatlanul magas használatát ösztönzi, a gyógyszerárakat növeli, az egészségügyi kiadásokat gerjeszti, és nem létező szükségletet teremt (NIHM 2001, GAO 2002, Scrip Reports 2002, Mintzes 2003, Scrip 2004). Legvégül azt a következtetést vontam le, hogy egyes adatok kiemelése helyett komplex gazdaságossági számításokat szükséges végezni annak megállapítására, hogy a beteg érdekeit középpontba helyező betegségkampány, a kvázi DTC haszna hosszú távon magasabb-e a rövid távú kiadásokénál.

Az elméleti rész második blokkjában, „A depresszió bemutatása” részben a depresszió betegség és a hozzá szorosan kapcsolódó területeket tekintetem át, melyek az értekezés eredményeinek értelmezéséhez elengedhetetlenek. Ehhez a pszichiátria hazai és külföldi szaktekintélyeinek tekintélyes mennyiségű klinikai vizsgálatait, tanulmányait és szakcikkeit tanulmányoztam át.

Bemutattam a betegség fogalmát több neves szerző megfogalmazásában (Riemann 1998, Szádóczky 1998, Faludi 2003, Abonyi et al. 2004, Pszichiátriai Szakmai Kollégium 2005, Rihmer 2005a, Santos et al. 2006), és tüneteit az amerikai és a hazánkban használatos két diagnosztikai rendszerben (A DSM-IV. Diagnosztikai kritériumai 1997, BNO-10 Zsebkönyv 2004).

Összehasonlítottam az amerikai, az európai és a hazai depresszió epidemiológiai adatokat, miszerint a betegség a vizsgált népesség nagy részét 12,8%-17,1%-át érinti élete során (Schöne és Ludwig 1993, Kessler et al. 1994, Szádóczky 2000, 2004, Spar és Rue 2003). Taglaltam a betegség kialakulásának tényezőit a WHO (2001b) és a Pszichiátria Magyar Kézikönyve (Szádóczky 1998) szerint, és a rizikó faktorait (Weissman és Klerman 1985, Reiger et al. 1993, Montgomery és Boer 2001, Alonso et al. 2004a, 2004b).

Összefoglaltam komorbiditását neurológiai és testi betegségekkel (Katona 1990, Tollefson et al. 1993, Gorman 1996/1997, Kessler et al. 1996, Wittchen 1999, Varga 2000, Goodnick és Hernandez 2000), hiszen a depresszió sokszor társbetegségként 2-87%-ban fordul elő jelentős betegcsoportokat képviselő betegségekkel.

Tanulmányoztam a betegség kezelését, a beteg útját, és kezeletlenségének problematikáját, úgymint a betegek nem fordulnak orvoshoz, nem kapnak adekvát kezelést, a társadalmi stigmatizációval szembesülnek, a betegséggel kapcsolatos tájékozottságuk és az orvos-beteg kommunikáció nem kielégítő (Priest et al. 1996, Arató

1996, Krecz 1996, Lépine et al. 1997, Ballenger et al. 1999, Motika 2000, Young et al. 2001, Szádóczky 2004, Rihmer és Angst 2004, Spar és Rue 2003, Szendi 2004, Túry 2005).

A témakör fontosságának kihangsúlyozása végett kifejtettem társadalmi és gazdasági jelentőségét és terheit: 1./ magas öngyilkossági ráta, melynél a depresszió 35-79%-ban fordul elő (Rihmer 1996, Szádóczky et al. 2000, Kumar et al. 2001, EAAD 2006) 2./ munkaképtelenség és rokkantság, a tartós aktivitás csökkenése, mely kapcsán a depresszió áll első helyen a 12 vezető kórok közül (Kessler et al. 1994, Murray és Lopez 1996, Stein 2003, Andlin-Sobockia és Wittchen 2005) 3./ életminőség romlása, mely rosszabb a depresszió esetében, mint más krónikus betegségeknél (Weihs et al. 2000, Szádóczky et al. 2001, Alonso et al. 2004c) 4./ gazdasági terhe, a mentális betegségek közül a depresszió a legmagasabb a költsége (Andlin-Sobocki et al. 2005) és tetemesebb egyes krónikus betegségeknél (Berto et al. 2000 és Druss et al. 2000).

Az értekezés befejezéseként a betegek és környezetük elérésére olyan kommunikációs modellt javasoltam, mely a többszintű közösségi alapú intervenciót ötvözi az integrált betegségkampánnyal és hitem szerint e széleskörű összefogással elkerülhető, hogy a világon 2020-ra a depresszió kerüljön a társadalmat és a beteget leginkább veszélyeztető második betegséggé.

#### **4. A KUTATÁS HIPOTÉZISEI**

A hipotézisek felállításakor alapvetően két forrásból merítettem: egyrészt az elméleti szakirodalom feldolgozásából, másrészt a más országokban elvégzett, hasonló jellegű kutatásokra támaszkodtam.

**H 1. A szakorvosok és a házi orvosok egyaránt érzékelik, hogy a betegek információs igénye növekedett az elmúlt időszakban.**

A hipotézist elfogadtuk.

