

A szűrés-megelőzés helyzete Magyarországon

– falun és városon

Dr. Simek Ágnes

Semmelweis Egyetem, Közegészségtani Intézet

„Meg kell állapítanom, hogy hazánkban az emberek még nem veszik eléggé igénybe az orvos munkáját – olyankor, amikor egészségesek, pedig ez az ésszerű egyéni egészségpolitika.” (1) Johan Béla 1939-ben írta ezeket a sorokat.

E szellemiségnek megfelelően a két világháború között óriási lendülettel és munkabírással szervezte meg az egészségmegőrzés legkülönbözőbb formáit, a védőnői hálózat kiterjesztésétől a TBC-s betegek számára létesített elkülönítő faházakig. Felismerve, hogy a falusi közösségekben a higiénés, a tárgyi és a személyi feltételek sokkal rosszabbak, mint a városokban, a hangsúlyt a falusi egészségvédelemre fektette. (2)

Csaknem 70 évvel később Boncz Imre és munkatársai a népegészségügyi lakosságszűrés helyzetét elemezve így írnak (3): „A Nemzeti Népegészségügyi Program szűrő-megelőző tevékenysége során a megfelelő ellátás a behívás, visszahívás, követés. Ezek felelnek meg az Európai Unió irányelveinek is. Megszervezése, koordinálása, értékelése az Országos Tisztifőorvosi Hivatal feladata. Megfelelően kiépült az adminisztratív és információs rendszer a feladat teljesítéséhez.” A morbiditási-mortalitási mutatók alapján az egyik legfontosabb területről, a rosszindulatú daganatos megbetegedésekről megjegyzi, hogy talán itt a legfontosabb a primer szűrés az időfaktor jelentősége miatt. A randomizált, kettős vak-kísérletek, a kemény végpontok értékelése alapján a méhnyak, az emlő, a széklet és a vér szűrését hatásosnak, a prosztata- és a szájüregi rákszűrést bizonytalanok ítélik, míg a korai tüdőrák szűréséről elismerik, hogy hatásos módszer jelenleg nem áll rendelkezésünkre.

Pedig a *primer prevenció*, amelynek fontos eleme a szűrés, nemcsak a beteg, de az ellátók szempontjából is fontos, mivel a folyamatosan ellenőrzött és gondozott betegek körében ritkább az akut, súlyos betegséggel sürgős szakellátásra, kórházi kezelésre szoruló beteg.

Ebben a folyamatban a házi orvosnak is fontos szerep jut. Arnold Csaba professzor, a Házi Orvosi Szakmai Kollégium elnökeként jegyezte azt az ajánlást, amelyet már 1997-ben közzétettek a *Házi Orvosi Szemle* lapjain, s amely meghatározta, hogy az alapszintű ellátás minden területén szükséges és fontos a leggyakoribb betegségek szűrése. (4)

A házi orvosi praxisban történő szűrő-megelőző tevékenység ma már fontos meghatározója az egészségmegőrzésnek

és a *definitív ellátás* biztosításának. A FAKOOSZ falusi és városi lakosság körében végzett felmérése alapján lehetőségünk volt vizsgálni a szűrés-megelőzés-beteg-tájékoztatás helyzetét, a betegek elvárásait és az innováció lehetőségeit.

Anyag és módszer

8 falusi és 9 városi házi orvosi körzet betegei önkéntesen töltötték ki az egységes kérdőívet, egyedül, vagy – ha kérték – a szakasszisztens segítségével. A beérkezett 871 falusi és 983 városi beteg által kitöltött teszt egy fontos részének értékelését adjuk most közre.

1. Lakóhelyén volt-e ...

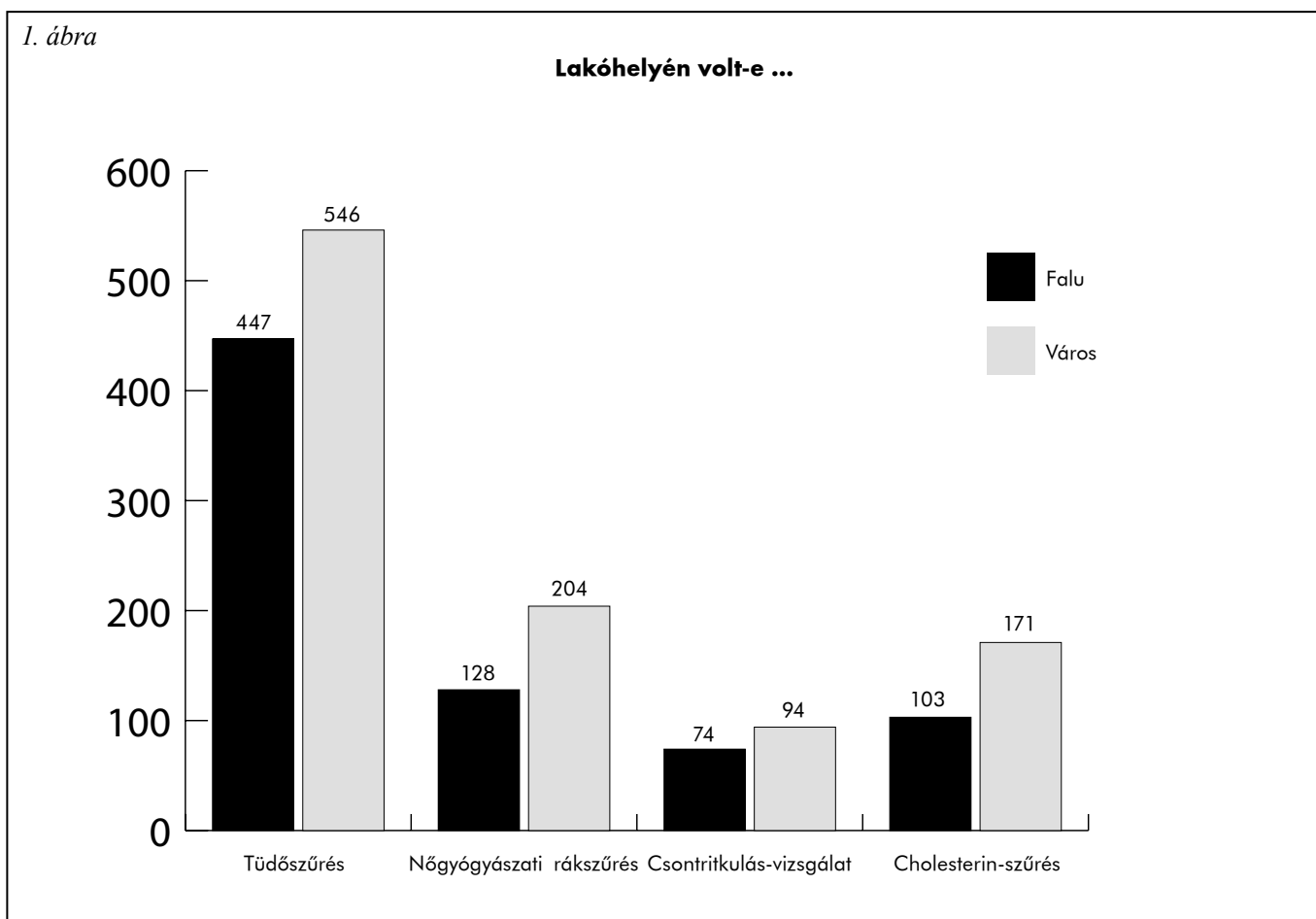
Elsőként azt kérdeztük meg, tudott-e a páciens a lakóhelyi szűrésekről. A kérdés egyben fontos mutatója a *beteg-tájékoztatásnak* is. (1. ábra)

Minden faluban, minden évben van kampányszerű tüdőszűrés és nőgyógyászati rákszűrés, *városban* pedig a kórházszakrendelő miatt *folyamatosan* adott a lehetőség.

Falun a házi orvos *egyéni szervezése*, hogy *koleszterinszűrésre* berendeli-e beteget, és a vért – esetleg saját költségén – elszállíttatja-e a városi laboratóriumba, vagy kislaboratóriumban – szintén saját költségén – maga végzi el a vizsgálatot, vagy beutalóval látja el a beteget és szakrendelésre irányítja. Saját döntése, hogy az *oszteodenzitometria* elvégzését megszervezi-e valamelyik mobilgéppel rendelkező szakellátással, vagy a közeli városnál jóval messzebb lévő oszteoporózis-centrumba küldi a beteget.

Városban ez a lehetőség rendelkezésre áll, *nagyobb arányban tudnak* is róla a betegek, mégsem az elvárható mértékben.

Az oktatás, a média és az egészségügy közös feladata kellene, hogy legyen a *felvilágosítás*, vagy legalább a lehetőség ismertetése a betegekkel. Ennél azonban sokkal fontosabb lenne, hogy a beteg tudatosan vállalja egészsége megőrzése érdekében az időráfordítást, esetleg a kényelmetlen utazást. Ez esetben már ő maga keresné a lehetőséget, hogy egészségi állapota markereit ésszerűen ellenőrizze. Az ún. *egészségtudatos magatartás* kialakítása lenne a legjobb befektetés és a leginkább *költséghatékony* eljárás. Még tovább megy



Prof. Dr. Simon Tamás, aki már kifejezetten egészségértékgazdálkodásról beszél, kifejtve, hogy a családok, oktatási intézmények felelőssége az egészség érték mivoltának tudatosítása, és ennek a tulajdonnak, mint értéknek kezelése és megőrzése. (5)

Külföldön, a fejlett demokráciákban is fontosak ezek a szűrések. Az ún. fogyasztói társadalmakban mindenütt *népbetegség a hipertónia*. Elsődleges szűrésére, megelőzésére az angol egészségügyi rendszer a betegek bevonásával, oktatásával, aktív részvételével komplex programot dolgozott ki, amelyet korunk egyik vezető orvosi szaklapja, a *JAMA* is fontosnak tartott közölni, (6) a folyamat eredményességét is elemezve.

