

Dr. Pikó Bettina

A laikus egészségképzetek jelentősége a családorvosi gyakorlatban: Kockázatészlelés, egészségtudatosság, prevenció

Összefoglalás

A lakosság egészségi állapotát, életminőségét és az egészségügyi ellátás színvonalát javító intézkedések központjában manapság az ún. egészségműveltség, a helyes kockázatészlelés befolyásolása is a prioritások között szerepel. Az egészségtudatosság fejlesztése azért is nélkülözhetetlen, mert elősegítheti, hogy a lakosság helyes magatartási döntéseket hozzon saját egészségével kapcsolatban. Ebben a cikkben a laikus egészségképzetek jelentőségének elméleti bemutatása után a szegedi orvostanhallgatók (N = 212, első és másodéves hallgatók) körében végzett felmérésünk néhány eredményét is bemutatjuk. Amint az orvostanhallgatók kockázatészlelésével kapcsolatban láthatjuk, a magatartás torzítja a kockázatészlelést, azaz a magatartás fenntartása érdekében módosítja annak megítélését. Így például a dohányzók kevésbé értenek egyet azzal, hogy a dohányzás káros az egészségre, vagy hogy rontja a sportteljesítményeket, ugyanakkor inkább elfogadják a dohányzás ellazító hatását, és hogy megkönnyíti a kapcsolatteremtést. Azzal viszont mind a dohányzók, mind pedig a nemdohányzók egyetértenek, hogy egy szenvedélyről, addikcióról van szó. Az egészségügyi információ kezelése külön készséget igényel, aminek fejlesztése valamennyi egészségügyi szakember közös feladata az új évezredben.

Kulcsfogalmak: egészségtudatosság, kockázatészlelés, egészségműveltség, dohányzás

Bevezetés

Manapság az egészségügyi információhoz való hozzáférés lehetősége megsokszorozódott, hiszen az Internet

korában sokkal könnyebb bármilyen információhoz jutni. Ugyanakkor az információdömping azzal a veszéllyel jár, hogy a laikus lakosság birtokába tudományosan nem kellően igazolt, sőt, olykor téves információ kerül. Az ún. laikus egészségképzetek viszont alapvető szerepet játszanak a lakosság egészséggel és betegséggel kapcsolatos döntéseiben, kockázatészlelésében, egészségtudatosságában, prevenció magatartásában. Az *egzségtudatosság* aktív hozzáállást és belső kontrollal megvalósuló koherens egészségmagatartást jelent.¹ Ugyanakkor a magatartási döntéseket téves volna tisztán racionális alapúnak tekinteni. Számos magatartási döntésünk érzelmileg igen erősen színezett, hiszen a motivációkban az érzelmi hatások erőteljesen vannak jelen. Gondoljunk csak az ún. „legjobb barát” hatásra: a legjobb barátunk viselkedését, például dohányzását hajlamosabbak vagyunk elfogadni, ami a magatartás átvételére is buzdíthat. Míg az egészségvédő magatartás – mint például a táplálkozáskontroll vagy a rendszeres testmozgás – legtöbbször inkább tudatos döntés eredménye, addig az egészségkockázati magatartásokat – mint amilyenek a káros szenvedélyek – többnyire tudattalan motivációk vagy érzelmi hatások befolyásolják. A káros szenvedélyektől való tartózkodás még nem tudatos egészségvédő magatartás, hanem inkább passzív egészségvédelem, szemben a valódi aktív és tudatos döntést igénylő egészségvédő magatartásokkal.

Az egészségtudatosságnak azonban nemcsak a prevencióban van jelentősége, hanem például a krónikus betegek ellátása során is. A laikus egészségképzetek egyik sajátos megnyilvánulása az a laikus tudás, amely az egészségügyi ismeretek bizonyos szintjének elsajátítását jelzi.² Egyes krónikus betegségek esetében – mint például a hipertónia, a diabetes – a betegek jelentős ismeretanyaggal rendelkezhetnek saját betegségükről, hiszen ez nélkülözhetetlen is a gondozás során az állapotuk önmonitoro-

zása céljából. Sőt, az ismeretek hiánya meg is akadályozhatja a beteget ebben, és olyan döntésekre készítheti, amelyek károsak lehetnek. Ilyen döntés lehet például az orvosi utasítások be nem tartása vagy a nem kellően bizonyított terápiás eljárások felé fordulás. Természetesen az sem mindegy, honnan szerzi be a beteg és a lakosság az információt, hiszen ma már sokféle lehetőség áll rendelkezésre.

