

SZENDEI ÁDÁM EMLÉKELŐADÁS
ADAM SZENDEI MEMORIAL LECTURE

Az egészségügyi dolgozók szerepe az egészségfejlesztésben

The role of the health care staff in health improvement

PROF. NAGYMAJTÉNYI LÁSZLÓ

SZTE ÁOK Népegészségtani Intézet

Department of Public Health Faculty of General Medicine University of Szeged

Az MHT 2014. március 26-i emlékülésén elhangzott előadás. Lecture given at the Memorial Meeting of the Hungarian Society of Hygiene (March 26 2014)

Összefoglalás: Dr. Szendei Ádám a múlt század hatvanas-hetvenes éveiben egyike volt a legismertebb orvos-közíróknak. A szerző az ő egyik könyvéből kivett idézet alapján foglalkozik azon kérdésekkel, amelyek betegellátás különböző területein, illetve a megelőzésben dolgozók által végzett egészségfejlesztésben jelenleg pozitív, esetenként pedig negatív folyamatként figyelhetők meg. Az intézet korábbi saját vizsgálatainak adataival mutat rá a hazai terápiás és/vagy prevenció egészség-tájékoztatási munka hiányosságainak a lakosság tudásanyagában kimutatható negatív következményeire. Kitér azokra a nem megfelelő tevékenységekre, amelyek az írott, a vizuális médiumokban, valamint az interneten megjelenő medicinális tárgyú anyagokban, az azokból tájékozódókat félrevezetik. Végül megfogalmazza azon javaslatokat, amelyekkel a jelenleginél hatékonyabbá lehetne tenni az egészségfejlesztést.

Kulcsszavak: Szendei, egészségfejlesztés, tájékoztatás, médiumok, internet, Egészségfejlesztési Intézet

Abstract: Dr. Ádám Szendei was one of the most popular public writers in medicinal issues in the 1960s and '70s. On the basis of a citation from one of the books by Dr. Szendei, the author analyses the problems of the various areas of therapeutic and/or preventive activities that are related to health promotion in a positive, or occasionally negative, way. Using the data of earlier studies of the Department, the faults in health-related information provided during health care and prevention in Hungary, and their consequences seen in health-related knowledge of the population, are demonstrated. Further, the inappropriateness of some stuff on medicinal topics offered by the printed and visual media, or via internet, misleading people gathering information from these sources, is covered. Finally, suggestions are formulated to help make health improvement more efficient.

Key words: Szendei, health promotion, mass media, internet, Health Promotion Offices

Mottó: Aegroto dum anima est, spes est. (Cicero)

EGÉSZSÉGTUDOMÁNY
HEALTH SCIENCE

Közlésre érkezett:

Arrived:

Elfogadva:

Accepted:

E-mail: nagymajtenyi.laszlo@med.u-szeged.hu

59/2 27-46 (2015)

59/2 27-46 (2015)

2014. szeptember 16.

September 16 2014

2014. szeptember 28.

September 29 2014

PROF. NAGYMAJTÉNYI LÁSZLÓ

SZTE Népegészségtani Intézet

6720 Szeged Dóm tér 10.

Fax: +36-62-545-120

Tel.: +36-62-545-119

Köszönöm a Magyar Higiénikusok Társasága elnöksége megtisztelő döntését, hogy nekem ítélte az ez évi dr. Szendei Ádám emlékérmet, s hogy ezen alkalomból emlékelőadást tarthatok.

Amikor megkaptam az értesítést a döntésről, először szembe kellett nézнем azzal a kérdéssel, hogy miről is szóljon az előadásom. Mint jól tudott, dr. Szendei Ádám saját korának legelismertebb orvos-közírói közé tartozott Korábbi farmakológusi kutató, majd klinikusi gyakorló orvosi munkássága tapasztalataira alapozott, sokak számára fontos témákról írt felvilágosító könyvei számos kiadást értek meg, tartalmilag s főleg az adott kérdéskör megközelítése, érthetővé tételében még ma is mértékadóknak tekinthetők. Én viszont pályafutásom során soha nem dolgoztam gyakorló orvosként.

Áttekintve a Szendei dr. által megírt munkákat, az egyik könyvében találtam egy olyan gondolatébresztő szövegrészt, amely alapját képezi az előadásnak, illetve jelen közleménynek. Az 1974-ben először kiadott, majd a Medicina által többször újra megjelentetett, „Magas a vérnyomása?” című könyvének (1) elején írta a következőket:

„Ennek a könyvnek nem kevesebb a célja, mint az, hogy a magas vérnyomásos – köznapi orvosi nyelven hipertóniás – embernek gyakran nagyon is alaptalan és indokolatlan szorongását eleve kivédje, vagy legalább mérsékelje. Hasznos ugyanis, ha az orvos tudja, hogy betege honnan, milyen forrásból tesz szert egészségügyi ismeretekre, hogy azokkal lehetőleg összhangban szolgálja paciense érdekét.

Aligha szorul külön bizonyításra, hogy az általános egészségügyi viszonyok az iskolázottsággal és a közegészségügyi kultúra jobbulásával párhuzamosan javulnak. Nyilvánvaló tehát, hogy az a beteg, aki betegsége felől tájékozott, aki tudja, milyen rendszabályokat kell betartani, hogyan kell a környezeti változásokhoz alkalmazkodni, könnyebben tudja végrehajtani az orvos utasításait. Tájékozatlanság következtében a beteg félreértheti vagy tévesen értelmezheti az orvosi utasításokat is, ezért állapota gyakran nem javul, hanem romlik.”

Ez tehát az a beteg/hozzátartozó tájékoztatási elv, tág értelemben az az egészségnevelési, egészségfejlesztési megközelítés, ahonnan a továbbiakban az általam felsorolt témákat el kívánom indítani.

A medicina, s különösen a népegészségtan/ügy területén tevékenykedők többnyire ismerik az egészségfejlesztésnek az Ottawai Charta (2) szövegében pontosan megfogalmazott – a Szendei dr. által leírt mondanivalóval szintén megcélzott – definícióját:

„Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely módot ad az embereknek, közösségeknek, egészségük fokozottabb kézben tartására és tökéletesítésére. A teljes fizikai, szellemi és szociális jóllét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy megfogalmazza és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és

környezetével változzék vagy alkalmazkodjon ahhoz. Az egészséget tehát, mint a mindennapi élet erőforrását, nem pedig mint életcél kell értelmezni. Az egészség pozitív fogalom, amely a társadalmi és egyéni erőforrásokat, valamint a testi képességeket hangsúlyozza. Az egészségfejlesztés következképpen nem csupán az egészségügyi ágazat kötelezettsége.”

Én ebbe a néhány mondatos szövegbe egy helyen – teljesen önkényesen – egy szót illesztettem bele, melyet a kiválasztott téma céljából szükségesnek tartok. A módosított definíció adott része így szól: „... kielégítse információs szükségleteit...”, azaz hozzájuthasson minden olyan adathoz, tájékoztatáshoz, amelyet a maga számára szükségesnek tart.