**H 2. A DTC kommunikáció keretében valamennyi érintett csoport 40%-nál nagyobb arányban támogatja a betegségre vonatkozó kommunikációt.**

A hipotézist elfogadtuk.

**H 3. A depressziós betegek mielőbbi orvoshoz jutását elősegíti, ha rendelkeznek bármely ismerettel a betegségről.**

A hipotézist elfogadtuk.

- H 4. Az orvos-beteg kommunikációt segíti, ha a betegek ismerettel rendelkeznek a depresszió betegségéről.**  
A hipotézist nem fogadtuk el.
- H 5. Az orvosok tudatában vannak, hogy elsősorban az elektronikus és a nyomtatott média közvetítésével jutnak ismeretekhez a betegek a depresszióról.**  
A hipotézist elfogadtuk.
- H6. A szakorvosok többsége egyetért azzal, hogy a depresszióval kapcsolatos betegségkampányokat elsősorban az Egészségügyi Minisztériumnak kellene finanszíroznia.**  
A hipotézist elfogadtuk.
- H 7. A betegségkampányok hatását a szakorvosok többsége a növekvő betegszámban látja, mely nehezíti mindennapi munkáját.**  
A hipotézist nem fogadtuk el.
- H 8. A receptköteles gyógyszermarkák betegeknek szóló reklámját egyelőre az orvosok egy szűk köre kész elfogadni, lényegében egyetértenek a jelenlegi szabályozással.**  
A hipotézist nem fogadtuk el.
- H 9. A receptköteles gyógyszermarkák betegeknek szóló reklámját a depressziós betegek kisebbik része igényli. Elfogadják a jelenlegi helyzetet, hogy az orvos leginkább egyedül dönt a gyógyszerválasztásról.**  
A hipotézist nem fogadtuk el.

## **5. A KUTATÁS MÓDSZERTANA**

### **5.1. A kvalitatív kutatás**

A kvalitatív kutatást feltáró jellegű kutatásnak szántam, mely a problémakörök feltérképezésére alkalmas. Azt kívántam megtudni, e speciális közgazdasági és kommunikációs terület mennyire ismert és érthető a betegek és orvosok részére egyaránt, foglalkoztatják-e őket e kérdések és van-e mélyebb véleményük a témával kapcsolatosan.

E kutatást mélyinterjú technikával végeztem. A két feltételezett szélsőséges véleményt alkotók közül, a depressziós betegek és a szakorvosok köréből vettem mintát. A mélyinterjú vezérfonalát úgy szerkesztettem, hogy a kérdésekre kapott válasz összehasonlítható legyen az orvosi, és a betegekkel készült interjúkban, néhány kérdés azonban specifikusan az egyes csoportokra vonatkozzon. A lekérdezés interjúalanyonként kb.1-1.30 órát vett igénybe összesen 7 fő depressziós beteg és 6 szakorvos körében.



A kérdéseket többségében nyitott kérdések formájában tettem fel, hiszen célom volt feltárni a válaszadók ismereteit, nézeteit, érzéseit, attitűdjét a vizsgált témakörben. Az értékelő skálák közül néhány kérdésnél az 5-fokú Likert-skálát alkalmaztam.

## **5.2. A kvantitatív kutatás**

A kvantitatív kutatás során a szakorvosokon és a depressziós betegeken felül a háziorvosok köréből is mintát vettem. A valós mintanagyság a három célcsoportban:

- a./ 224 fő gyógyszeres kezelés alatt álló enyhe és közepesen depressziós beteg,
- b./ 61 fő szakorvos (pszichiáter és neurológus), akik 2007. január 16-ig eü. 90% emelt támogatással írtak fel antidepresszánt (OEP 2007a),
- c./ 100 fő háziorvos.

A szakorvosok az önkitöltő kérdőíveket a Tihanyi Neuropszichofarmakológiai Konferencián töltötték ki, a háziorvosi kérdőívet segítséggel sikerült kitöltetnünk. A betegek esetében az enyhe és a közepes depresszióban szenvedő, kezelés alatt álló járóbetegeket céloztam meg a főváros három nagy forgalmú Pszichiátriai Gondozójában, a Szent Rókus Kórházban, a Szent Imre Kórházban és a Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálatnál.

A kérdéseket többségében zárt kérdések formájában tettem fel. A nyitott kérdés viszont lehetőséget adott a válaszadóknak, hogy véleményüket szabadon kifejtthessék. Az értékelő skálák közül elsősorban az 5-fokú Likert-skálát alkalmaztuk.

A kérdőívekhez kódutasítást készítettem, és a kérdőívek adatait ez alapján rögzítettem. Az adatokat a mindhárom almintát magában foglaló egységes adatbázisba rendeztem. Az adatok elemzése az SPSS 9.0 programcsomaggal készült.