Kovács Mária a hazánkban leggyakoribb *kardiovaszkuláris megbetegedések* terén kifejtendő házi-orvosi tevékenységet elemzi, megjegyezvén, hogy a gondozás mindig a házi-orvos és a kardiológus *közös munkája* kell, hogy legyen. (7) Szántó Ferenc cikkében a *multidiszciplináris összefogásra* hívja föl a figyelmet. Kifejti, hogy a klimax-ambulancián megjelentek rutin vérnyomás- és koleszterinszűrésén összességében 40% manifest megbetegedésben szenvedő panaszmentes beteget szűrtek ki. (8)

Hazánkban egy másik alapvető, multikauzális és multifaktoriális probléma az *alkoholizmus*. Megelőzésével komoly népbetegségeket (kardiovaszkuláris, malignus tumorok, májbetegségek) lehetne jelentősen visszaszorítani, míg szű-

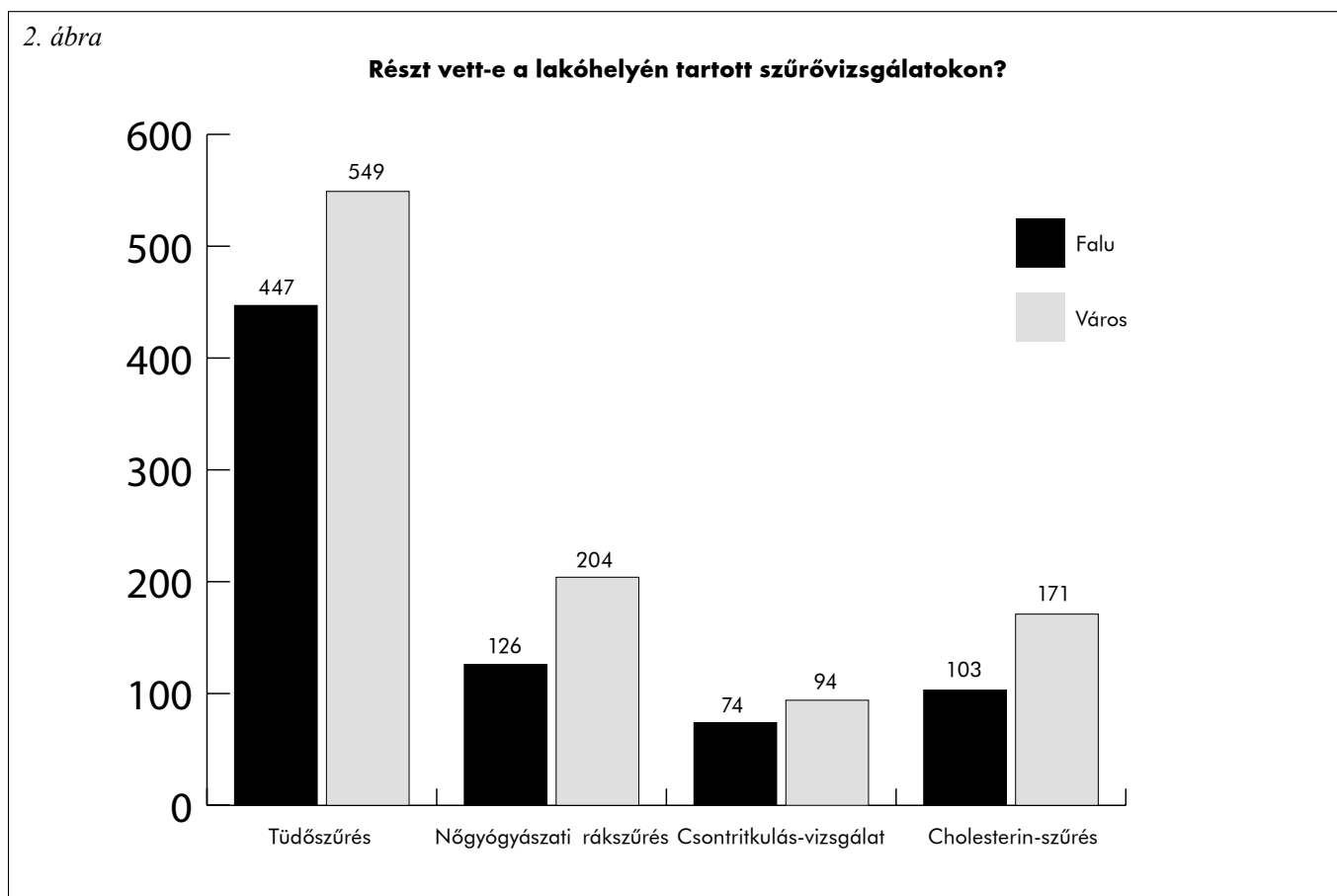
résével ezek rosszabbodását, szövödményeinek kialakulását csökkenthetjük. Morvai Veronika professzor fontosnak találja, hogy *retrográd anamnézis* formájában, gyomor-, máj- és kardiomiopátiás problémákkal jelentkező betegnél a házi-orvos kérdezzen rá az alkoholfogyasztási szokásokra. Beszámol azokról a több kiváló hazai és külföldi cikkben megjelent kutatási eredményekről, amelyek azt bizonyítják, hogy az alkoholnak kis mennyiségben kardioprotektív hatása van. Mivel azonban az individuális titrálás még nem megoldott, a hazai alkoholfogyasztási szokásokat alapul véve nem javasolja az alkohol természetes prevencióként való alkalmazását Magyarországon... (9)

2. Részt vett-e a lakóhelyén tartott szűrővizsgálatokon?

A következő kérdéssel azt kívántuk vizsgálni, vajon a szűrésre adott lehetőséget *hogyan használják ki* a betegek. (2. ábra)

Választ kaptunk arra, hogy *aki tudott a lehetőségről, az el is ment a vizsgálatokra*. A csaknem teljes átfedés – mindössze városon volt 3 beteg, aki nem tudott a tüdőszűrés lehetőségéről, mégis részt vett az átvilágításon! – még inkább felhívja a figyelmet a *tájékoztatás fontosságára* és az egészségügyön kívüli tájékoztatórendszerek lehetőségeinek célzott kihasználására. Az egészségügyi ellátó személyzet fel-

2. ábra



előssége nemcsak a beteg tájékoztatása a szűrés-megelőzés lehetőségeiről, hanem azok elfogadtatása is.

Össességében *nagyon rossz a lehetőségek kihasználtsága*, mivel az összes válaszadó mindössze 10–50%-a vett részt a helyben igénybe vehető szűrővizsgálatokon.

Tüdőszűrésen a falusi lakosok 51,4 %-a, a városi lakosok 55,6 %-a vett részt, pedig a kampányszűrés falun a helyben történő vizsgálat lehetőségét biztosítja, városon pedig egész évben folyamatosan igénybe vehető a szolgáltatás.

A *nőgyógyászati rákszűrések* terén még rosszabb a helyzet.

Hiába hívja fel *Kereszty Éva* cikkében (10) a figyelmet arra, hogy a *betegek számára létérdek* a szűréseken való részvétel, hiszen sok magas mortalitású, életminőséget rontó betegségtől vagy annak szövődményeitől menekülhet meg a beteg az idejében megkezdett terápiával.

A *Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kara Egészségügyi Menedzsment Központjának munkatársai* szomorú tényeket tártak föl (11): míg számos országban – a bevezetett citológiai szűrővizsgálat következtében – jelentős csökkenés mutatkozott, addig Magyarországon, a komplex szűrés ellenére – a citológiai vizsgálaton kívül kolposzkópos és manuális emlővizsgálatot is végeznek – mégis 500-nál több haláleset oka a későn felismert uterusz-karcinóma. Ez az 1970-es évek szintjének felel meg, megyénként 2,26–18,26%-os részvételi arány mellett.

Saját felmérésünkben falun átlagosan az érdekelt lakosság 14,4%-a, városon 20,7%-a jelent meg a szűréseken – vélhe-

tőleg az alapellátó munkacsapat jobb felvilágosító tevékenysége miatt.

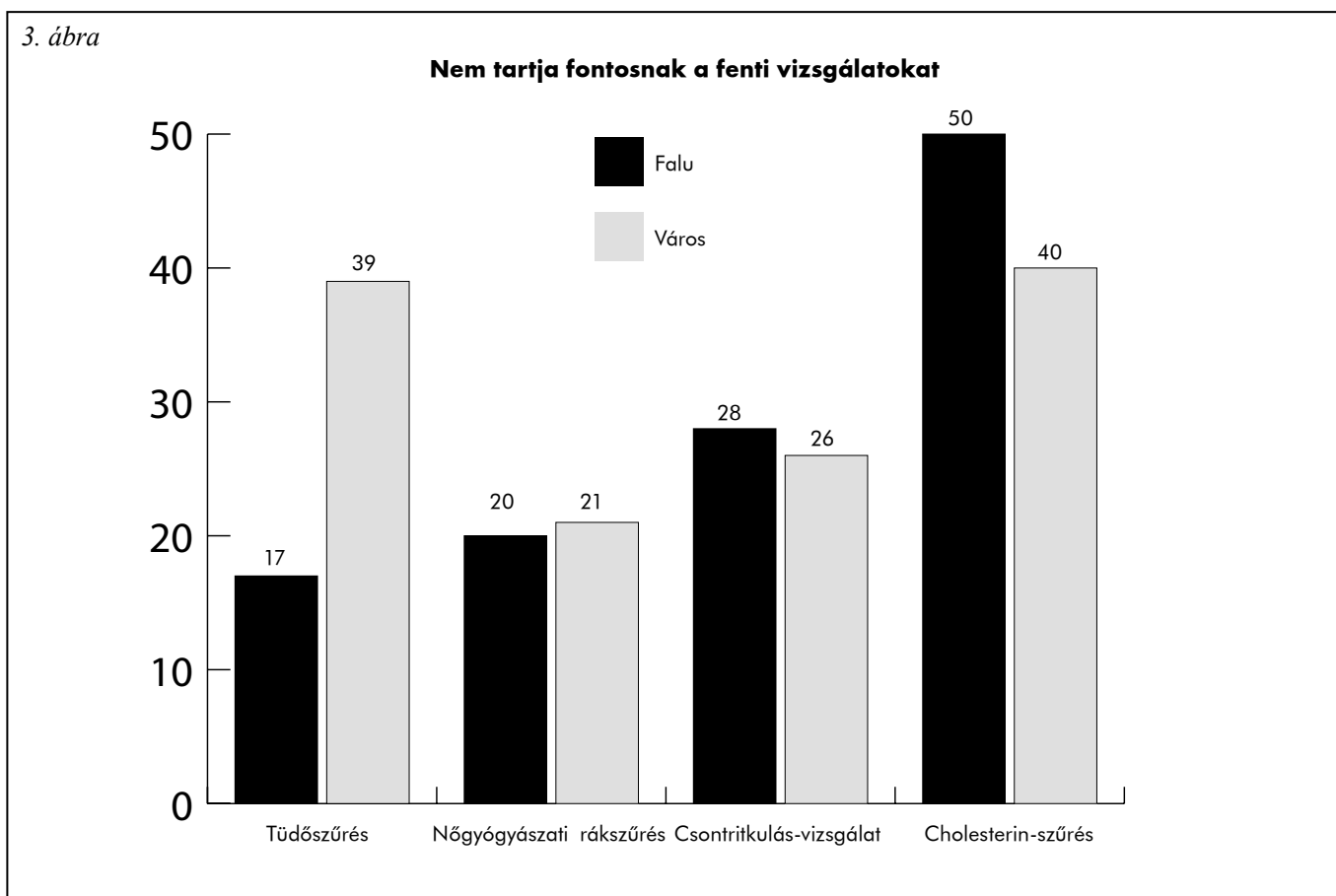
A *szerző* saját körzetében, 1995-ben végzett szűrővizsgálata során a következő eredményekre jutott: a 18 éven felüli lakosság 62,3%-a vett részt a rendelési időn kívüli, de egész évben folyamatosan igénybe vehető komplex nőgyógyászati rákszűrésen. A tünet- és panaszmentes vulvovaginitisz eseteken kívül a 323 megszűrt beteg közül négy beteget myoma uteri, három beteget 0, illetve 1.a stádiumú porció-karcinóma, négy beteget jóindulatú emlőtumor miatt kezeltünk. Jelentős eredmény, hogy a folyamatos és a körzeti orvos által végzett szűrés miatt kialakult bizalmi viszony következtében két olyan pubertáskorú leány vizsgáltunk ki és láttunk el, akiknek hosszú évek óta gondot okozott ismétlődő vulvovaginitiszük. (12)