Ezen megfontolás alapján, hangsúlyozottan saját véleményként kerülnek megfogalmazásra a kiválasztott résztémákról az egyes gondolatok úgy, ahogy én jelenleg látom az adott problémakört.

Először – maradva a Szendei idézetnél – a betegellátás során teljesített, egy meghatározott személy konkrét betegségével összefüggő, számára vagy hozzátartozójának nyújtott tájékoztatással kívánok foglalkozni. Az természetesen nem állítható, hogy ilyenre soha nem kerül sor, de az igen, hogy ez esetenként nem kellő idejű és megfelelő tartalmú, s a laikus beteg által részleteiben nem is mindig érthető.

Személyes tapasztalatom, hogy sokszor még engem is – annak ellenére, hogy a környezetemben jól tudott, hogy nem voltam gyakorló orvos –, megállítanak, s arra kérnek, hogy magyarázzak el valamit, amit az illető egyént ellátó orvos mondott, azonban ő nem értett, s nem volt lehetőség, s sokszor idő sem annak kellő tisztázására.

Klinikus ismerőseim körében az ilyen helyzet lényegesen gyakrabban fordul elő. Ez természetesen nem egyszerű helyzet, mert többnyire a megfelelő dokumentáció hiányában, csak a kérdező által elmondottak alapján kellene szakmailag helyes és elfogadható választ adni. Ez pedig, különösen az illető szakterületen nem kellően tájékozott orvos számára, csak némi rögtönzést jelent, s ez nem igazán elfogadható megoldás.

Természetesen az sem árt, ha időnként az orvos is kérdez. Ötvenes éveiben járó, főiskolai közgazdasági diplomájú egyik ismerősöm – különböző krónikus betegségeire – az őt kezelő orvosoktól összesen 12 (!) féle gyógyszert kapott, és szedte azokat, – bár maga is soknak tartotta – attól függően, hogy mikor milyen baját érezte fokozottabban. Egyik kolléga sem érdeklődött egyszer sem, hogy vajon szed-e más gyógyszert azon kívül, amiket felírt, s ő pedig, nem medicinális végzettséggel rendelkezvén, honnan tudhatna a gyógyszer interakciókról.

Az gondozás nehézsége nem csak a leírt helyzet, hanem az is, hogy ilyenkor a beteg és/vagy a hozzátartozó, ha nem kap választ a kérdéseire, kételyeire, más megoldást nem látván, keresgélgni kezd az interneten. A hálózaton ma már lényegében minden megtalálható, beleértve a különböző szakmai folyóiratokban megjelenő megfelelő cikkeket is. Tekintettel

azonban arra, hogy ezek többsége angol nyelvű és speciális szaknyelvet használ, a hazai lakosság túlnyomó része számára tartalmilag valójában nem hozzáférhető. Így számukra forrásként általában csak a magyar nyelvű honlapok maradnak.

Az előadásomban felsoroltam néhány témakört, amelyekkel foglalkozó honlapokon, olyan diagnosztikus és terápiás tevékenységek vannak felsorolva, pozitív hangnemben, azokat hatékonyan beállítva, amelyekről valóságtartalmukat tényként igazoló, „evidence based” adatok az orvosi szakirodalomban – állításaik ellenére – nem találhatók meg. (Az esetleges jogi összeütközések elkerülése céljából az akkor említett példákat itt nem nevesítem meg.) Ráadásul meggyőző előadási módjuk miatt elvonhatják a betegek egy részét a számukra ténylegesen szükséges orvosi diagnosztikától és terápiától.

Igaz az is, hogy vannak olyan honlapok, bár ezeknek száma lényegesen kevesebb, ahol szakmailag kifogástalan módon megírt tartalmú anyagok szerepelnek, s néhányuk esetében kérdéseket is fel lehet tenni, melyekre az adott válaszok többnyire kielégítőek, és főleg érthetőek. Az előadásra készülve számos ilyen találtam, melyekre szívesen tennék konkrét utalást, de ez egyfajta reklámozás lenne, amely ebben a formában nem megengedhető.

Találkoztam az interneten olyan tájékoztatással is, ahol – néha ingyenesen, máskor fizetős (nem túl magas, de öt számjegyű) belépődíjat szedve – előadásokat hirdetve népszerűsítették az általuk alkalmazott diagnosztikus, terápiás tevékenységüket, egyes esetekben a tényleges gyógyító beavatkozásokat csak kiegészítő folyamatként bemutatva. Ezek egy részénél, anyagaik átolvasása után, hangsúlyozni kell, hogy a szemléltetett, tudományos formában megírt ismertetőikből a tényszerű, a leírtakat alátámasztó, objektív kutatási adatok hiányoznak.

A tájékoztatások, hogy léteznek az általuk tárgyalt diagnosztikus módszert, illetve gyógyító beavatkozást alátámasztó humán vizsgálati adatok, többnyire valamely – sokszor nem konkretizált – ázsiai országból, viszont az orvosi szakirodalomban sehol nem lelhetők fel, a hirdetett tevékenységek hatékonyságát szakmailag nem igazolják. A hol súlyos, esetenként a kevésbé komoly, de az életminőséget rontó betegségük miatt aggódó laikus személyek számára azonban – sajnos – ezek tartalmilag és formailag is „megetethető” média anyagot jelentenek.

Éppen erre hivatkozva hozott ez év tavaszán a Gazdasági Versenyhivatal példaértékű büntető döntést, megállapítva, hogy az érintett cég tisztességtelen kereskedelmi gyakorlatot folytatott, s mivel a forgalmazott termékeik élelmiszernek minősülő étrend-kiegészítők voltak, így az ágazati jogszabályok szerint tilos azokról terápiás, betegségmegelőző hatásra vonatkozó állítások közzététele. A hivatal a bírság meghatározásánál súlyosbító körülményként vette figyelembe, hogy a hosszú idejű reklámozás következtében az

ismertetőik széles körű fogyasztói réteghez jutottak el, s a vállalkozás az egészségügyi problémákkal küzdő, sérülékeny fogyasztói réteget célozta meg.

Tudom, hogy nem csak szakmai, de a fentiek alapján – nem egyszerű – jogi kérdés is e tevékenységek fokozott ellenőrzése. Fontos lenne megtalálni azt a szabályozási módszert, hogy az ilyen cégek által széles körben hirdetett tevékenységek csak valóban létező, megalapozott (evidence based) adatok alapján kaphatnának itthoni működési és reklámozási engedélyt. Még akkor is szükséges lenne – bár ez már szélesebb körű kérdést vet fel –, ha például az unió valamely országában az illető diagnosztikus módszer, beavatkozás, táplálék kiegészítő stb. már rendelkezik engedéllyel.

Röviden ki kell, hogy térjek – szintén nevesítés nélkül – a vizuális média egyes „köztájékoztató” jellegű, sokak által nézett műsoraira is. E programokban általában az ott felvetett egészség/betegség témakörben jártas meghívottak vannak jelen s beszélnek a kérdéstről. A rendelkezésre álló idő rövidege miatt – kiegészülve egy vagy két hozzá nem értő, vagy úgy tevő (ál)kérdezővel, aki lehet akár a riporter is – az esetek túlnyomó többségében az egész dolog áltudományossá, hatástalanná válik. A bizonyos csatornákon adott, célzottan „gyógyítási” orientáltságú programokkal kapcsolatban pedig többnyire ugyanaz állapítható meg, mint a korábban említett, nem megfelelő internetes honlapokról.