Az elemzéshez 5%-os (0.05) szignifikancia szintet választottam. Először egy- és kétváltozós elemzést végeztem, melynek célja a kutatásba bevont változók eloszlásának, szerkezetének feltárása volt, majd a többváltozós elemzések közül klaszteranalízist végeztem. A csoportok (nominális változó) közötti szignifikáns különbségek feltárására az alábbi módszereket alkalmaztam. Azon változók esetén, amelyeknél az elemzésbe bevont változó metrikus volt varianciaanalízissel (ANOVA) vizsgáltam, hogy van-e szignifikáns eltérés a csoportok között. Mivel három csoport között vizsgáltam a különbségeket, ezért post hoc tesztek elvégzésére is szükség volt, amelynél az egyik legkonzervatívabbnak számító Scheffé-próbát választottam, amely F-eloszlást használ. Amikor a vizsgálatba bevont másik változó is nominális volt, kereszttábla elemzést alkalmaztam, hogy

megállapíthatom, hogy fennáll-e a két változó között az összefüggés. Pearson-féle Chi-négyzet próba, valamint a standardizált korrigált reziduumok értékeit vettem figyelembe az eredmények értelmezésekor.

A felmérés nem tekinthető reprezentatívnak a kérdezés helyszínei és a kiválasztás módja miatt.

## **6. A KUTATÁS EREDMÉNYEI**

### **6.1. A kvalitatív kutatás eredményei**

A kvalitatív eredményekből látszik, hogy a betegek és az orvosok véleménye szerint is a tájékoztatás fokának növelése segítené a betegeket abban, hogy hamarabb forduljanak orvoshoz. A növekvő tájékoztatás hatására nőne a betegforgalom, melyet az orvosok nem tudnák eredményesen kezelni. Azonban ha nőne a tájékoztatás foka, kevesebb időt kellene szánni a beteg tájékoztatására a rendelés keretein belül. E kutatásból kiderült, hogy az enyhe és középsúlyos depressziós periódusban levő betegek motiváltak az információk befogadására, amely szintén segítené a mihamarabbi felismerést és hatékonyabb kezelést. Fontos lenne a betegség stigmatizált jellegének megváltoztatása is, mivel ez szintén segítené a korábbi orvoshoz fordulást. A kvalitatív szakasz eredményei számos érdekes felvetést adtak, melyekből a hipotéziseket megfogalmaztam. A kvantitatív szakaszban azt vizsgáltam, hogy ezen felvetések valóban beigazolódnak-e.

### **6.2. A kvantitatív kutatás eredményei**

#### **6.2.1. A depressziós betegek útja**

A kutatás fő témájához fontos feltárni, hogy a depressziós beteg milyen utat jár be a tünetek észlelésétől, azok felismerésétől a szakszerű ellátásig.

A betegek közel fele (46%) saját bevallása szerint családjával, valamelyik családtagjával osztotta meg először problémáját, tüneteit már csaknem 1 évvel korábban, hogy orvoshoz fordult. Azonban e laikusok a megfelelő tájékozottság hiánya, vagy az előítéletek miatt nem segíthetik kellő hatékonysággal a beteg orvoshoz jutását. A tünetek első jelentkezése és az orvosi segítség között eltelt idő tekintetében a háziorvosi és szakorvosi alminták szignifikánsan alacsonyabbak, mint a depressziós betegek esetében (6 hónap vs. 9 hónap vs. 1 év 10 hónap). Ez aláhúzza a depresszióval kapcsolatos laikus tájékoztatás fontosságát, mivel a tájékozott családtag biztatása, segítsége gyorsíthatná az

orvos bevonását a kezelésbe. Abban a tekintetben, hogy az első orvosi segítség és a szakorvosi segítség között mennyi idő telik el, a csoportok között nincs szignifikáns különbség: a betegek átlagosan 11 hónapra, a házi orvosok 4 hónapra, a szakorvosok pedig 8 hónapra becslik ezt az időszakot.

Az orvoscsoportok által adott válaszok arra utalnak, hogy a betegek csak végső kétségbeesésükben, akkor fordulnak orvoshoz, amikor már nem tudják elviselni az erősödő testi és lelki tüneteket, és amikor elvesztik a reményt, hogy állapotuk magától javul.

Igyekeztem választ kapni arra, hogy milyen okokra vezethető vissza, hogy a betegek nem kérnek hamarabb, azonnal a tünetek megjelenése után szakszerű segítséget. A válaszokból úgy tűnik, hogy az orvosok - házi orvosok és szakorvosok egyaránt sokkal súlyosabbnak látják a betegek alulinformáltságát, a betegség stigmatizáló hatását, mint maguk az érintettek. A betegek megfogalmazásai azonban az sejtetik, hogy a szakszerű segítség kérését az késlelteti, hogy a beteg bagatelizálja a tüneteit, nem tudja, vagy nem akarja a szimptomákat betegségként azonosítani, illetve a depressziós megbetegedés munkahelyi stigmatizáló hatására utal, mely a munkából való elmaradást eredményezi és hátrányos helyzetbe hozhatja a foglalkoztatottakat.

A szakorvosok 56%-a egyetértett azzal az állítással, hogy azért kapnak csak később szakszerű segítséget a betegek, mert a házi orvosok nem ismerik fel a betegséget, más orvoshoz küldik őket, és elsősorban a testi tünetek kezelésére koncentrálnak.