A kisvárosokban is *kampányszűrésként*, helyben lebonyolított oszteodenzitometriás vizsgálaton falun a lakosság 8,6%-a, városon 9,5%-a vett részt. Ennél pedig már nem lehet térben és időben közelebb hozni egy műszeres vizsgálatot.

A státuszvizsgálatokhoz kötelezően elvégzendő a házi-orvosi gyakorlatban a *cholesterinszűrés*. Ennek ellenére falun a felnőtt lakosságnak csak 11,9%-a, városon 17,4%-a vette igénybe. Az adat elszomorítóbb, mert a felmérésben részt vett falusi körzetek mindegyikében megoldott volt a vér helyben történő levétele és vizsgálatra való szállítása.

Mi lehet a tálcán kínált lehetőségek elmulasztásának oka?

3. ábra



3. Nem tartja fontosnak a fenti vizsgálatokat

Sajnálatos, hogy még mindig jelentős számban vannak olyan betegek, akik *nem ismerik fel a szűrések fontosságát* saját életük alakulásában. (3. ábra)

Alacsony arányuk (falun 1,7–5,7%, városon 2,4–4,5%) jelzi a népesség alapján pozitív hozzáállását az egészségmegőrzésben való aktív részvételhez.

A lakosság egy vékony rétegénél azonban még mindig nem érték az egészség. Ezek a betegek sem ennek fontosságával, sem a kiszűrendő betegségek jelentőségével nincsenek tisztában. Éppen *az ő esetükben a legfontosabb a felvilágosítás, a tájékoztatás szerepe*, mert ők nem az elérhető vizsgálatok hiányában nem vesznek részt a szűréseken, hanem eleve elutasítják azokat.

4. Fontosnak tartja-e, hogy a gyakran előforduló betegségekre felhívják a figyelmét?

A betegtájékoztatás fontosságát hangsúlyozva a további *felvilágosítás igényét* vizsgáltuk betegeinknél. (4. ábra)

A betegek remélhetőleg nemcsak a *társadalmi elvárások* miatt adtak többnyire pozitív választ.

A *tapasztalatoknak* jobban megfelel az „Elviselem” választ adók száma, bár arányuk nem fedi a háziorvosi szűréseken megjelentek-távolmaradók arányát.

Szomorú tény azonban, hogy itt is jelentős a teljesen elutasítók aránya, noha nem is vizsgálatról, mindössze tájékoztatásról van szó. Sajnos a *teljesen elutasítók* csoportjába kell számolnunk azokat a betegeket is, akik arra sem találtak méltónak a kérdést, hogy válaszoljanak rá (falun 75,7%, városon 67,9%!). A szűrővizsgálatok számadatai és napi tapasztalataink alapján ez felel meg a lakosság szűrésekhez való viszonyának. És éppen ezt a csendes, visszahúzódó réteget kell megtalálnunk, hogy *az egészségmegőrzés a betegektől is aktivitást váró folyamatába bevonhassuk*.

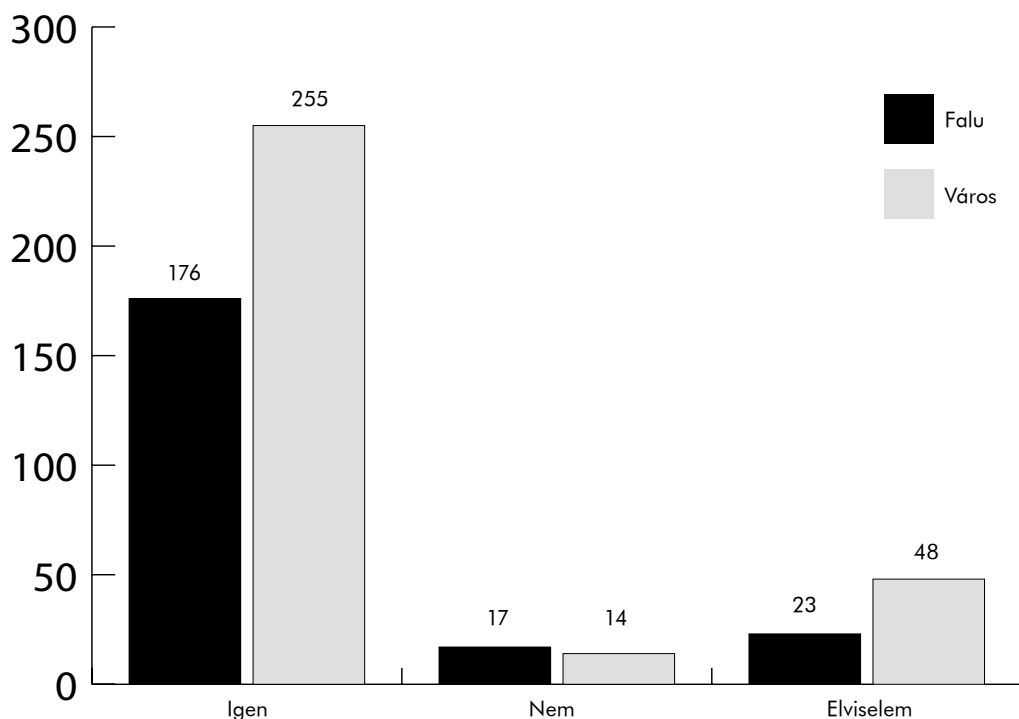
Jancsó Zoltán debreceni oktató háziorvosokból és minőségbiztosítási szakemberekből álló *csoportja* még tovább megy: fontosnak tartja, hogy nemcsak a betegségekre, hanem már a *kockázati tényezőkre* is felhívják a lakosság figyelmét. (13) Kardiovaszkuláris szűrésük során a 35 év alatti korosztályban 10%-ban találtak tünet- és panaszmentes, közepes és magas rizikójú pácienseket, míg ez az arány a 35–55 éves korosztályban 58%-ra emelkedett. A férfiak veszélyeztetettsége négyszer magasabb, mint a nőké.

Ezért is nagyon fontos a *média* tájékoztató szerepének kihasználása – a helyi újságoktól az országos televízióhálózatig –, de nem az újabban alkalmazott elriasztó, fenyegető stílusban.

Érdekes, valós problémát vet föl *Budai András és munkacsoportja* a rosszindulatú daganatos megbetegedések szűrővizsgálatainak elemzése kapcsán, éspedig a szűrés elutasítását. (14) Az elutasításnak 3 fő okát találta:

4. ábra

Fontosnak tartja-e, hogy gyakran előforduló betegségekre felhívják a figyelmét?



1. Általános okok: emberi magatartás
2. A rákbetegségek negatív megítélése
3. Szubjektív rossz tapasztalatok

A negatív attitűd megfordítására két lehetőséget lát:

1. A kor, nem, műveltség szerint megválasztott egészségnevelés, betegtájékoztatás – pozitív üzenetekkel,
2. A rosszindulatú betegségek megítélésének megváltoztatása – a nihilista szemlélet kiküszöbölése.

5. Kitől-mitől várja el, hogy a gyakran előforduló betegségekre felhívják a figyelmét?

A beteg-együttműködés színvonalát javítja, a szűrés-megelőzés hatékonyságát fokozza, ha biztosítjuk, hogy a beteg olyan formában jusson az őt érintő ismeretanyaghoz, amelyet a leginkább elfogad. (5. ábra)

A kitöltés során több választ is meg lehetett jelölni.

A háziorvosi rendelő alkalmazottaival szemben a legnagyobbak az elvárások.

A társadalom józan értékítéletét jelzi, hogy a következő helyen az elektronikus médiát jelölik meg a betegek. A nagyon eltérő számadat falun és városon pedig pontosan jelzi a médián át való tájékoztatás igénybevételének lehetőségét, és hogy annak használatát mennyivel jobban ismerik a városiak.

A betegek önmaguk jelölik meg az iskola nagyon fontos szerepét az egészségmegőrzésben, amelynek egyik fontos

eleme lehetne, hogy a megelőzés, szűrés szintjén legalább a népbetegségekkel megismerkedjenek a diákok.

A nyomtatott hírközlés változatlanul fontos a betegek számára, és ez is kiaknázatlan lehetőség. Ez a hírközlési forma azonban könnyen elérhető falun is, ezért nagyobb arányú pozitív választ vártunk.