Ami az írott sajtót illeti, a lapnak a maga számára meghatározott színvonalától függenek az egészség megóvásával, a betegségek megelőzésével foglalkozó írásaik. Mindkét témában lehet számos pozitív és negatív példát találni. A kérdezz-felelek rovatok viszont többnyire csak az általánosság szintjén mozognak.

Írott formájúak a különböző reklámkiadások is, amelyek között sok egészség/betegség témával foglalkozó is van. Nyilvánvaló, hogy a lakosság különböző csoportjai ezekhez eltérő módon jutnak hozzá. Megjegyzendő viszont, hogy néha maguk a kiadványok vagy csak a bennük szereplő információk „kézről-kézre” járnak, szakmai minőségük eltérő, s mivel megjelentetésüknek különösebb előfeltétele nincs, rossz hatásaik lényegében ugyanazok, mint a korábban említett példáké.

Megítélésem szerint elítélendő tény, hogy ezekhez a negatív következményekkel járó ténykedésekhez egészségügyi végzettséggel rendelkezők, sőt esetenként még orvosok is adják a nevüket. Ennek viszont – bár nem tudom a választ, hogy hogyan lehetne megoldható –, szakmai-etikai következményeket kellene maga után vonnia, ha „evidence based” alapok nélkül reklámoznak. Vespasianus mondta ugyan, hogy „Pecunia non olet.”, a pénznek nincsen szaga, de amire ő ezt vonatkoztatta, (a fizetős utcai árnyékszékekre) abban nem volt szó egészségről és betegségről, s főleg nem az emberek tájékozatlanságával, félelmeivel, kiszolgáltatottságával való visszaéléstről.

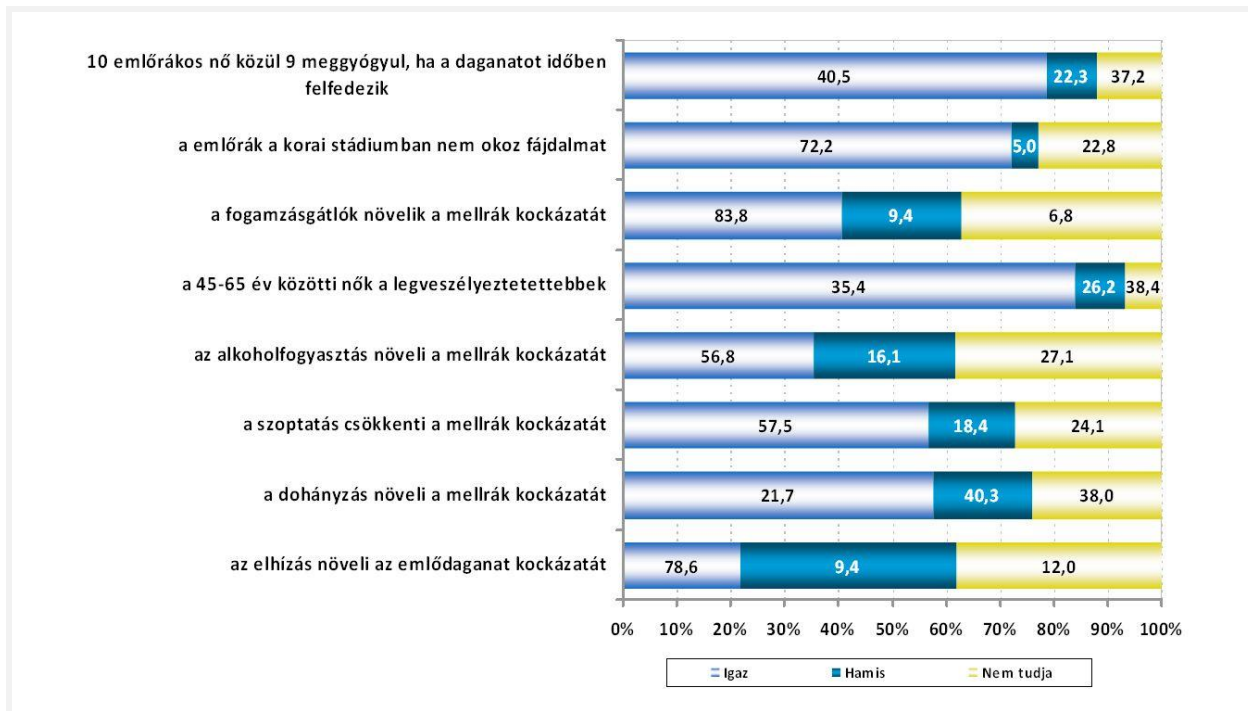
Összességében, a betegségekkel kapcsolatos tájékoztatószükségletek kielégítésének a lehetőségeiről, azt hiszem, az előbbieken alapján, túl sok pozitív megállapítás nem tehető.

A primer, szekunder és terciár prevenciósz tevékenységek hazai hatékonyságával először egyes saját, korábbi vizsgálataink adataira alapozva kívánok foglalkozni.

„Az emlődagánatok megelőzésének gyakorlata a dél-alföldi régió 25-64 éves női népessége körében” témájú, 2010-ben végzett vizsgálatunk során 1 megyeszékhely, 3 város, valamint 6 község 25-64 év közötti, $45,08 \pm 11,11$ év átlagéletkorú női lakossága körében végeztünk kérdőíves felmérést (3). A szociodemográfiai adatokra, az egészségi állapotra, az egészségmagatartásra vonatkozó témakörök mellett feltettünk a női emlő, valamint méhnyak dagánatokkal, továbbá az azok megelőzésére szolgáló szűrővizsgálatokkal kapcsolatos kérdéseket is.

A válaszoknak prevencióval foglalkozó részét kívánom kiemelni, amelyek egyáltalán nem tekinthetők pozitívoknak. A megelőzés egy bizonyos mértékét jelentő emlő önvizsgálatot az egyes életkori csoportokba tartozó megkérdezettek a következő arányokban nem végezték el –25-34 éves: 27,5%; 25-44 éves: 24,7%; 45-54 éves: 8,0%; 55-64 éves: 15,3%. Külön is hangsúlyozni kell, hogy az életkoruk előrehaladtával mind fokozottabban kockázatba kerülő, 25-44 évesek negyede nem tette meg ezt az egyszerű, rutinszerű tevékenységet. Az is elgondolkodtató, hogy még a felsőfokú végzettséggel rendelkezők 15%-a sem végez önvizsgálatot.

Anélkül, hogy részletesebben elemezném az emlőrákról megkérdezett kérdésekre adott válaszok értékeit (1. ábra), rá kell mutatnom arra, hogy – bár eltérő módon –, de milyen sok volt a „hamis”, illetve a „nem tudja” értékek aránya, még olyan témában (pl. a dohányzás szerepe) is, amelyről feltételezni lehetett, hogy arról lényegesen többen és jobban tájékozottak.