A házi orvosok percepciója szerint a depressziós tünetekkel küzdő betegek többsége, 83%-a közvetlenül hozzá fordulnak, míg a szakorvosoknál ez az arány csak átlagban 24%-ot tesz ki. A szakorvosoknál 38% azok aránya, akiket a házi orvos küldött hozzájuk, valamint átlagosan 20%-ot képviselnek azok, akiket valamilyen más szakterületű orvos irányított pszichiáterhez, neurológushoz. A depresszió betegséget többségben a pszichiáter (48%) vagy a neurológus (7%) diagnosztizálja elsőként, a házi orvosok szerepe kisebb, őket a betegek mintegy harmada említette.

A különböző alminták által adott becslés nem tér el szignifikánsan arra vonatkozóan, hogy a depressziós betegek hány százaléka kezeletlen (47% vs. 47,5% vs. 50%). A kezeletlenség legfőbb okát a betegek és orvosok egyaránt abban látják, hogy a beteg és környezete nem ismeri fel a betegséget, emiatt pedig nem fordul időben orvoshoz. A megfelelően kontrollált és szabályozott DTC betegségkommunikáció megoldást nyújthat a betegség ismertségének növelésében.

### 6.2.2. Orvos-beteg kommunikáció a depresszió betegségről

Az orvos-beteg kommunikáció kiindulópontja a depressziós beteg ismeretanyaga a betegségről, amikor először fordul tüneteivel orvoshoz. Megvizsgáltam a betegek és orvosok percepcióját az első vizit hosszáról, a tájékoztatással eltöltött idő hosszáról és tartalmáról, a páciensek információs igényének tendenciájáról.

A mintába bekerült depressziós betegek 26%-a úgy nyilatkozott, hogy semmit sem tudott a depresszió betegségről, amikor először orvoshoz fordult. Többségük már hallott róla egy keveset (33%) illetve közepes mennyiségű információval (36%) rendelkezett. Az orvosok (szakorvosok és házi orvosok) véleménye különbözik a betegek önképétől: egyfelől jobbnak ítélik a helyzetet, 7%-uk gondolja azt, hogy a beteg előtte még semmit sem hallott a depresszióról, másfelől általánosságban valamivel kisebb tudást feltételeznek.

Megvizsgáltam, hogy mutat-e összefüggést az, hogy a beteg a tünetek megjelenése után mennyi idő elteltével fordult orvoshoz és az, hogy hallott-e bármit korábban a depresszióról. Varianciaanalízissal összehasonlítottam azok orvosi segítségig eltelt idejét, akik saját bevallásuk szerint semmit nem tudtak a depresszióról azokéval, akik kevés ismerettel rendelkeztek az orvoshoz forduláskor. A vizsgálat igazolta azt a feltevést, miszerint a depresszió betegségről való tájékozottság, ismeret segíti az orvoshoz fordulást. A betegségről semmit sem tudók körében átlagosan 3 év és 1 hónap telt el, mire ellátáshoz jutottak, amely szintén a depresszió ismeretterjesztésének fontosságát igazolja. Ennél szignifikánsan alacsonyabb a depresszióról legalább némi információval rendelkezők körében kapott átlagérték (1 év 10 hónap).

A betegek és az orvosok percepciója nagyon különböző arról, hogy a beteg az első vizit alkalmával milyen tájékoztatást kap. Általánosságban elmondható, hogy az orvosok - különösen a szakorvosok - többsége úgy gondolja, hogy az első vizit alkalmával elmagyarázza a betegnek a depresszió jelentését, okát, felvilágosítja a lehetséges terápiákról, elmagyarázza a gyógyszerekkel kapcsolatos tudnivalókat. Ezzel szemben a betegek jóval kisebb hányada emlékszik úgy, hogy hozzájutott ezekhez az információkhoz. Valószínűsíthető, hogy az orvosok válaszai normatívak, tudatában vannak ugyan az általuk is helyesnek tekintett elveknek, de nem minden esetben tudnak eszerint eljárni. Az is előfordulhat, hogy bár az orvos úgy emlékszik minden fontosat megosztott a betegével, a páciens valójában nem teljesen érti meg a számára releváns információkat, ezért később nem is emlékszik a beszélgetés ezen szakaszára. A szakorvosok megközelítőleg egyharmada vallotta azt, hogy bevonja pácienseit a gyógyszer kiválasztásába.

Az első vizit érzékelt időtartama is szignifikánsan eltér az egyes csoportokban. A varianciaanalízis a csoportok között szignifikáns eltérést mutatott, ezért Scheffé próbát végeztem, amely azt az eredményt hozta, hogy a depressziós betegek időtartamra vonatkozó becslése szignifikánsan alacsonyabb (átlag =28 perc), mint a szakorvosoké (átlag=38 perc), vagy a házi orvosoké (átlag=19 perc).