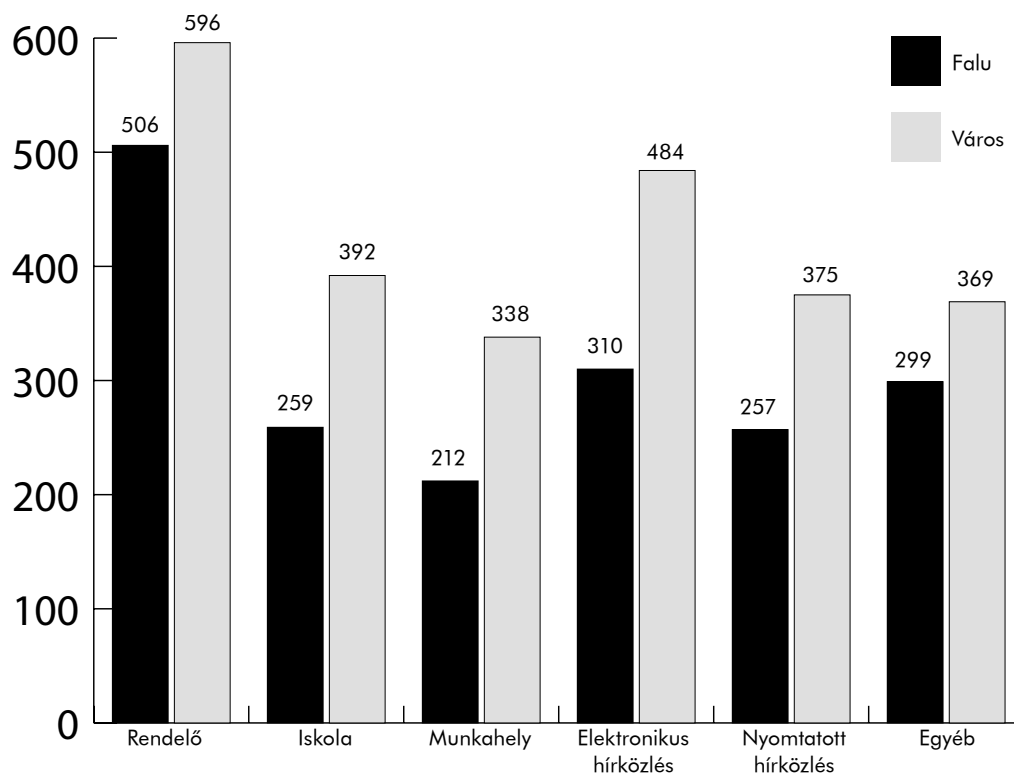
Még mindig nagy a kötődés a folyton tulajdonost váltó és megújuló munkahelyekhez. Főként falun, de kisvárosokban is elfogadott szokás volt, hogy a munkáltató egészségügyi problémákkal kapcsolatos tájékoztatást kért és kapott a terület – sokszor a munkahelyi ártalmakkal is foglalkozó – háziorvosától vagy egyéb szakembertől. A megbeszélés munkaidőben volt, 1–2 órát vett igénybe, és lehetőséget adott a dolgozóknak arra, hogy választ kapjanak az őket érintő kérdésekre. Így sok foglalkozási betegség, baleset és egyéb betegség elkerülésére, megelőzésére volt lehetőség.

Sajnálatos, hogy a mai szemléletmód mellett már sem munkaidőben, sem azon kívül nem tartanak igényt a munkáltatók ezekre a hasznos összejövetelekre. Pedig nagyon helyes szemléletet tükrözött – ti. hogy a lakosokat ott keressük föl a tájékoztatással, ahol számukra a legkönnyebben elérhető és leginkább elfogadható ez az interaktív beteg-tájékoztatási forma.

Aki információt vár, az bárhol szeretné, jelzi ezt, hogy az „Egyéb” kategóriában a faliújságtól kezdve a hirdetőoszlopig, villanyújsáig, kerítésre ragasztott ismertetőnkig változatos ötletek fordultak elő.

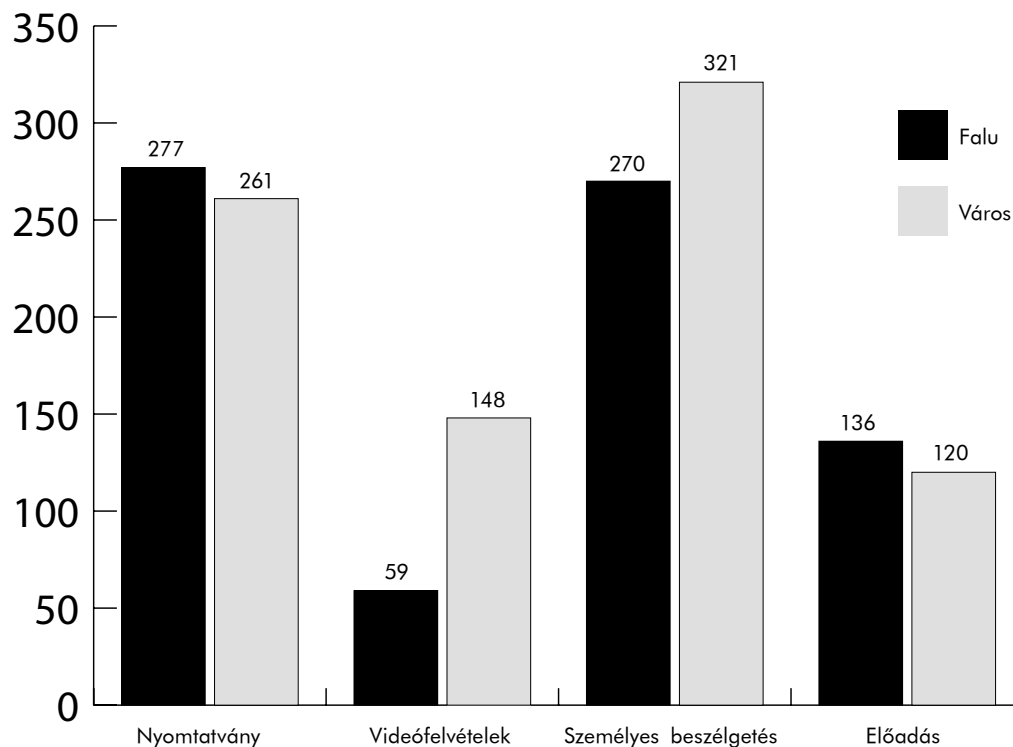
5. ábra

Kitől-mitől várja el, hogy a gyakran előforduló betegségekre felhívják a figyelmét?



6. ábra

Milyen formában fogadná legszívesebben a tájékoztató anyagokat?



6. Milyen formában fogadná legrzívesebben a tájékoztató anyagokat?

A következő kérdéssel *más oldalról* közelítettük meg a betegek tájékoztatással kapcsolatos elvárásait. (6. ábra)

Városon és falun is a *személyes kontaktust* tartják a betegek a legfontosabbnak, akár egyéni, akár csoportos beszélgetés formájában. Az egészségügyi személyzet felelősségét és lehetőségét jelzi a kiemelkedően magas elvárás a négy szemközti beszélgetésekre. A háziorvosi *rendelők beosztása* ezt *lehetővé* is teszi. A betegellátás során könnyen elláthatja a beteget akár az orvos, akár a szakápoló az egészségmegőrzéssel kapcsolatos tanácsokkal a négy szemközti beszélgetésre elkülönített helyiségben. Erre már csak *elegendő idő kell*.

A nagyobb arányú elvárás városban jelentheti, hogy a többnyire nagyobb betegforgalommal dolgozó városi kollégának kevesebb ideje jut a személyes felvilágosításra, míg a *falusi orvosnak* az egy helyen lakás miatt *több lehetősége* van a beteggel való *személyes kontaktus* kialakítására, akár a rendelőn kívül is.

Itt is detektálható az *igény a csoportos felvilágosító előadásokra*, egészségmegőrző programokra, amely a falvakban kétségtelenül könnyebben kivitelezhető tevékenység.

Szinte ugyanilyen nagy a várakozás a *nyomatott tájékoztatásra* is. Ez is könnyen megoldható feladat lenne, ha a társadalom különböző szektorai *közös feladatuknak* tekintenék a beteg tájékoztatást. A tankönyvektől kezdve a beteg tájékoztató lapocskákig rengeteg formában lehetne információt nyújtani betegek számára. Nagyon jó kezdeményezések a különböző betegségekről, azok megelőzéséről szóló *laponként fűzhető és megvásárolható könyvek*.

A *videó- és filmvetítéseket* még nagyon *kis arányban* várják és fogadják el a betegek, kimutathatóan nagyobb arányban a *városi lakosság*. Pedig az *oktatófilmek, tájékoztató előadások a televízióban* óriási lehetőségeket nyújtanak és mindig nagy érdeklődés kísérte valamennyit. Több, orvosi műszereket gyártó cég hasznos kezdeményezése, hogy televíziót, *videót* helyeznek el a *rendelők várótermeiben*, amelyek folyamatosan ismeretterjesztő, tájékoztató filmeket sugároznak, s felhívják a figyelmet az új diagnosztikai és terápiás lehetőségekre.

Az egészségmegőrzést szolgáló *rövid, emberi hangú reklámok* pedig még ma is kiaknázatlan lehetőségeket jelentenek a közszolgálati televízióban.

7. Segítik-e Önt a gyógyszergyárak által kiadott beteg tájékoztató nyomtatványok?

Nagyon sok gyógyszergyár ad ki – most már gyógyszer-név nélküli – *beteg tájékoztatókat* egyes betegségekről, azok megelőzéséről, a nem gyógyszeres terápia lehetőségeiről – természetes anyagokat, hasznos táplálékokat, otthon is kivitelezhető tornagyakorlatokat népszerűsítve. (7. ábra)

A válaszadók száma viszonylag magas, tehát nagyon sokan foglalkoznak, *találkoznak vele*. Ez a *gyógyszergyárak felelősségét* veti fel: csak valós adatokon alapuló, valóban

hasznos és használható lehetőségeket ajánljanak mindenki számára, érthető formában. A *promóciónak* a törvényalkotók számára is *elfogadható formája*, ha egy-egy gyógyszergyár az egészségmegőrzés, nem gyógyszeres terápia területén nyújtott szakszerű, pontos információkkal hívja föl magára a figyelmet.

A válaszadók nagyobb aránya *városban* jelezheti azt, hogy ott *inkább elolvassák* ezeket az anyagokat, de azt is, hogy *falun kevesebbet kell várakoznia* a betegnek, az előjegyzés lehetősége ellenére.

A következő két kérdés szorosan összefügg, és jellemző a *betegek szűrésekkel kapcsolatos attitűdjére*.