Médiaműveltség és egészségkép

Az egészséggel kapcsolatos tájékozottság manapság szorosan összefügg a tömegtájékoztatással kapcsolatos tájékozottsággal, azaz a médiaműveltséggel is. Az egészséggel kapcsolatos műveltség – egészségműveltség – tehát nem pusztán az ismeretek birtoklását, illetve megszerzésének képességét jelenti, hanem az információ helyes értelmezését, és ez alapján helyes döntések meghozatalát is. *Davis* és *Wolf* ezt a következőképpen határozza meg: „annak a szintje, amennyire az egyének képesek megszerezni, feldolgozni és megérteni az alapvető egészségügyi információkat és szolgáltatásokat, amelyek ahhoz szükségesek, hogy helyes döntéseket hozzanak egészségükkel kapcsolatban”.³ Amint erre már utaltunk, nem elsősorban az információ megszerzése a legnagyobb akadály a helyes attitűd kialakításában, hanem az információ értő feldolgozása. A tanulási nehézségek, az általános műveltség alacsony szintje komolyan veszélyeztet bizonyos lakossági rétegeket a megfelelő tájékozottsági szint elérésében, ami pedig hosszú távon egészséggel kapcsolatos döntéseiket is befolyásolja.

Az egészségről szóló tájékozottság manapság szorosan kapcsolódik a tömegtájékoztatáshoz, azaz a médiaműveltséghez is. A média üzenetei ugyanis sokszor szinte észrevétlenül formálják attitűdjeinket, egészségképzeteinket, és kihatnak az egészséget is érintő magatartási döntéseinkre. A fiatalok különösen fogékonyak ezekre

Dr. Pikó Bettina
SZTE ÁOK Pszichiátria
Magatartástudományi Csoport
6720 Szeged, Szentháromság u. 5.

az üzenetekre, és nyitottak az olyan viselkedési normák átvételére is, amelyek fokozott fogyasztásra készítettek. Számos vizsgálat igazolta, hogy a mozifilmekben látott dohányzás és alkoholfogyasztás növeli a serdülőkorúak körében a cigaretta és az alkohol kipróbálásának valószínűségét.^{4,5} Sőt, a közvetlen fogyasztásra orientált reklámokkal összehasonlítva a mozifilmekben bemutatott dohányzás vagy alkoholfogyasztás még hatékonyabb. Ráadásul ezek a magatartásformák nem korlátozódnak a korhatáros filmekre. A kockázatészlelést társas tanulási folyamatok is alakítják, amelyek azonban nemcsak a közvetlen társas kapcsolati háléhoz, hanem a médiában látottakhoz is köthetők. A modellszerep révén a filmekben megfigyelt sztárok viselkedése mintaként szolgálhat a lakosság számára, akár pozitív, akár negatív viszonyulásról van szó, például egy káros szenvedély, a rendszeres testmozgás vagy egy prevenció, egészségfejlesztési program iránt. Számos példát sorolhatunk fel ennek demonstrálására. Ha egy színész egy filmben stresszhelyzetben rágyújt, ezt azt sugallja, hogy a cigaretta alkalmas ilyen szituációkban a stresszoldásra, és elősegíti az ellazulást. Ugyanakkor, ha egy filmben az óvszerhasználatra hívják fel a figyelmet, és ezt olyan helyzetben mutatják, ahol a fiatalok ezt elfogadják és természetesen veszik, akkor ez pozitív üzenetként fogalmazódik meg. Egy szimpatikus szereplő dohányzása sokkal inkább megerősítő, mintha egy negatív hős teszi ugyanezt. Azok a serdülők, akiknek kedvenc sztárjai a mozifilmekben dohányoznak, pozitívabban viszonyulnak a dohányzáshoz, illetve hajlamosabbak maguk is rágyújtani, amiben a magatartás pozitív megerősítése játszik szerepet.

A média napjainkban kulcsszerepet játszik a társadalmi normák és értékek közvetítésében. Ez sokszor rejtett üzenetek formájában valósul meg, mint amilyenek például a filmekben látható viselkedési és viszonyulási minták. A tömegkommunikációval kapcsolatos tájékozottság azt jelenti, hogy képesek vagyunk a különböző médiabeli üzenetek megértő elemzésére. Ez megnyilvánulhat például abban, hogy egy filmkocka milyen rejtett üzenetet hordoz. Napjaink információgazdag környezetében az információhoz való hozzáférésnél már sokkal nagyobb kihívást jelent a megfelelő információ kiválasztása.