A megkérdezett betegek percepciója szerint az első vizit során a betegségről és terápiáról való tájékoztatással töltött idő a legmagasabb (átlag=23 perc, szórás=13,15 perc), átlagosan az első vizit 82%-át teszi ki. A szakorvosok és házi orvosok ezzel szemben átlagosan 12 percről számoltak be. Az ideálisan tájékoztatásra fordítandó idő átlaga minden csoportban meghaladja a jelenlegi vagy a korábbi tapasztalatok alapján becsült időtartamot. A megkérdezett betegek szerint az orvosnak átlagban 32 percet kellene ezzel töltenie. Mivel a jelenlegi egészségügyi gyakorlatban az orvosok nem tudnak elegendő időt fordítani a beteg tájékoztatására, segíthetné a rendelkezésre álló idő tartalmasabb felhasználását, ha a beteg bizonyos mértékig tájékozott lenne. A szakorvosok, és a házi orvosok többsége (84% és 73%) úgy véli, hogy a betegek a depresszióra vonatkozó tájékoztatási igénye nőtt az utóbbi időben. Ennek alapján általánosnak tekinthetjük, hogy a betegek a korábbiaknál jobban igénylik tájékoztatásukat betegségükről, helyzetükről, lehetőségeikről, esetleg a lehetséges terápiás megoldásokról is.

### **6.2.3. Antidepresszánsok szedésével kapcsolatos attitűdök**

Az antidepresszánsokkal szemben elvárások tekintetében minden csoportban a hatékonyság, vagyis a tünetek megszüntetése, a kevés mellékhatás a legfontosabb. Érdekes, hogy a szignifikancia vizsgálatok szerint a házi orvosok és a szakorvosok egyaránt nagyobb elvárásokat feltételeznek a páciensekről, azonban alulbecsülik a betegek részletes gyógyszer-tájékoztatóra való nyitottságát.

A gyógyszer dobozában található beteg-tájékoztató tekintetében az orvosok kevesebb érdeklődést feltételeznek a betegről, hogy elolvassák és meg is értik a tájékoztatót, mint ahogy azt a betegek percepciója mutatja. Sokszor az orvosnak nincs ideje minden gyógyszerrel kapcsolatos kérdésre kielégítő magyarázatot adni, illetve a beteg alultájékozottságában nem tudja mit kérdezzen. A betegek egy része a vényköteles szerek reklámozásának támogatásától ennek az űrnek a betöltését reméli.

#### **6.2.4. A depresszió betegségkampányokkal kapcsolatos attitűdök**

A kutatás vizsgálta, hogy a betegek honnan szereznek információt a betegségről. Az eredmények azt jelzik, hogy az orvosok alábecsülik a média szerepét a betegek tájékozódásában, és túlbecsülik a beteg környezetében élők szerepét. A megkérdezett betegek 93%-a azonban a tömegmédiában találkozott a depresszióval kapcsolatos műsorral, cikkel. A páciensek kevesebb, mint a fele jelölte meg környezetének valamilyen tagját, mint információforrást.

A megkérdezettek a depresszió betegségkampányban a depresszió leírását, fajtáit, kezelés módjait és ingyenes depresszió információs telefonszám közzétételét igénylik. Míg a betegek szívesen látnák egy depresszióval küzdő egyén szereplését, addig a szakorvosok 49,2%-a, a háziorvosok 59,6%-a egyáltalán nem ért ezzel egyet, ahogyan az alternatív gyógymódokra vonatkozó információk szerepeltetésével sem. Mindhárom csoport szerint a szakorvosok azok, akik a leghitelesebben tudnának szólni a betegekhez e kérdésben.

A depresszió szélesebb körű kommunikációjának közvetlen hatását az orvosok a betegszám növekedésében látják. Mégis minden csoportban 90% közeli azok aránya, akik helyeslik a depresszióval foglalkozó kampányokat, mert az ismeretterjesztés segítségével fel kell hívni a társadalom és a környezet figyelmét a betegségre.

Keresztábra elemzéssel a szignifikáns eltéréseket feltárva kiderül, hogy a depressziós betegek többsége (74%) megbízhatónak tartja a médiában elhangzó tényeket, azonban a szakorvosoknak és háziorvosoknak csaknem fele (49% - 42%) kételkedve fogadja azokat, feltehetőleg a szakmai ellenőrzés feltételezett hiánya miatt.

A csoportok közel 80%-a egyetértett azzal, hogy a kampányhoz az illetékes minisztériumnak kellene pénzt biztosítani. A gyógyszercégek bevonását a finanszírozásba az orvosok 87%-a, a betegek 68%-a nem ellenzi.