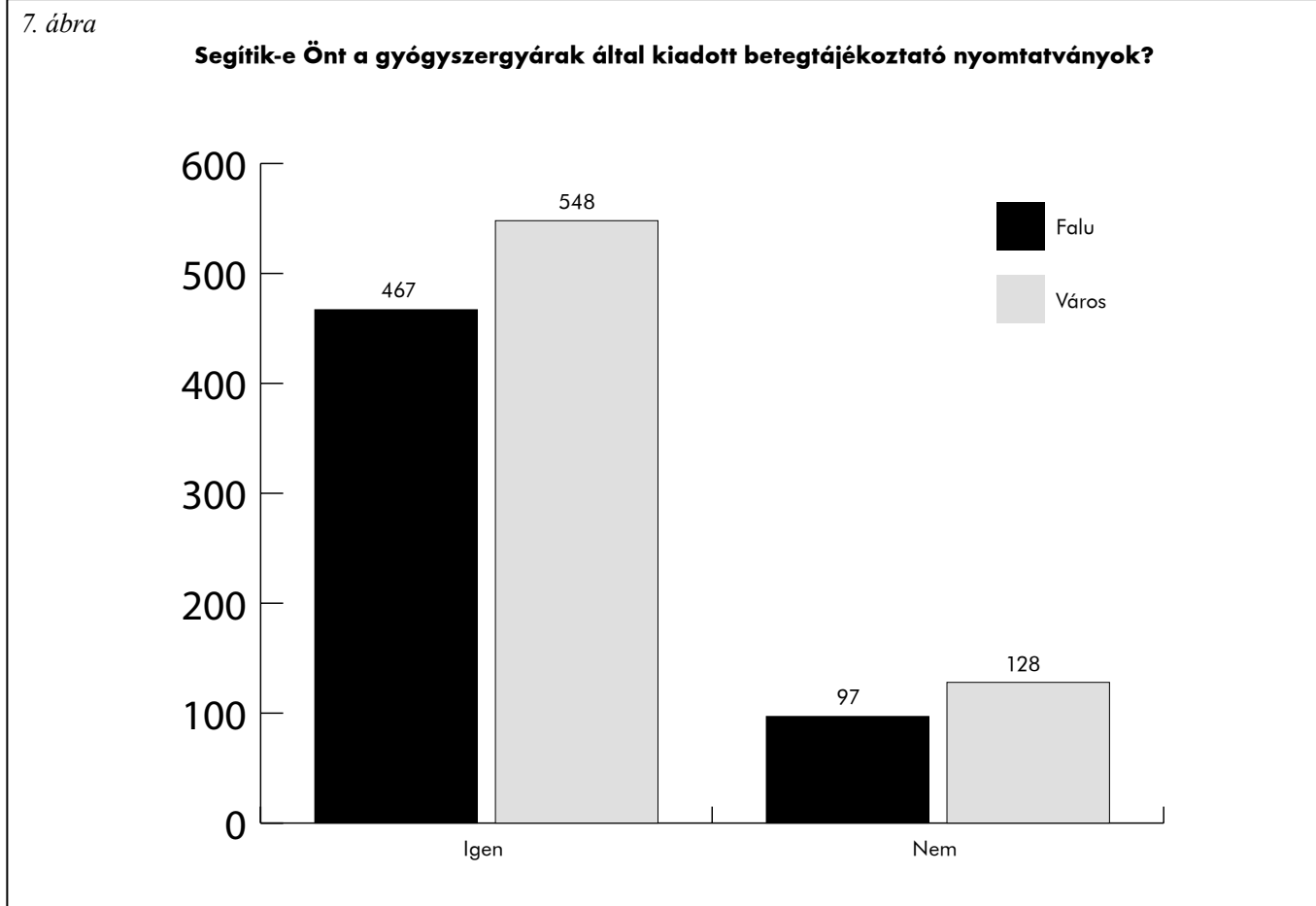
Feltételezve, hogy a beteg már minden tájékoztatást megkapott, megkérdeztük: „*Fontosnak tartja-e, hogy ezekkel a betegségekkel kapcsolatosan szűrővizsgálatokon vehessen részt?*” A falusi válaszadók 513, a városiak 588 pozitív válasza a *társadalmi elvárásoknak* megfelelő, a válaszadók kis száma azonban azt jelzi, hogy a kérdés még sokak számára nem igazán fontos. Az „*Ön elmenne ezekre a szűrővizsgálatokra?*” kérdésre adott 515 falusi és 592 városi pozitív válasz jelzi, hogy legalább a *szándék, az akarat* már megvan. Úgy látszik, még ennek a rétegnek is szüksége van egy kis támogatásra az elmélet *gyakorlatba való átültetéséhez*.

Hogy mennyire fontos a beteg tájékoztatás, a betegek ismereteinek felhasználása a szűréseken való részvétel *motiválásában*, érdekes felmérést végzett ezzel kapcsolatosan Kemény Csilla, a debreceni Társadalomorvostani Intézet habilitált oktatója. (15) A koleszterinszűrés kihasználtságát vizsgálva megállapította, hogy a szűrés hatásossága az egészségtudatos magatartástól függ, vagyis az egészségügyi ismeretektől, a betegség ismeretétől és az egészségértéktől. Kiemeli a beteg tájékoztatás meghatározó szerepét: a résztvevők 78%-a a médiából, 19%-a a családtól, szomszédoktól hallott a szűrés lehetőségéről. Ezzel meghatározza a „*társas támogató rendszer*” fogalmkörét, amelynek kiemelt szerepet tulajdonít az egészségmegőrzésben. A fiatal lakosok *motivációja* a szűrésen való részvétellel főként a kíváncsiság, a középkorúaknál inkább az egészségért érzett felelősség, míg 50 év fölött és az értelmiségiek körében inkább a betegségtől való félelem.

A szűrések egyre nagyobb feladatokat és terheket rónak a *háziorvosokra*. Minden területen alapszinten kötelező elvégezni a *primer-szekunder-tercier szűrést*, és a meglévőkhöz egyre újabb lehetőségek, kötelezettségek társulnak. Néhány érdekes színfolt a sokszínű palettáról:

Az utóbbi évtizedekben mind nagyobb szerepet kap a háziorvosi gyakorlatban a mentális funkciók figyelemmel kísérése.

Egy gyors és egyszerű szűrési lehetőségre hívja fel a figyelmet Tariska Péter professzor, az időskorúak pszichiátriájával foglalkozó jeles szakember. (16) Az életkor kitoldásával egyre gyakrabban észlelhető *mentális funkciók* romlásának vizsgálatára ajánlja a Mini-Cog gyorstesztet, amely könnyen elvégezhető akár a várakozási idő alatt is. Így legalább a másodlagos szűrés biztosított, megelőzendő a súlyosabb szövődményeket. Felhívja a figyelmet arra, hogy a tesztet képzettség szerint kell értékelni.



Egyre több *szorongó* ember keresi föl háziorvosát általános testi panasszal. A *pszichoszomatikus betegségek* terjedése a háziorvosoktól új szemlélet követel – írja magatartástudományi vizsgálatairól szóló cikkében a *Kopp Mária vezette orvoscsoport*. (17) Véleményük szerint a betegség fontosságára utal az is, hogy ez a betegcsoport a munkaképtelenség leggyakoribb oka a kardiovaszkuláris megbetegedések után. A háziorvosoknak gondolniuk kell erre a megbetegedésre minden dohányos, alkoholista, hiperkinetikus szindrómában és egyéb ritmuszavarban szenvedő betegnél. Szűrése a szuicidium megelőzésének egyik hatékony eszköze.

Kálmánchey András a háziorvosok ezen a téren, Debrecenben végzett munkáját értékelve megállapítja, hogy a *szuicidiummegelőzés* multidiszciplináris, közösségi összefogással megoldható feladat. (18) A városi kórház szakrendelője felkutató-látogató-gondozó csoportot szervezett, a háziorvosok mellett pedig lelki segélyszolgálat is segíti a munkát. Tájékoztató előadások hangzanak el nemcsak a betegeknek, de a háziorvosoknak is. A szakmai szervezeteken kívül szoros együttműködés szükséges az iskolák és az ún. „*paramedikális ellátók*” (egyházak, szociális ellátók, szegénygondozók) között.

Mi lehet tehát a megoldás?

Minden, a témában publikáló szerző egyetért abban, hogy elsődlegesen az *alapelállítás* feladata a szűrés-megelőzés megszervezése. Mint azt az előzőekben láttuk, a háziorvo-

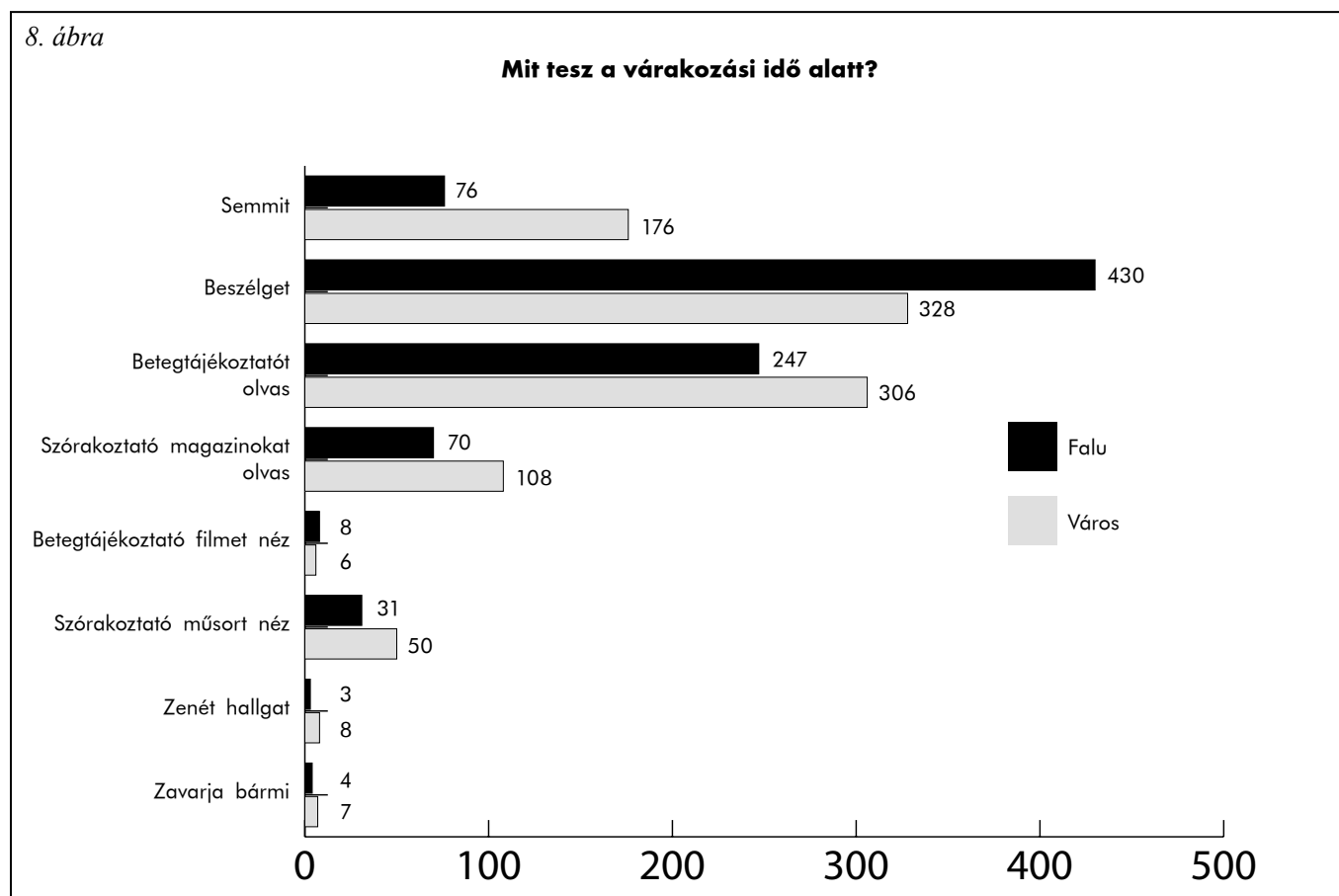
si szűrésekre – a személyes kötődés miatt – a betegek szívesebben mennek el. Hollandiában például a nőgyógyászati rákszűrést is elsősorban háziorvosok végzik, és – a szűrés hatékonyságát illetően – sokkal jobb eredményeket érnek el.