1. ábra: A kérdezett nők emlőrákkal kapcsolatos ismeretei

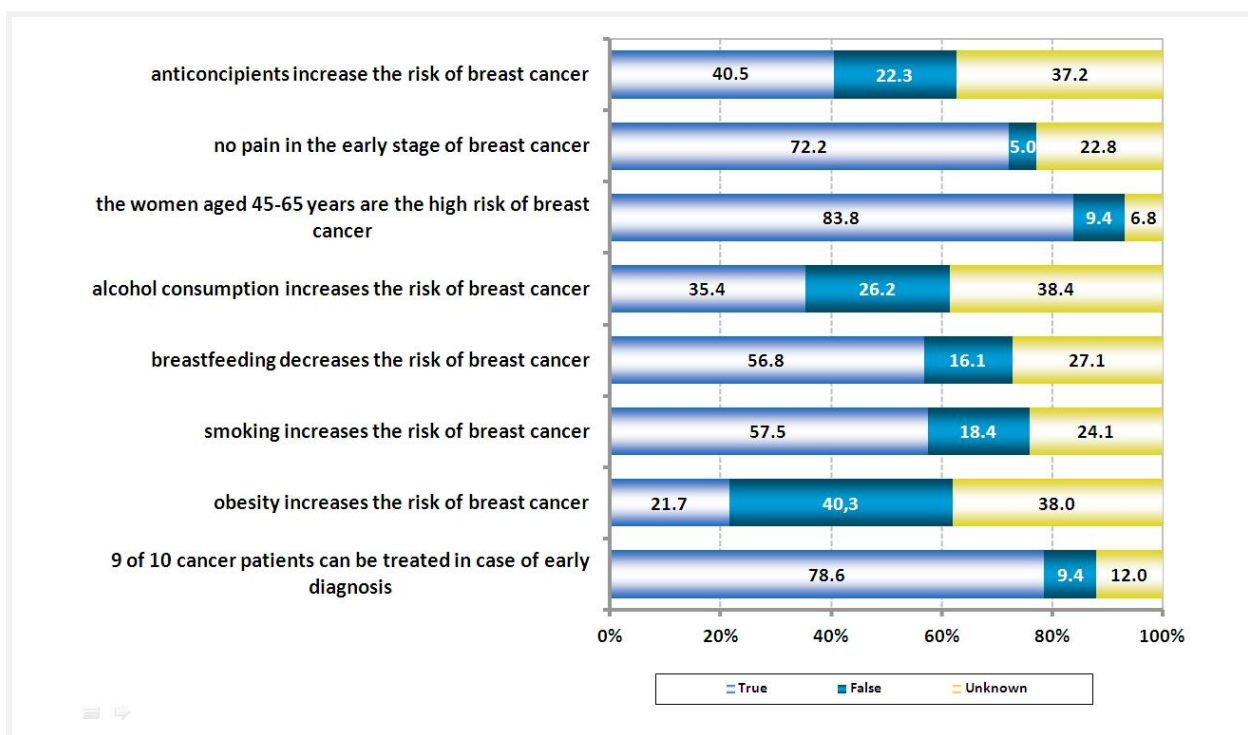
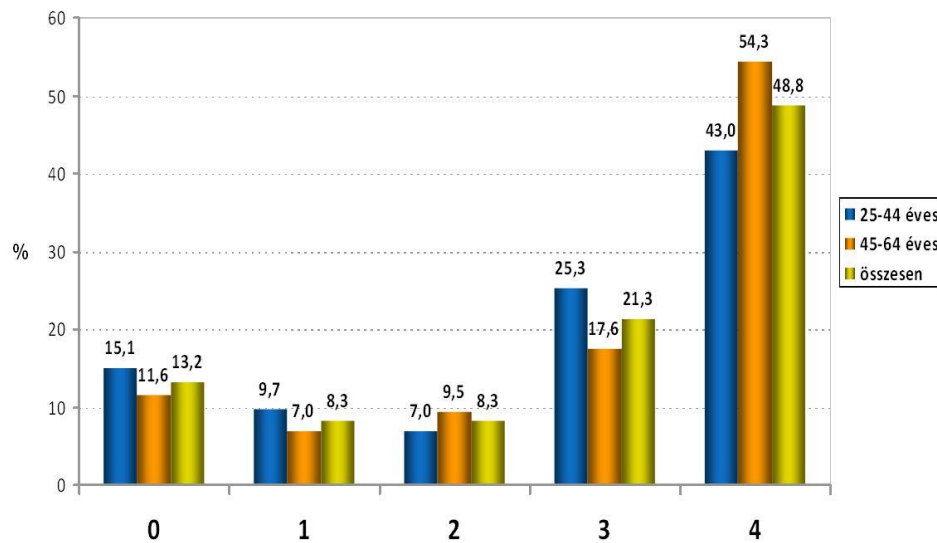


Fig 1: Knowledge of female persons on breast cancer



2. ábra: A kérdezett nők mammográfiával kapcsolatos ismeretei a személyenkénti helyes válaszok száma szerint

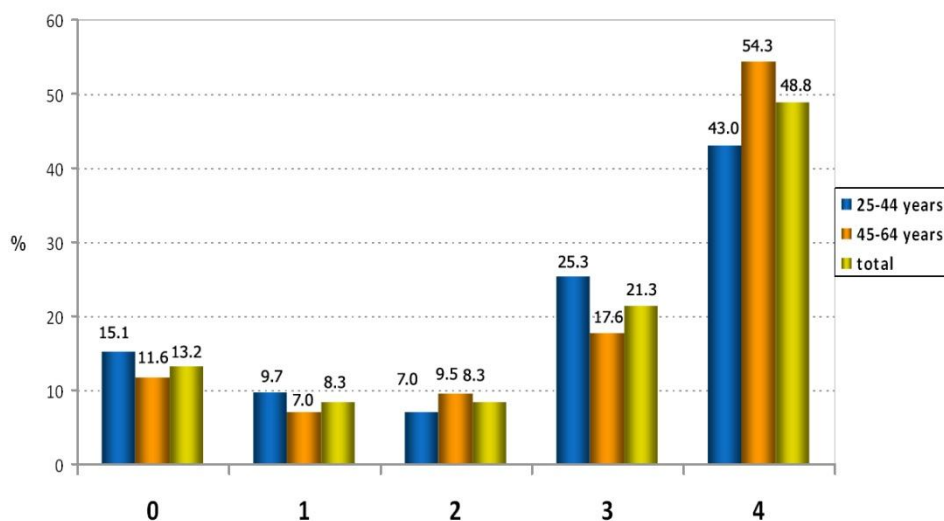


Fig. 2: Knowledge of female persons on mammography by number of correct answers per person

Hasonló módon, nem tekinthető jó eredményűnek az a tudás, amellyel a kérdezett csoport tagjai a mammográfiás vizsgálat hatékonyságára vonatkozó négy állítás esetében rendelkeztek (2. ábra). Különösen azt tartjuk problematikusnak, hogy – a kérdőívek elemzése alapján – a tudásanyagból egyes lényeges információk is hiányoztak. Azt például, hogy a módszer korán, már a kis elváltozást is kimutatja a válaszadók jelentős százaléka nem

tudta. S az, hogy mind a négy állítást csak a megkérdezettek fele ítélte meg helyesen, e témakörrel kapcsolatos felvilágosító tevékenység nem túl eredményes voltát jelezte.