#### **6.2.5. Vényköteles gyógyszerek kommunikációjával kapcsolatos attitűdök**

A vényköteles gyógyszerek kommunikációjával kapcsolatosan a vizsgált betegek véleménye megosztott. 56% egyetért azzal, hogy a reklámozás segítené az orvos-beteg kapcsolatot, 41% szerint a beteg beleszólhatna, hogy melyik terápia a legjobb számára, a betegek több információhoz juthatnának, ezért nem jó a reklámozást tiltó jelenlegi szabályozás és nem etikus az információt elzárni. A betegek 68%-a feleslegesnek tartja a gyógyszerek márkázott reklámozását, mivel a receptet az orvos írja fel. A szakorvosok többsége (82%) úgy gondolja, hogy ez segítené az orvos-beteg kapcsolatot, valamint a

beteg ezáltal több fontos információhoz juthatna, jóllehet az orvos dolga kiválasztani a megfelelő szert. A három alminta közül összességében a házi orvosok azok, akik a legkevésbé támogatják a vényköteles gyógyszerek reklámozását. Miután az orvos hatáskörébe tartozónak tartják a gyógyszerválasztást, másrészt a betegek részéről se igényt, se szükségletet nem érzékelnek ezen információk irányába.

Az elvégzett klaszterelemzés célja a megkérdezetteket a DTC kommunikációval kapcsolatos attitűdjük alapján homogén csoportokba sorolni. Ward-féle eljárás segítségével két klasztert hoztam létre. A klaszterek jellemzéseként az egyik klaszterbe olyan válaszadók kerültek, akik összességében pozitívan viszonyulnak a DTCA reklámozáshoz, míg a másikba azok, akik negatívak és elutasítók. Az első klaszterbe soroltak azért nem értenek egyet a jelenlegi szabályozással, mert túlnyomó részük (81%) úgy véli, hogy a DTCA reklámozás segítené, magasabb szintre emelhetné az orvos-beteg kapcsolatot. 77%-uk értett egyet azzal az állítással, hogy így a betegek több információhoz juthatnának. Többségük (65%) helyeselné, ha a beteg beleszólhatna, melyik terápia a legjobb számára, és ezt a szabad reklámozás elősegítené. Ebbe a klaszterbe került a depressziós betegek 43,4%-a, a szakorvosok 80,3%-a, a házi orvosok 47,7%-a. Az eredményekből kitűnik, hogy a vényköteles gyógyszerek reklámozása erősen megosztja a betegeket és a házi orvosokat. A szakorvosok esetén viszont elmondható, hogy többségük ebbe a klaszterbe került: azaz elfogadják, támogatják a gyógyszerek DTCA reklámozását.

A második klaszterbe, az elutasítók körébe a depressziós betegek 56,6%-a, a szakorvosok 19,7%-a, a házi orvosok 52,3%-a került. Az elutasítás elsődleges oka, hogy véleményük szerint az orvos feladata választani a gyógyszerek közül, ezért 90%-uk egyetért a jelenlegi szabályozással, és többségük feleslegesnek ítéli meg a betegek felé történő reklámozást. A két klaszterben közel megegyezik azok aránya (40% és 36%), akik szerint Magyarországon soha nem lesz engedélyezett a vényköteles gyógyszerek reklámozása.

## 7. ÚJ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK

Az értekezés újszerűségét maga a témaválasztás is adja, hiszen

1. a közgazdaságtan és az orvostudomány szeleteit kapcsolja össze, a gyógyszermarketingen belül a marketing kommunikáció és a depresszió témakörét.
2. a marketing szakemberek által kevésbé vizsgált területtel, a gyógyszermarketinggel foglalkozik. A gyógyszermarketing témáján belül Európában és hazánkban kevésbé elterjedt módszert, a magyar marketing szakértők által ez idáig nem vizsgált területet, a DTC, a betegekhez szóló kommunikációt tanulmányozza.
3. a világon és hazánkban az egyik legnagyobb társadalmi és gazdasági terhet jelentő betegséget, a depressziót és betegcsoportját vizsgálja. Jelentősége akkora, hogy a WHO és az Európai Unió által kiemelten fejlesztendő terület (Kopp 2001).
4. a társadalmi jelentősége mellett a téma gyógyszeripari súlya sem elhanyagolható. Egyfelől a betegek hatékony elérése fontos stratégiai kérdéssé vált. Másfelől az antidepresszáns piac a központi idegrendszer szegmens fontos részét adja, mely a világ gyógyszeriparának második legjelentősebb szegmense (IMS 2006b).

A kutatás újszerű eredményeket szolgáltatott az értekezés témakörét illetően.

1. A kutatás feltárta, hogy a depressziós betegek, a szakorvosok és a házi orvosok csoportja nyitott a DTC betegségkommunikáció irányába mivel a társadalom, a páciens és környezete figyelmét felhívja a betegségre. A válaszadók egyetértenek abban, hogy a kampányt az illetékes minisztériumnak kellene finanszíroznia.
2. A felmérés bemutatta a megkérdezettek percepcióját a vényköteles gyógyszerek fogyasztói reklámozása kapcsán. E téren megoszlanak a vélemények. Támogatói a reklámozás hozadékát elsősorban a beteg több információhoz való jutásában és az orvos-beteg kapcsolat javításában látják. Ellenzői szükségtelennek ítélik a reklámozást miután az orvos feladata a gyógyszerválasztás ezért egyetértenek a jelenlegi szabályozással.
3. A kutatásban beigazolódott az a nemzetközi trend, hogy hazánkban is nőtt a páciensek betegségre vonatkozó tájékoztatási igénye az orvosok percepciója alapján.
4. A kutatás rámutatott a depressziós betegek kezeletlenségének okaira. A beteg és a környezete nem ismeri fel a betegséget, a páciens bagatellizálja tüneteit ismeretek hiányában és fél a munkahelyi visszalépéstől. Illetve a szakorvosok 56%-a szerint a