Hanlock és munkatársai Ausztráliában (19) a *Hunter Centre for Health Advancement* felmérése során azt találták, hogy a *lakóhelyek mozgósítása* is kell ahhoz, hogy a méhnyakrákszűrésen jelentősen nagyobb számban vegyenek részt a nők.

A szakellátással az ÁNTSZ irányítása mellett végzett műszeres, többnyire kampányszerű szűrések jól kiegészítik egymást.

Ajkey Zoltán, a neves egészségpolitikus a másodlagos megelőzés és a szűrővizsgálatok hatékonyságának fokozására a következő *szűrési stratégiai terv* kivitelezését javasolja: (20)

1. A morbiditási-mortalitási adatok alapján a szűrővizsgálatok körének kijelölése
2. A vizsgálati módszerek kijelölése
3. A közreműködő személyzet kijelölése
4. Éves szűrési terv (vizsgálati szám és ütemezés)
5. A párhuzamos vizsgálatok kiszűrése (alkalmassági, gépkocsivezetői, sport)
6. A dokumentáció kialakítása
7. Az informatika megszervezése
8. Az ismert betegek kataszterének kialakítása



9. A szűrtek csoportosítása (rizikó, szövödmény), az ismétlések időpontjának meghatározása

10. A szűrési lánc kialakítása, kivizsgálások megszervezése

11. A szűrések lezárása, értékelés, epidemiológiai elemzés

Fontos azonban, hogy a *megszólítás mindig személyes, a vizsgálandó korának, képzettségének, életformájának megfelelő* legyen.

Jól *hasznosítható lehetőséget* kínál erre a *váróban* elhelyezett *tájékoztatók* felhasználása.

8. Mit tesz a várakozási idő alatt?

A betegek ismét többféle választ jelölhettek meg. (8. ábra)

A „beszélget” válasz kiemelkedő aránya jelzi, hogy az *orvosi rendelő* még mindig a *társadalmi érintkezés* egy formáját jelenti, *különösen falun*.

A *többet olvasók* száma *városon* – akár szórakoztató, akár tájékoztató jellegű írást – jelezheti a *nagyobb érdeklődést*, de ismét lehet a *hosszabb várakozási idő* jele is. A *betegtájékoztatót* olvasók nagy száma jelzi, mennyire fontosak, hasznosak lehetnek ezek a nyomtatványok. Nagyon szeretik a betegek a Magyar Nőorvos Társaság füzetecskéit a pubertáskor, a fogamzásgátlás, a nemi élet és a klimax kérdéseiről. Szintén sok fogyott a gyomor-bélrendszeri problémákkal, a prosztatata-megbetegedésekkel és az ízületi problémákkal foglalkozó anyagokból. A betegek sokszor a

tájékoztatót elolvasva fedezték föl, hogy a természetes öregségnek tulajdonított problémájuk könnyen orvosolható, vagy az olvasottak alapján meglévő betegségükkel kapcsolatban tettek fel fontos kérdést.

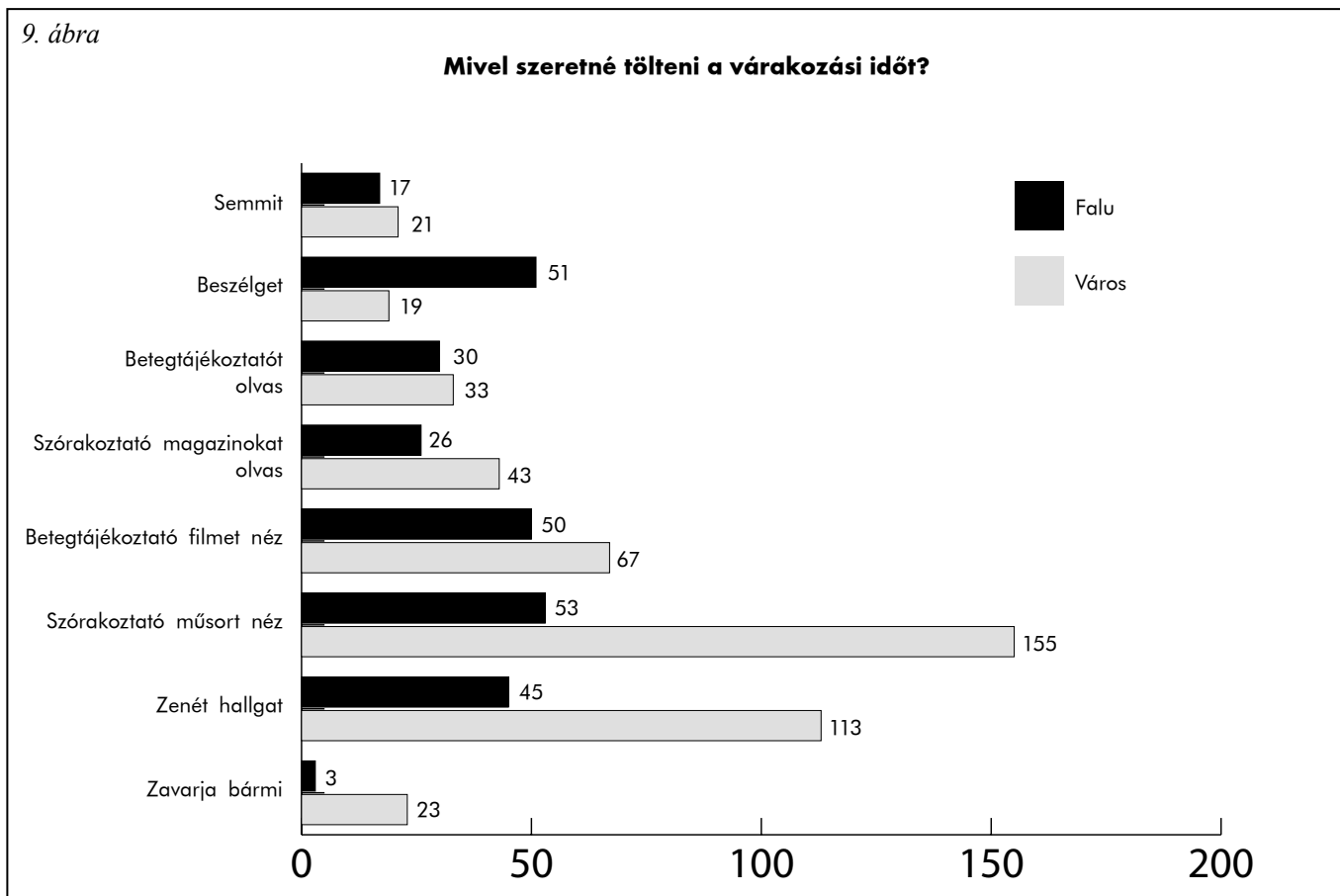
A sokféle időöltési lehetőség egyben mutatja, hogy a *kollégák* sokat tesznek azért, hogy már a váróban *oldják a feszültséget*, és/vagy *szakmailag hasznos időöltést* biztosítsanak.

9. Mivel szeretné tölteni a várakozási időt?

Következő kérdésünkkel a betegek elvárásait igyekeztünk megtudni, abban reménykedve, hogy esetleg új ötletet is kapunk, mivel tehetnénk kellemesebbé, hasznosabbá a várakozási időt. (9. ábra)

Meglepő a *válaszadók elenyésző aránya*, főként falun. Talán még nem érzékelik a betegek, hogy akár a rövid várakozási idő is jól hasznosítható saját egészségmegőrzésük szempontjából, vagy legalább kellemesen eltölthető. A beszélgetést ugyan nem tartják elfogadhatónak – noha sokan beszélgetnek –, más megoldást azonban nem tartanak szükségesnek.

A vélt vagy valós elvárásoknak megfelelő válaszok és a valóság *diszkrpanciáját* mutatja, hogy azoknak a kollégáknak a betegek adtak pozitív választ a betegtájékoztató filmek nézésére, ahol ez a lehetőség adott, és ahol a betegek töredéke veszi ezt igénybe.



A stresszoldásra legalkalmasabbnak tartott zenét is sokkal többen hallgatnának, mint ahányan valóban élnek is az adott lehetőséggel.

10. Ön szerint kinek a feladata az egészséges életmódra való nevelés?

A betegek legfontosabb, személyes elvárásait a következő kérdésre adott válaszokból tudhatjuk meg. (10. ábra)

Az eredmények teljesen azonosak falun és városon.

A családi és iskolai nevelést első helyen jelölték meg a betegek. Ez utóbbi a leendő szülők oktatásában is nagyon fontos.