Az előzőek értelmében, a daganatos nőknek a mammográfiás vizsgálatához való viszonyulása, az arra motiváló és attól visszatartó tényezőkre lebontva, nem volt meglepő. Annak ellenére, hogy bár jelentős részük a negatív eredmény ismeretében örült annak, hogy nincsen problémája, s azon tájékoztatásnak, hogyha van is, akkor a korai felismerés a gyógyulása alapját képezi, a megkérdezettek 50-60 százaléka nem bízott a módszerben, kora miatt azt nem érezte indokoltnak, elegendőnek tartotta az önvizsgálatot, félt magától a vizsgálatától, és az esetleges pozitív, azaz kóros folyamatot jelző eredménytől. Ezek a tények még inkább arra utalnak, hogy az emlődaganat megelőzésével, s a mammográfiának az abban játszott szerepével foglalkozó, rendszerszerűen, jelentős anyagi ráfordítással végzett és média támogatást is kapott hazai programok hatékonysága sok vonatkozásban megkérdőjelezhető.

Nem mutatott jobb prevenciós vonatkozású eredményeket egy másik, emlő/cervix daganat miatt terápiában részesült nőknek az egészségmagatartásával kapcsolatos kérdőíves vizsgálatunk sem (4). A szociodemográfiai és életmódi tényezők mellett elemeztük a kérdezetteknek a szűrés(ek)en való részvételét, a táplálkozási, dohányzási szokásaikat, valamint a diagnózis után az utóbbiakban bekövetkező változásokat.

A vizsgálat eredményeiből kiemelve az *I. táblázat* adatait, negatív tényként kell megállapítani, hogy a daganat diagnózisát követően a szükségszerű életmód változtatásról az érintettek kétharmada-háromnegyede sem a kezelő- vagy a házi orvosától, sem pedig más egészségügyi személytől nem kapott semmilyen tanácsot. Erre, az egyébként elfogadhatatlan tényre vezethető vissza az is, hogy a kezelés alatt álló tumoros nők, akiknek korábban 40,0%-a dohányzott ($14,9 \pm 7,8$ cigaretta/nap), 21,3%-a a diagnózis után (napi $12,5 \pm 7,4$ cigaretta/nap), és 18,1%-a még a kezelés alatt is dohányzott ($12,5 \pm 8,2$ cigaretta/nap). A tényen megdöbbenni lehetséges, de a táblázat adatai alapján csodálkozni nem, hiszen alig kaptak arról tájékoztatást, hogy helyzetükben életmódot (dohányzás, táplálkozás) kell változtatni.

I. TÁBLÁZAT: Demográfiai jellemzők, az életmód változtatásra vonatkozó tanácsok adása

TABLE I: Demographic characteristics, counselling on life style changes

Jellemzők	%
Korcsoport	
≤45 év	16,1
>45 év	83,9
Iskolai végzettség	
alapfokú	29,7
középfokú	45,4
felsőfokú	21,9
Lakóhely	
város	75,5
falu	24,5
Tumor	
emlő	37,4
nőgyógyászati	62,6
Tanács életmód-változásra a kezelőorvostól	
igen	37,4
nem	62,6
Tanács életmód-változásra a háziorvostól	
igen	21,9
nem	78,1
Tanács életmód-változásra egyéb egészségügyi személyzettől	
igen	23,9
nem	76,1

A szűrővizsgálatokkal összefüggő információszerzés jellemzőivel foglalkozó egy másik felmérésünk során összesen mintegy 600 szürendő korú, 25-64 éves nőt, illetve 45-64 éves férfit kérdeztünk meg – a szokásos szociodemográfiai, egészségi állapotot illető és egészségmagatartás adatok mellett – a daganatokat, a szűrővizsgálatokat érintő tájékozottságukról, az utóbbiakkal kapcsolatos ismereteik szintjéről és azok megszerzésének módjáról (5).

TABLE I: Demographic characteristics, counselling on life style changes

Characteristics	%
Age-groups	
≤45 years	16.1
>45 years	83.9
Educational level	
Low	29.7
Middle	45.4
High	21.9
Settlement	
Town	75.5
Village	24.5
Tumor	
Brest	37.4
Other gynecological	62.6
Advice given by specialist for lifestyle changes	
Yes	37.4
No	62.6
Advice given by GP for lifestyle changes	
Yes	21.9
No	78.1
Advice given by another member of medical staff for lifestyle changes	
Yes	23.9
No	76.1

II.TÁBLÁZAT: A szűrővizsgálatokat illető információ szerzés preferált módjai

Módszerek	Átlag pontszám	Nem szimpatikus	Kicsit szimpatikus	Nagyon szimpatikus
Telefonon információt kapni	2,07	67,5	13,2	10,3
SMS-ben információt kapni	2,13	64,9	14,6	20,5
E-mail-ben információt kapni	2,68	46,8	15,7	37,6
Interneten megjelenő hirdetések	2,51	51,2	18,9	29,9
Konkrét weboldalak	2,89	40,9	15,3	43,8
Ismert emberek beszélnek saját tapasztalatokról, betegségeikről	3,22	24,7	30,2	45,0
Súlyos betegségeket bemutató közérdekű közlemények	3,10	31,4	25,9	42,7
Levélben információt kapni	3,91	12,2	16,4	71,4
Egészségügyi személyzet felvilágosító tevékenysége	4,03	4,5	10,2	85,3
Prospektusok, tájékoztatók	3,92	10,1	16,9	73,0

TABLE II: Preferred ways of obtaining information on screenings

Methods	Average point	No sympathetic mode	Little sympathetic mode	Very sympathetic mode
Information by phone	2.07	67.5	13.2	10.3
Information by SMS	2.13	64.9	14.6	20.5
Information by e-mail	2.68	46.8	15.7	37.6
Internet advertisements	2.51	51.2	18.9	29.9
Factual web-sites	2.89	40.9	15.3	43.8
Experiences told by well-known persons	3.22	24.7	30.2	45.0
Publications of general interest about certain serious diseases	3.10	31.4	25.9	42.7
Information by letter	3.91	12.2	16.4	71.4
Informative activity of medical staff	4.03	4.5	10.2	85.3
Brochures, publications	3.92	10.1	16.9	73.0

A szűrővizsgálatokról kapható felvilágosítás különböző módszerei között, mind az 1-5 pontos skálán történő tényleges minősítések átlaga, mind pedig a szubjektív csoportosítások gyakorisága alapján az egészségügyi személyzet ilyen irányú tevékenysége mutatkozott a legalkalmasabbnak. Elfogadhatónak értékelték a levélben történő, illetve a személynek küldött tájékoztatókat, de minél személytelenebb volt a módszer, az annál alacsonyabbra minősítették. Sajnos, a jelenlegi gyakorlatban megfigyelhető mutatók viszont egyre inkább ebbe az irányba jeleznek.