- házi orvosok hiányos ismerete a depresszió kezelésében az oka, hogy a betegek nem kapnak adekvát kezelést. Ez azért nagyon jelentős megállapítás, mert a házi orvosok bevallása alapján a betegek 83%-a közvetlenül hozzájuk fordul először segítségért.
5. A felmérés megállapította, hogy a betegségről semmit sem tudók körében az orvoshoz jutás ideje hosszabb (3 év 1 hónap vs. 1 év 10 hónap), mint a valamelyest információval rendelkező betegek esetében. A kutatás bizonyította, hogy a betegségről valamelyest tájékozott betegek hamarabb fordulnak orvoshoz, amely egyértelmű indikáció arra nézve, hogy egy depresszióval foglalkozó betegségkampány segíti a kezeletlen betegek orvosi segítséghez való jutását.
  6. Arra is fény derült, hogy a páciensek 46%-a először családtagjaival osztja meg a problémáját. Szeretteiknek az első szimptóma után 1 évvel megfogalmazzák depressziós tüneteiket, mely megerősíti a betegek mellett a családtagok, a környezet megszólításának fontosságát egy betegségkampányban, hiszen tájékoztatásuk, biztatásuk gyorsíthatná a páciens orvoshoz jutását és az orvos bevonását a kezelésbe.
  7. A kutatás bemutatta az orvos-beteg kommunikáció problematikáját, melyet elsősorban az első vizit idején vizsgált. Általánosságban a betegek jóval kisebb hányada emlékezett arra, hogy hozzájutott a számára szükséges információkhoz, mint az orvosok válaszaik mutatták. Ez kiemeli az orvos és beteg által használt nyelvezet közötti szakadékot, és felhívja a figyelmet az orvosi kommunikáció javításának fontosságára és a betegek edukációjának jelentőségére.
  8. A felmérés kimutatta, hogy mindegyik vizsgált csoport kevesli a betegek felvilágosítására fordított időt a vizitek során. Bár az orvosok belátták, betegeik jobban igénylik tájékoztatásukat, mégis a napi munkában erre gyakran nincs lehetőségük. Az egészségügyi gyakorlatban az orvos-beteg limitált találkozásának idejét tartalmasabban lehetne felhasználni, ha a laikus már bizonyos mértékig tájékozottan, felkészülve menne a vizitre.
  9. A kutatás feltárta, hogy a betegek többsége, 93%-a találkozott a tömegmédiában a depresszióval kapcsolatos információval, műsorral, cikkel. Ezzel szemben az orvosok alábecsülik a média szerepét, többségük azt feltételezi, hogy a depresszióról szóló információt a beteg a környezetétől hallja. Bebizonyosodott tehát, hogy a betegeket a tömegmédián keresztül érhetjük el a leghatékonyabban, mialatt az orvos-szakma számára biztosítjuk a szakmai ellenőrzés lehetőségét azért, hogy a páciens számára kizárólag szakmailag kontrollált, valós információ juthasson el.

10. A kutatás hasznos információkat szolgáltatott egy jövőbeni betegségkampány megtervezéséhez is. Elsősorban a szakorvosok azok, akik egy kampány keretében hitelesen közvetíthetnék a páciensek felé a depresszióval kapcsolatos információkat. A betegek kérik a kampányban egy depressziós személy és ismert ember megszólalását, mely számukra a betegség destigmatizációját segítené. Emellett a kampányban igénylik a betegség tüneteinek, okának leírását, a lehetséges kezelési módoknak, alternatív gyógymódok bemutatását és ingyenes információs telefonszám üzemeltetését.
11. Az értekezés egyben modellt szolgáltat arra, hogyan lehetne hazánkban hosszú távon országosan többszintű intervenciós programot megvalósítani, a kormányzat által finanszírozott és szakmailag támogatott integrált betegségkampánnyal ötvözve a depresszió ismertségének javítása és a betegek adekvát kezeléshez jutásának elősegítése céljából.

## **8. TOVÁBBI KUTATÁSI TERÜLETEK**

E felmérés számtalan további lehetőséget ad kutatásra.