Ennek jegyében jegyzi cikkét Dr. Gritz Arnoldné, aki a XVII. kerület Egészségügyi Szolgálat Egészségnevelése keretén belül szervezett HIV komplex megelőző előadás-sorozatot középiskolásoknak, (21) ahol az anatómiai ismeretek, a serdülőkori változások, a szexuális élet kérdései, a higiénia és a védekezés kerültek terítékre. Ez azonban csak a nagyvárosok profi egészségmegőrző szakembergárdájának működésével oldható meg. A kis falvak iskoláiba is eljuthatnak azonban a téma avatott szakértője, Forrai Judit egyetemi docens célzottan oktatásra kifejlesztett munkafüzetei, mivel már *kisgyermekkorban* javasolja a szexuális életre való folyamatos felkészítést, a betegségek elkerülésének oktatását. (22)

Dániában a drogfogyasztás és a promiszkuitás terjedése miatt egyre növekvő HIV-fertőzés veszélye miatt külön erre

a prevenció területre kiképzett egészségügyi és *szociális munkások* foglalkoznak iskoláskortól – iskolai tanórák keretében – rendszeresen a gyerekekkel.

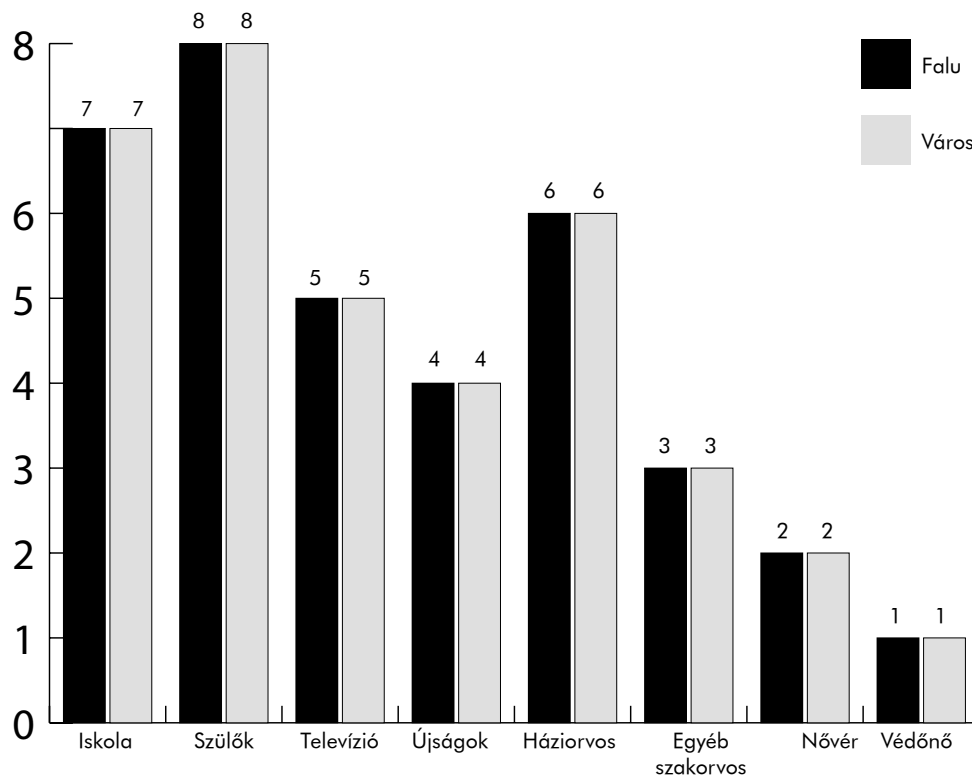
Arra, hogy milyen fontos a megelőzés terén a szülők feladata, Tremkó Mariann már 1996-ban megjelent cikkében rámutatott. (23) Az Újpesti Nevelési Tanácsadóban dolgozó addiktológiai szakpszichológus kifejti, hogy a másodlagos megelőzés során a társadalom minden szintű összefogása szükséges a veszélyeztetett gyerekek érdekében, beleértve a – kényszerűségből – önszerveződő, családtagokból alakult szervezeteket is. Az ilyen közösségek lehetőséget nyújtanak a fiatalokkal történő *speciális kommunikáció* elsajátítására, de a családtagoknál jelentkező pszichés problémák orvoslására is.

Sajnos ismét felmerül, hogy inkább az elvárásoknak, mint a valós helyzetnek megfelelő válaszokat kaptunk, hisz tapasztalataink szerint a gyerekeknél fennálló alapvető higiéniai ismeretek hiánya a családi egészségnevelés kérdéses voltát bizonyítja, annak ellenére, hogy Kontra László *A falu egészségvédelme* című könyvében már 1934-ben fölhívta a figyelmet a család kiemelkedő szerepére a higiénés nevelés, a megelőzés területén. (24)

Csak hogy ehhez a leendő családalapítók is megfelelő nevelésben-képzésben kell részesülniük. Az óvodában még kampányszerű fogmosás-kézmosás bemutatókkal, a dadák munkájával igyekeznek a higiéniai ismereteket bővíteni, az iskolában azonban erre sem idő, sem megfelelő alkalmazott sincsen.

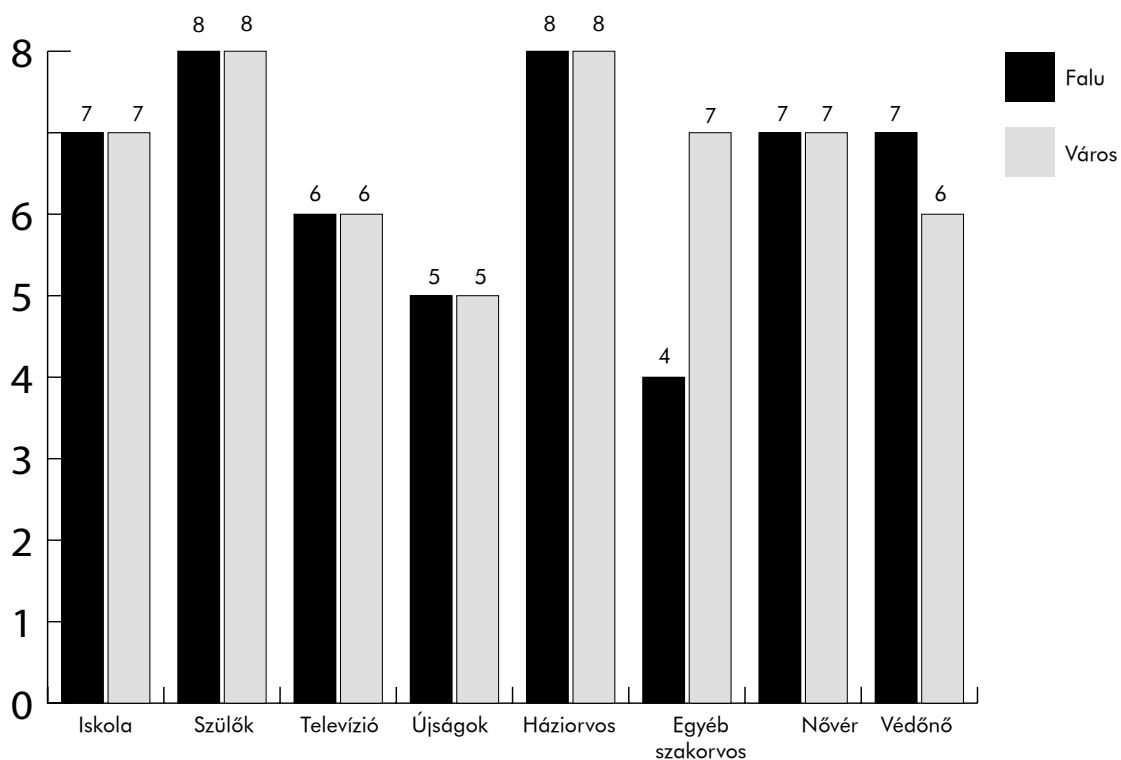
10. ábra

Ön szerint kinek a feladata az egészséges életmódra való nevelés?



11. ábra

Az Ön környezetében ki végzi a betegtájékoztató, felvilágosító feladatot?



Sajnálatos – és megváltoztatásához még sok idő és energia szükséges –, hogy a *lakosság a háziiorvosi szolgálat elsődleges feladatának* még mindig a *betegellátást* tartja, szemben a népegészségügyi törekvésekkel, amelyek a háziiorvosi ellátás sarokkövének az egészségmegőrzést tekintik.

Az *írott és elektronikus sajtó* egyértelműen a személyes információátadás mögött szerepel, mint ahogy eddig minden egészségüggyel kapcsolatos kérdésben a *személyes kontaktust preferálták a betegek*.

Az *egészségügy egyéb szereplőinek* utolsó helye megerősíti azt a *tapasztalati tény*t, hogy a beteg az *egészségügytől elsősorban betegsége felismerését és gyógyítását*, nem pedig egészsége megőrzését várja.

11. Az Ön környezetében ki végzi a betegtájékoztató, felvilágosító feladatot?

Következő kérdéssorunkkal az *elmélet és a gyakorlat összefüggését* vizsgáltuk. (11. ábra)

Falun és városon egyaránt a *családtól, az iskolától* várják az *egészséges életmódra* való nevelést. A *házi orvos* rögtön *ezután* következik a sorban. Itt egyértelmű a házi orvos felé irányuló különleges elvárás.

Ennek szerepéről, fontosságáról ír *Morava professzor munkacsoportja* egy szellemes felmérésük alapján. (25) A házi orvos felvilágosító tevékenységét vizsgálva megállapították, hogy a házi orvoshoz való fordulás gyakoriságával jelentősen csökkent az alkoholfogyasztás, nem változott viszont a zöldség- és gyümölcsfogyasztás – vélhetőleg pénzügyi okok miatt. Érdekes tényként említik, hogy a dohányzók sokkal ritkábban fordulnak orvoshoz, mint a nemdohányzók. Ami biztos: a házi orvossal való kapcsolattartás jelentősen növeli az egészségtudatos magatartás kialakítását. Az „*orvos mint gyógyszer*” fogalom most már tényekkel alátámasztva hangsúlyozza felelősségünket, a szakmai ellátáson túl is.