Bár más vizsgálat és mintacsoport adatait tartalmazta, éppen ezért minősíthető egyértelműen rossznak az előző vizsgálatban elemzett, az egészségügyi személyzet nem megfelelő megelőző munkája.

A saját kutatások közül végül egy, a dohányzás és a dohányzásról való leszokás hazai társadalmi meghatározottságával foglalkozó, többéves országos felmérésünk adataiból idézek néhányat (6). A 7 régió 48 települése nem és életkor szerint reprezentatív, randomizált, 16-70 éves lakosságának az adatait önkitöltős kérdőíves keresztmetszeti vizsgálattal több mint 2000 kérdőívre alapozva elemeztük. A szociodemográfiai, az egészségi állapotot, az életmódot illető kérdések mellett kiemelten foglalkoztunk a dohányzási szokásokkal, a leszokási próbálkozásokkal, az aktív/passzív dohányzáshoz való viszonyulással, az azok kockázatáról való ismeretekkel, valamint a résztvevőknek dohányzást tiltó rendelkezésekről kialakult véleményével.

A rengeteg adatból csupán néhányra fókuszálva, lényegesnek mondható, hogy a nem dohányzók 92, míg a dohányzók 80 százaléka ismerte a másodlagos dohányfüst (passzív dohányzás) tüdőrákot okozó hatását, ez utóbbi érték azonban egyértelműen kevésnek mondható. 94, illetve 88 százalékos volt a kérdezettek tudása arról, hogy a dohányfüst gyermekkori légzőszervi megbetegedést okoz. Az viszont már nem tekinthető elegendőnek, hogy a nem dohányzóknak csak 70, míg a dohányzóknak kevesebb, mint 60 százaléka tudta, hogy a passzív dohányzás szív- és érrendszeri megbetegedést hozhat létre.

III. TÁBLÁZAT: A dohányzásról való leszokás támogatás egyes jellemzői

	Igen (%)	Nem (%)	Nem tudja /bizony-talan (%)
A legutóbbi próbálkozásnál kapott tanácsot orvostól, fogorvostól, más egészségügyi dolgozótól?	16,2	82,7	1,1
A legutóbbi próbálkozásnál használt-e könyvet, brossúrát, videokazettát, más segédanyagot a leszokásról?	6,0	92,9	1,1
Előfordult-e valaha, hogy egy orvos vagy más, egészségügyben dolgozó személy megkérdezte, hogy dohányzik-e?	90,8	8,1	1,1
Előfordult-e valaha, hogy egy orvos vagy más, egészségügyben dolgozó személy tanácsolta, hogy szokjon le a dohányzásról?	58,1	38,6	3,2
A legutóbbi próbálkozásnál tagja volt-e olyan csoportnak, amely annak támogatásához jött étre?	1,2	97,8	1,1
A legutóbbi próbálkozásnál családja, barátai, ismerősei támogatták-e a leszokásban?	51,4	26,2	1,9

TABLE III: Certain characteristics of the support in quitting tobacco.

	Yes (%)	No (%)	Does not know /ambiguous (%)
During the most recent quit attempt, did you receive quit smoking advice from a doctor, dentist or other health care worker?	16.2	82.7	1.1
During the most recent quit attempt, did you use books, pamphlets, video tapes or other materials on how to quit smoking?	6.0	92.9	1.1
Has a physician or other health care worker ever asked whether you smoked?	90.8	8.1	1.1
Has a physician or other health care worker ever advised you to give up smoking?	58.1	38.6	3.2
During the most recent quit attempt, did you attend a quit smoking class or group?	1.2	97.8	1.1
During the most recent quit attempt, did your family, friends or acquaintances protected you in quitting smoking?	51.4	26.2	1.9

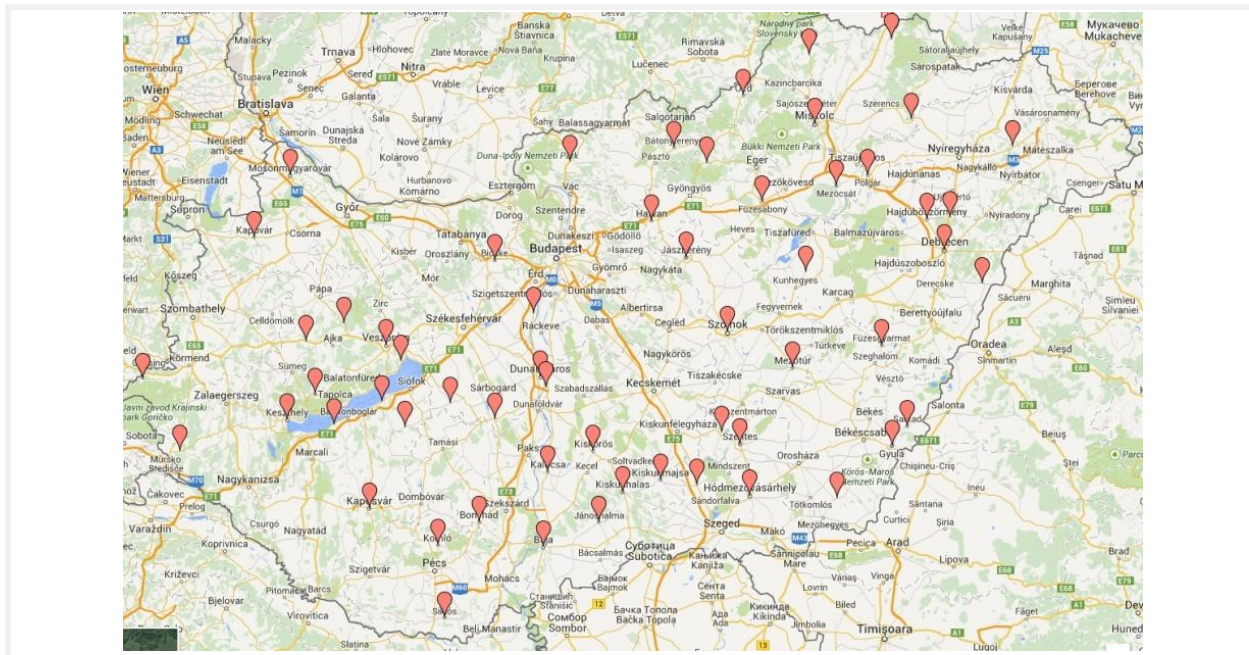
Az aktív/passzív dohányzásra vonatkozó ismeretek mellett fontos a dohányzóknak a leszokással, leszoktatással kapcsolatos tudásanyaga is. A *III. táblázat* egyértelműen arra utal, hogy e tekintetben sem megfelelő az egészségügyben dolgozók preventív munkája. Az ugyanis az egyénnel kapcsolatos adatfelvétel rutin kérdésvetése, hogy vajon dohányzik-e, s

ezt korábban a mintában levő személyek 90 százalékától meg is kérdezték. Az azonban, hogy a dohányzók kevesebb, mint 60 százaléka kapott valaha tanácsot arról, hogy le kellene szoknia, s hogy addig, míg legutóbb a közvetlen, „civil” környezetében élők több mint a fele segítette ebben, viszont az egészségügyi dolgozók, orvosok alig több mint 15%-a adott ehhez tanácsot, alapjában véve elfogadhatatlan.