1. A kutatás kiterjeszhető a magyar lakosságra nézve reprezentatív kutatássá.
  - 1.1. Érdekesítő lenne megismerni korcsoportonként adnak-e eltérést a válaszok.
  - 1.2. Országos felmérés lévén az ország egyes régióiból kapott eredmények mutatnak-e eltérést, hasonlatosan a depresszió epidemiológiájához, miszerint Kelet-Magyarország egyes megyéiben negatívabb adatokat találunk, mint Nyugat-Magyarország más területein (Kopp és Skrabski 2006).
2. A depressziós betegek körében a kutatás mélyíthető az alábbiakkal:
  - 2.1. A fekvőbetegek és a járóbetegek meglátásainak összehasonlítása.
  - 2.2. A depresszió különböző típusaiban - enyhe, közepes és súlyos depresszióban - szenvedő betegek válaszainak egybevetése.
  - 2.3. A DSM IV. diagnosztikai besorolás szerint különféle depresszióban - szorongásos depresszió, disztímia, major depresszió - szenvedő betegek véleményének összevetése.
  - 2.4. A depressziós betegek és a krónikus betegségekből - asztma, reuma, kardiológia – szenvedő betegcsoportok válaszainak összehasonlítása. Annak kiderítése mely kérdésekben egységesek és különbözőek a betegek igényei.

- 2.5. A depressziós betegek és az életmód termékek fogyasztói véleményeinek elemzése.
- 2.6. A depressziós betegek és az egészséges népesség információs igényének összehasonlítása a betegséggel kapcsolatban.
- 2.7. A depressziós betegek és szűk környezetük információs igényének analízisa, akik mindennapjait veszélyezteteti szeretteik állapota.
- 2.8. A konkrét depresszió betegségek kampány elő- és utótesztjének elvégzése a célcsoport körében.

Fenti kutatási javaslatok hatékonyabb kommunikációt mozdítanak elő a célcsoport elérésére.

## 9. PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

### CIKK MEGJELENÉS

1. Csépe Andrea (2002): Az FMCG és Pharma marketing különbözőségei a gyakorlat szemszögéből, 52-58., *In: Alkalmazkodó Marketing, Tanulmánykötet a marketing aktuális témaköreiből*, Magyar Marketing Műhelyek VIII. Konferenciája, Keszthely, június 5-7. ISBN 9636615330
2. Csépe Andrea (2002): Az FMCG és Pharma marketing különbözőségei, 49-56., *Marketing & Menedzsment*, Egészségmarketing, XXXVI. évfolyam, 5-6. szám, ISSN 1219-03-49
3. Csépe Andrea (2003): Betegségek kampány, a TCK válfaja, 52-58., *In: Totális Marketing avagy a marketing kiteljesedése, Tanulmánykötet a marketing aktuális témaköreiből*, Magyar Marketing Műhelyek IX. Konferenciája, Keszthely, 2003. június, 4-6., ISBN 9636615799
4. Csépe Andrea (2003): Betegségek kampány, a TCK válfaja, 37-42., *Marketing & Menedzsment*, Totális Marketing, 3. szám, ISSN 1219-03-49
5. Csépe Andrea (2003): Globalization in the Pharma Industry, 29-34., *In: 4th International Conference of PhD students*, Miskolc, 11-17 August, ISBN 9636615896
6. Csépe Andrea (2004): Orvoslátogatás marketing szemmel, Marketing Oktatók Klubjának Konferenciája, Debrecen, szeptember 4-5.
7. Csépe Andrea (2004): A marketingkommunikáció a gyógyszeriparban, 36-45., *Marketing & Menedzsment*, 3. Online Marketing, ISSN 1219-03-49
8. Csépe Andrea (2004): Az egyesülés emberi erőforrás oldalról a GlaxoSmithKline-nál, Marketing Oktatók Klubjának Konferenciája, Sopron, augusztus 26-27.

9. Csépe Andrea (2005): Újrapiéziccionálás a gyógyszeriparban, 94-98., *Marketing & Menedzsment*, 2005. 4-5. szám, ISSN 1219-03-49
10. Csépe Andrea (2005): A DTC (Direct-To-Consumer) kommunikáció dilemmái az etikus termékek piacán, 155-162., *In: Józsa L.-Varsányi J.: (szerk): Marketingoktatás és kutatás a változó Európai Unióban*, Marketing Oktatók Klubjának Konferenciája, Győr, augusztus 25-26., ISBN 9637175253
11. Csépe Andrea (2005): Managing corporate communication and PR in the pharma industry, 33-39., *In: 5th International Conference of PhD students*, Miskolc, 14-20 August, ISBN 9636616760
1. Csépe Andrea (2005): A depresszió DTC (Direct-To-Consumer) kommunikáció, 41-46., KHEOPS Tudományos Konferencia, Mór, május 31., ISBN 9632298497
13. Csépe Andrea (2007): EAAD – Többszintű akcióprogram a depresszió és az öngyilkossági magatartás ellen, *In: Csépe A. (Szerk): Összefogás a depresszió ellen, Kézikönyv segítő foglalkozásúak számára*, 18-25, Budapest: Semmelweis Kiadó, 2007., 283., ISBN 9789639656680
14. Csépe Andrea, Horváth Éva, Lantos Zoltán (2007): Beteg Pirulakatedra 2. füzet, *MarketingPirula melléklete*, május, V. évfolyam 4. szám, 58., ISSN15897680

## **KÖNYV MEGJELENÉS**

1. Csépe A. (Szerkesztő) (2007): Összefogás a depresszió ellen, Kézikönyv segítő foglalkozásúaknak, Budapest: Semmelweis Kiadó, 283., ISBN 9789639656680