Ennek az oktatói, népnevelői feladatnak csak *szakszerű medikusképzés* után és *folyamatos posztgraduális képzés* mellett lehet csak megfelelni. A minta a *dán modell* lehetne, ahol az *egészségtan* aktuális anyagát megfelelő *szakorvos* adja elő az általános és középiskolákban – természetesen megfelelő díjazásért – *szakszerűen, szabatosan, érthetően, gyakorlati szempontokból* – egészségmegőrzés, házi betegellátás, az orvoshoz való fordulás abszolút és relatív indoka, a szűrés-megelőzés lehetőségei – kiindulva.

Az elmúlt évek új eleme a *társadalmi szervezetek bevonása* az egészségügyi felvilágosításba, a szűrésekre való orientációba. Erről ír *Seres Edit*, a Kútvölgyi klinikai tömb diplomás ápolója. (26) Ahogy írja, a *csonttritkulásból adódó időskori balesetek, patológiás törések megelőzésében, szűrésében* nagyon fontos szerepe van a környezetnek: a betegkluboknak, időskluboknak és egyéb civil szervezeteknek, amelyek információt nyújtanak és jelentős motivációt biztosíthatnak.

A puding próbája az evés, a szűrő-megelőző tevékenység *alapmértéke*, hogy *mennyire tartják be a betegek* a javaslatokat. Ahogy *Gavin Turell* írja a *Carla Patterson* nevével fémjelzett ausztrál kutatócsoport tagjaként, a szűrő-megelő-

ző tevékenység, az egészségtudatos magatartás kialakítása kevés, ha a szociális-gazdasági körülmények nem teszik lehetővé a helyes elvek betartását. (27)

A fentiek alapján ismét eljutunk a *közösségi orvoslás* fontosságához, amelyben az egészségügyi ellátók és a helyi önkormányzat, az oktatási rendszer, a munkáltatók összefogva igyekeznek a beteget – mint komplex személyiséget tekintve – teljeskörűen ellátni, és ezzel a legjobban megközelíteni a tökéletes fizikai, szellemi és szociális jólétet.

Ez a folyamat könnyebben megvalósítható falun, mivel a *faluegészségügyi ellátás* sokban támaszkodik a foglalkozás-egészségügyi, a népegészségügyi szolgálatra, a helyi önkormányzatokra és a szociális ellátásra. Munkánkat tovább könnyíti és integrálja a kistérségi társulások kialakítása.

Összefoglalás

A *FAKOOSZ* által falusi és városi lakosság körében végzett felmérés alapján lehetőségünk volt vizsgálni a szűrés-megelőzés és a betegtájékoztató helyzetét, a betegek elvárásait és az innováció lehetőségeit.

A *szűrés-megelőzés lehetőségei és kihasználtsága* *mesze elmaradnak* egymástól, pedig az *első-, másod- és harmadlagos szűrés* fontos biztosítéka a kevesebb szakellátást, kisebb anyagi ráfordítást igénylő *háziiorvosi definitív szakellátásnak*.

A *betegtájékoztató elégtelensége* még annak a lehetőségtől is megfosztja a beteget, hogy egészségmegőrzésével törődjön. Pedig a szűrés-megelőzés területén a befektetett *munka és az anyagi ráfordítás* sokszorosan *megettérülne* a sürgősségi ellátás és a rehabilitáció területén.

A betegek elvárásai sem korrelálnak saját részvételükkel a szűrővizsgálatokon. *Az elvárások már kezdenek beépülni* a betegek értékrendjébe az egészségmegőrzés terén, de a gyakorlatba még át kell ültetni az elméleti tudást.

A szűrés-megelőzés terén lehet a leginkább hasznosítani a *közösségi orvoslás* és a *faluegészségügyi ellátás* adta integráció és kooperáció előnyeit.

Summary

We have had the opportunity – based on the survey made by FAKOOSZ among village and urban population – to examine the status of *screening – prevention – patient information*, the patients' expectations and the opportunities of the innovation in family medicine.

There is a wide *gap between the opportunities and the utilisation* of the screening-prevention processes, though the primer, seconded and terciar prevention is the base of the *definitive care* for the family physician, and which *substitutes* a big part of the more expensive *out-patient care*.

The insufficient information deprives the patients from the possibility of dealing with their health promotion, although the invested work and the material expenditure in screening and prevention would be repaid on the area of the *emergency care and the rehabilitation*.

The patients' expectations don't correlate with their own

participation on the screenings. The expectations start to penetrate into the real values on the field of health promotion, but the *theoretical knowledge yet must be implanted*

into the everyday practice. Community medicine would be utilized especially in screening and prevention such as the advantages of integration and cooperation in rural health.

Irodalom

- Johan Béla: *A racionális egészségpolitika elvei*. Az Országos Nemzeti Klub kiadványai, 27. füzet, 1939., 1–12. o., 5. o.
- Birtalan Gy. „Adatok a két világháború között Magyarországon végzett szervezett egészségvédelmi munkáról, különös tekintettel az oki tevékenységre.” *Comm. De Hist. Art. Med.*, 1979., 87–88., 181–218. o.
- Boncz I.–Budai A.–Cornides Á.–Döbrössy L.–Kovács A.: „A népegészségügyi lakosság szűrés helyzete Magyarországon 2006-ban.” *Orvosi Hetilap*, 2007., 148. évf., 10. sz., 435–440. o.
- Arnold C.–Egyed K.–Háziorvosi Szakmai Kollégium–Oláh I.: „Megelőzés és a megelőzést szolgáló szűrések a családorvosi gyakorlatban: háziorvosi szakmai kollégium ajánlása.” *Háziorvosi Szemle*, 1997. szeptember, 8. o.
- Simon T.: „Egységérték-tudat és egészségérték-gazdálkodás.” *Orvostovábbképző Szemle*, XIV. 9., 2007. szeptember, 13–16. o.
- A National High Blood Pressure Education Program klinikai és népegészségügyi útmutatója* (Primary Prevention of Hypertension. Clinical and Public Health Advisory From the National High Blood Pressure Education Program) Fordította dr. Csernus B. *JAMA*, 2002;288: 1882–1888., *JAMA-HU*, 2003. február, 5. évf., 2. sz.
- Kovács M.: „Kardiovaszkuláris szűrés, kardiológiai gondozás a háziorvosi praxisban.” *Háziorvosi Szemle*, 1995., 2. évf., 4. sz., 23–25. o.
- Szántó F.–Hörömpöli Cs.: „A klimax ambulancia helye és szerepe a hypertónia és rizikófaktorainak szűrésében.” *Orvosi Hetilap*, 1995., 136. évf., 42. sz., 2283–2286. o.
- Morvai V.: „Az alkohol okozta szív- és keringési rendszeri megbetegedések és a megelőzés lehetőségei.” *Foglalkozás-Egészségügy*, 2003., 7. évf., 1. sz., 3–10. o.
- Kereszty É.: „Amit a szűrésekről tudni kell: létérdek a részvétel.” *Családorvosi Fórum*, 2000. szeptember, 35–38.
- Kovács A.–Döbrössy L.–Budai A.–Boncz I.–Cornides Á.: „A népegészségügyi méhnyakszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban.” *Orvosi Hetilap*, 2007., 148. évf., 12. sz., 535–540. o.
- Simek Á.: „Nőgyógyászati rákszűrés falusi körzetben.” *Medicus Universalis*, XXX./3: 167–169. (1997)
- Jancsó Z.–Márton H.–Simay A.–Újhelyi I.–Ilyés I.: „Cardiovascularis kockázat háziorvosi praxisok gondozásában nem álló páciensei körében.” *Orvosi Hetilap*, 144. évf., 29. sz., 1433–1439. o.
- Döbrössy B.–Kovács A.–Budai A.–Cornides Á.: „A szűrés nemkívánatos lélektani mellékhatásai.” *Orvosi Hetilap*, 2007., 148. évf., 36. sz., 1707–1711. o.
- Kemény Cs.: „A debreceni vérkoleszterin-szűrés hatékonyságának és a lakosság prevenciók aktivitásának szociológiai értékelése.” *Egészségnevelés*, 1994., 35. évf., 1. sz., 11–18. o.
- Tariska P.–Paksy A.: „Mini-Cog: a mentális hanyatlás »ultrarövid« és egyszerű szűrésének lehetősége.” *Orvosi Hetilap*, 2003., 144. évf., 17. sz., 803–809. o.
- Fejéregyházi I.–Kopp M.–Szedmák S.: „Szorongó betegek kezelése és szűrése az alapellátásban.” *Végeken*, 1992., 3. évf., 1. sz., 39–45.
- Kálmánchey A.: „Az öngyilkosság-megelőzés terén végzett munka Debrecenben az elmúlt 30 évben.” *Mentálhigiéné és pszichoszomatika*, 2003/4., 13. évf., 2. sz., 16–18. o.
- Hancock L.–Sanson-Fisher R.–Perkins J.–Corkrey R.–Burton R.–Reid S.: „Effect of a community action intervention on cervical cancer screening rates in rural Australian towns: the CART project.” *Prev Med.*, 2001 Feb;32(2):109–17.
- Ajkay Z.: „A másodlagos megelőzés és a szűrővizsgálatok kérdése.” *LAM*, 1992., 2. évf., 4. sz., 366–369. o.
- Gritz A.-né dr.: „Egészségmegőrzés és AIDS megelőzés serdülőkorú fiatalok körében.” *Egészségnevelés*, 1996., 37. évf., 3. sz., 129–133. o.
- Forrai J.: *Adolescent sexuality in Hungary today. Choices, sexual health and family planning in Europe formerly. Planned Parenthood in Europe*. 1996., Vol. 25., No. 3., pp. 32–37.
- Tremkó M.: „Drogbetegek szülőcsoportjának szerepe a megelőzésben.” *Végeken*, 1995., 6. évf., 4. sz., 24–26. o.
- Kontra L.: *A falu egészségvédelme*. Donáth Pécsi Egyetemi Könyvkiadó és Nyomda RT, Pécssett, 1934., 48. o.
- Csikós A.–Antmann K.–Morava E.: „A háziorvosi ellátás igénybevétele és egyes egészség-magatartási tényezők közötti kapcsolat vizsgálata Pécssett.” *Egészségtudomány*, 2002., 46. 32–43. o.
- Seres E.: „A beteg felvilágosítás fontossága a csontritkulásban szenvedő betegnél.” *IME*. 2006., 5. évf., 5. sz., 38–41. o.
- Turrell G.–Hewitt B.–Patterson C.–Oldenburg B.: „Measuring socio-economic position in dietary research: is choice of socio-economic indicator important?” *Public health nutrition*, 2003;6(2):191–200.