A fentiekhez kapcsolódóan kell néhány gondolatot felvetni a különböző populációs szintű (kardiovaszkuláris, daganatos, légzőrendszeri stb.) megbetegedések jól ismert kockázati tényezői megelőzésére kidolgozott és véghezvitt regionális vagy országos szintű, a lakosság egy részét vagy a teljes népességet érintő prevenciók kampányokról. Az egészségügy, s főleg a népegészségügy területén dolgozóknak nem szükséges tételesen felsorolni ezeket, a különböző szlogenekkel, logókkal, „célkitűzéseket” megfogalmazó hosszabb-rövidebb magyarázó, a részvételre rábíró szövegekkel ellátott programokat.

Az elmúlt 10-15 évben tízmilliárdos nagyságrendű összegek kerültek felhasználásra a dohányzás, alkohol és drogfogyasztás által kiváltott hazai, kifejezetten negatív, kórokozóállapotok jobbá tételéhez. Ha azonban megnézzük azokat a kellő szakmai színvonalon elvégzett felmérések adatait, amelyek az ezekben bekövetkezett fejlődéseket mutatják, az lehet az érzésünk, hogy az említett kérdéskörökben lényegében semmi nem változott. A felnövekvő nemzedékben a dohányzók, alkoholizálók aránya nagyjából ugyanannyi, sőt egyes vizsgálatok szerint – a korábbiaktól alapvető eltérésként – jobban nőtt a lányok körében, elérte, esetenként meghaladta a fiúk e téren mért értékeit. S nem jobb a helyzet a drogg kérdés esetében sem, az eltérés csak annyi, hogy a „klasszikus” drogok használata helyett napjainkban egyre inkább a dizájner drogok uralják a piacot. Mi az oka a megelőzésre elköltött összegek, az elkötelezett résztvevők – általam egyébként nagyraértékelt – sok éves munkája, az újabb és újabb elképzelésekre alapozott programok csekély eredményességének? Nem érzem feladatommak ennek megválaszolását; olyan sokrétű, összetett elemzést igényelne a tényleges okok feltárása, amely jelentősen meghaladja jelen munka kereteit.

Végezetül, még egy témával kívánok foglalkozni, a kialakítás alatt álló Egészségfejlesztési Irodák (EFI) rendszerével, az interneten megtalálható, a létrehozatalukkal kapcsolatos hivatalos anyagok, illetve az egyes EFI-k saját honlapjai alapján. Ez az egészségfejlesztés területén egyes kistérségenként megszervezésre kerülő új szolgáltatási forma, amelynek igénybevételéhez nem szükséges sem beutaló, sem TAJ-kártya, s melyek közül több mint félszáz kezdte már meg, vagy fogja a közeljövőben elindítani működését az ország különböző részein, mint ahogy ezt a térkép mutatja (7)



3. ábra: Az Egészségfejlesztési Intézetek lokalizációja

Fig 3: Localization of Institutes of Health Promotion

Az EFI alkalmazásában munkatársként vagy külső tanácsadóként dolgozhat orvos, pszichológus, mentál-higiénikus, védőnő, népegészségügyi felügyelő, népegészségügyi ellenőr, egészség-fejlesztési szakirányú végzettséggel rendelkező szakember, diplomás ápoló, dietetikus, rekreációs szakember, gyógytornász stb. Látható, hogy végzettség szerint elég vegyes összetételűek lesznek az ott tevékenykedők.

A szándékok szerint az EFI-t fel lehet majd keresni, ha az illető vagy családtagja szűrési programon akar részt venni, ha egyéni tanácsadást kér, tájékoztatást szeretne kapni országos vagy helyi egészségprogramokról, ha segítségre van szüksége a testmozgással kapcsolatban, az energiaegyensúly alakításához, az alkohol-probléma kezeléséhez, a dohányzásról való leszokáshoz stb.

Az előadásra készülve, régiókénti eloszlásban megnéztem a már átadott és működő EFI-k honlapjainak jelentős részét, s véleményemet ezek alapján alakítottam ki. (Meg kell jegyezni, hogy többnek a hivatalos a megnyitó után még hónapok elteltével sem volt honlapja.)

Az intézeteket lényegében két csoportba lehet osztani. Az egyik részük esetében a kistérség kisebb vagy nagyobb méretű betegellátó intézménye adott számukra helyet, és saját tevékenységük a továbbiakban szintén annak egy kiegészítő feladatrendszerét fogja ellátni. Legalábbis a leírtak alapján erre lehet következtetni. Ennek az az előnye érzékelhető, hogy az intézmény munkatársai között nagy valószínűséggel megtalálhatók a korábban felsorolt szakterületek képviselői, így elvileg összetettebb preventív feladatokat tudnak majd ellátni. Ennek ellentmond viszont az a tény, hogy éppen ezeken a honlapokon lehetett leginkább a szokásos, „rutin” programokat látni: dohányzásról leszoktatás, fogyókúra stb. Kérdéses, hogy

a lokalizáció és a kapcsolatrendszer adta függőség által meghatározva, az intézmény dolgozóiból átirányított EFI személyzet a korábbinál valóban eredményesebb egészségfejlesztő tevékenységet tud-e majd folytatni.

A másik csoportba tartozók olyan kisebb településeken jöttek létre, ahol nincs betegellátó intézmény, csak alap-, esetleg valamilyen szakellátás. Van közöttük olyan, amely több falu közös EFI-jeként jött létre. Az ő tevékenységük számomra lényegesen színesebbnek, ötletekkel telibbnek tűnt, jelezve az ott dolgozó néhány kolléga elkötelezettségét és aktivitását. Ők az ottani körülmények, lehetőségek kihasználásával olyan programokat indítottak el, melyek valóban vonzóak az ott élők számára. Nem elfelejtve természetesen az alapvető népegészségügyi rizikókat (dohányzás, alkohol stb.) sem. Természetesen nevesítés nélkül, jó példaként tudom ajánlani ezeket az EFI honlapokat, s nyilvánvalóan a mögöttük levő kollégákat is.

Ezek után felvetődhet, hogy a felsorolt gondokat hogyan lehetne megoldani, vagy legalább is mérséklésükre törekedni.

Valójában tény, hogy az ellátó (klinikai/kórházi, szak- és alapellátási) személyzetben nincs meg, vagy sokszor csak formai az „endogén” felvilágosítási/tájékoztatási kényszer, amely egyébként ma is kötelező feladat. Kellő mértékben és rendszeresen ellenőrizni kellene, hogy nem csak külsőleges a betegek/hozzátartozók felvilágosítása. Nem kifogás a – ténylegesen létező – szakember hiány miatti fokozott leterheltség, s az a megközelítés sem, hogy ez nem valódi terápiás teendő. Az sem helytálló, hogy a beteg majd kérdez, ha szükségét érzi, hiszen azok tájékozódási igénye különböző. A beteg kóros állapota miatt, különösen, ha életkori, iskolázottsági háttere sem készíti erre, nem biztos, hogy a számára szükséges mértékben és mélységben érdeklődik. Talán a részleg vezetőknél, esetleg a betegjogi képviselőknél kellene feladatként kitűzni, hogy ellenőrizzék a felvilágosítás tényleges mértékét.

Tisztában kell lenni azzal is, – mint erre korábban már utaltam – hogy a beteg, illetve hozzátartozója, ha az ellátóktól nem kap, akkor másoktól szerez adatokat, akik lehetnek betegtársak, rokonok, az ismeretségi körhöz tartozók stb. Velük kapcsolatban egyértelmű, hogy többnyire szintén laikusok, így a tőlük kapott tájékoztatások inadekvátak.

Marad akkor az internet vagy más, hozzáférhető rendszerek, amelyeket jó lenne célszerű tartalommal és laikusok által is érthető módon és nyelvezettel összeállítani. Erre – szándékosan külföldiként kiválasztott – jó példa lehet a Mayo Klinika, vagy a CDC, (Center for Infectious Diseases.) amelyeknek honlapján – „Melyek a leggyakoribb kérdések?” címszó alatt – számos témakörben (betegségek, ártalmas hatások stb.) van részletes kérdéslista az azokra vonatkozó megfelelő válaszokkal együtt. Ilyet, betegforgalma figyelembe vételével, egy-egy nagyobb intézmény vezetése saját munkatársaival összeállíthatna.

Nem kívánok azzal foglalkozni, bár gondként utaltam rá, hogy a hazai szervezett (pl. daganat) szűréseken még mindig miért csak ilyen alacsony szintű a részvétel. Ezekről számos, részletes elemzést tartalmazó publikáció jelent meg, az azokban leírtakhoz nem tudnék sokat hozzátenni (8). Talán csak annyit, ha a mostani, hivatalos jellegű megfogalmazás/megközelítés helyett az egész rendszer egyre inkább személye szőlőbben működne, talán hatékonyabbá válhatna.

Van azonban egy olyan szűrési témakör, amit még meg szeretnék említeni, s ez az alapellátáshoz tartozó prevenciók feladatkör. Több, az alapellátás működését vizsgáló korábbi elemzés, így a KSH „Magyarország 2013” című kiadványa (9) is arra utalt, hogy „A 2009. évi európai lakossági egészségfelmérés (ELEF2009) elemzése szerint a preventív szolgáltatások megvalósulása a háziiorvosi praxisokban nagyon távol áll az ajánlásokban megfogalmazottaktól”. Így pl. vérnyomásmérések száma 2,1 millióval, a vércukorszint meghatározásé 1,6 millióval, míg a lipidszint-meghatározás 2,7 millióval kevesebb, mint amennyire a megfelelő átszűrtséghez szükség lenne. Ráadásul ez a nem kielégítő állapot országos szinten még rendkívül egyenetlen is.

Ez azért nem elfogadható, mert az alapellátásban a házi orvos által egyszerűen elvégezhető szűrések lényegében nem igényelnek különleges felszereltséget, viszont a kardiovaszkuláris betegségek, vagy a diabetes megelőzésének szempontjából egyértelműen fontosak. Ehhez viszont olyan hozzáállás is szükséges lenne, amely át tudná törni a rendelésenkénti betegszám, a növekvő adminisztráció és más tényezők okozta túlterheltséget. Ebben a helyzetben a szűrés elvégzése csak a kolléga egyéni prevenciók beállítottságától függ.

Az is tény viszont, hogy a praxishoz tartozók egy része – mert nem érzi magát betegnek – nem megy el a házi orvoshoz, s így, különösen nagyobb településeken, nem is lehet vele csak szűrési céllal kapcsolatba kerülni. Mindennek ellenére növelni kellene az alapellátás e tevékenységének mértékét, mivel e nélkül populációs szintű egészségi állapot javulás lényegében nem várható.

S éppen ebben a vonatkozásban lenne komoly feladata az EFI-knek, ha ki tudják terjeszteni tevékenységüket a már említett rutin témák mellett újabakra is. Ha megfelelő tájékoztatással rá tudják bírni a lakosság mind nagyobb részét, hogy vegyenek részt a háziiorvosi és egyéb szűréseken; ha kellő felkészültségű szakemberek meghívásával elősegítenék például a táplálék-kiegészítőkkel, a nem elfogadott szakmai háttérű diagnosztikus és terápiás tevékenységekkel kapcsolatos valóságos ismeretek megszerzését; ha különböző területek szakorvosainak meghívásával szerveznének „kérdő napokat”; stb. stb. egyértelműen hasznos részeivé válhatnának a hazai megelőzésért dolgozó rendszereknek.

Azt hiszem, a Szendei dr. munkájából kivett idézethez kapcsolódóan számos olyan kérdést érintettem, melyekben, a korábban történtek ellenére, mind a népegészségügy, mind pedig a medicina más területein dolgozó, bármely végzettséggel bíró kollégának, jelentős feladatai vannak még. De végül is legyünk optimisták, annyi betegséggel, kóros folyamattal sikerült már – ha nem is mindig teljes sikerrel – felvenni a harcot, hogy remélhető a fentiekben érintett – mostani és jövőbeli – kérdések megoldása is sikeres lesz.

IRODALOM

REFERENCES

1. *Szendei Á.*: Magas a vérnyomása? Medicina, 1974.
2. Ottavai Charta. www.oefi.hu/alapelvek.pdf(Letöltve: 2014. március 12.)
3. *Müller A., Erdős Cs., Molnár R. és mtsai.*: Az emlődaganatok megelőzésének gyakorlata a Dél-alföldi régió 25-64 éves női népessége körében. Egészségtudomány, 2012., 56, 25-41.
4. *Maróti-Nagy Á.*: Health and health related behavior and quality of life of middle- and old- aged women in Hungary. PhD Thesis, University of Szeged, 2011.
5. Nédó E., Paulik E.: Association of smoking, physical activity, and dietary habits with socioeconomic variables: a cross-sectional study in adults on both sides of the Hungarian-Romanian border., BMC Public Health, 2012, 12., 60- 68.
6. *Paulik E., Maróti-Nagy Á., Nagymajtényi L., et al.*: The role of home smoking bans in limiting exposure to secondhand tobacco smoke in Hungary, Health Educational Research, 2013, 28, 130-140.
7. www.egeszseg.hu/mi-az-az-efi/ (Letöltve: 2014. március 12. és július 3.)
8. *Döbrössy L., Kovács A., Döbrössy B. és mtsai.*: Miért kihasználatlan hazánkban a szervezett lakosságszűrés? LAM, 2010, 20, 689-693.
9. www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2013.pdf (Letöltve: 2014. július 5.)