Kockázatészlelés

A kockázatészlelés azt jelenti, hogy milyen valószínűséget tulajdonítunk annak, hogy egy bizonyos betegség bekövetkezik az életünkben.⁶ A kockázatészlelésnek a prevencióban igen nagy szerepe van, hiszen a laikus egészségképzetek része az is, ahogyan a kockázatokról vélekedünk. Annak ellenére, hogy manapság az egészségügyi tájékozottság lényegesen nagyobb, mint korábban bármikor, az egészségkockázati magatartást sokkal gyakoribb, gondoljunk csak a dohányzásra vagy a mértéktelen alkoholfogyasztásra, illetve a mozgáshiányra vagy a táplálkozáskontroll hiányára. A vizsgálatok azt mutatják, hogy nem elsősorban ismeretbeli hiányokra vezethető vissza a kockázati magatartás, hanem olyan attitűdbeli, illetve pszichológiai és társadalmi jellemzők befolyásolják a kockázatészlelést, ami azután fenntartja a magatartást hosszú távon is.⁷ A káros szenvedélyekkel kapcsolatban például sokan nem ismerik fel, illetve el a szerek függőséget okozó sajátosságát, vagy ha mégis, akkor saját magukat nem érzik veszélyben. Ebben szerepet játszik a mai népbetegségek multifaktoriális modellje, illetve a rizikómodell is. Az utóbbi arra utal, hogy a rizikófaktorok populációs szinten növelik egy betegség kialakulásának valószínűségét, egyéni szinten a multifaktoriális betegséggenézis következtében a kockázatbecslés lényegesen nehezebb. A lakosság általában a közvetlen ok-okozati kapcsolati modellben gondolkodik, és nehezen érti meg a valószínűségeken alapuló becslés jelentőségét. Ahhoz viszont, hogy az egyének helyes döntéseket hozzanak, tisztában kell lenniük a rizikófaktorok, illetve védőfaktorok mibenlétével, valamint saját tudásuk korlátaival.

A kockázatészlelés tehát befolyásolja az egyén magatartási döntéseit, ám a magatartás is képes visszahatni a kockázatészlelésre, ami a legtöbbször torzítás formájában valósul meg, és tovább rontja a reális veszélyértékelést. Az *irreális optimizmus* jelensége éppen arra utal, hogy a kockázat konkrét, valódi mértékét még abban az esetben is alacsonyabbnak látja valaki, ha elismeri, hogy például a dohányzás általában véve káros.⁸ Ez a jelenség abból indul ki, hogy az egyén számára kellemetlen, ha a magatartása és a lehetséges következmények elismerése között ellentmondás van. Ennek

feloldása úgy történik, hogy például a dohányzó egyén tagadja, hogy baj történhet vele, noha többnyire természetesen ismeri és elismeri a dohányzás egészségkárosító hatásait. Bár hozzá kell tenni azt is, hogy vannak, akik még az utóbbit is tagadják. Abban az esetben viszont, ha valaki kellően tájékozott a hatásmechanizmusokat illetően, hajlamos azt is elismerni, hogy nagyobb kockázattal kell számolnia a rizikófaktorral összefüggésbe hozható betegség kialakulásával. Ilyenkor viszont az illető még mindig bízhat a vakszerencsében, s ez a fatalista megközelítés éppen a statisztikai rizikómodellből adódhat a számára. Mindez a magatartás fenntartását erősíti meg.

A serdülők kockázatészlelése némileg eltér a felnőttektől. A pubertáskorban a gyermekek újdonságkeresése, ingerek iránti igénye jelentősen megnő, ami kockázatkeresésben, élmények utáni vadászatban is megnyilvánul. A fokozott viselkedéses tanulási késztetésük arra is kiterjed, hogy új kapcsolatokat építsenek, illetve új viselkedési módokat próbáljanak ki. Ez önmagában teljesen normális jelenség, hiszen lényegében olyan fejlődéstani sajátosságról van szó, amiben agyi biokémiai változások is szerepet játszanak a hormonális és pszichoszociális folyamatok mellett. Ezzel párhuzamosan viszont a kockázatészlelésük nem jár fokozott óvatossággal, sőt, inkább egyfajta sérthetlenség illúziója jelentkezik sokuknál.⁹ Sajnos ez sok esetben odavezet, hogy hajlamosabbak egészségkockázati magatartásra, mint a felnőttek, például a dohányzás gyakorisága nagyobb a serdülőkorú lakosság körében, mint a felnőttek között. Ez még azokban az országokban is igaz, ahol egyébként a dohányzás már visszaszorulóban van, mint például az USA. Természetesen a magatartásra kihatnak a kockázatészlelést befolyásoló egyéb tényezők is, például az, hogy a serdülők egy relatíve egészséges lakossági csoportot alkotnak, és a kockázati magatartás következményei az akkumulációs hatások miatt csak évekkel korábban következhetnek be. Az egészségtelen táplálkozási szokások például nem azonnal, hanem évek, sőt, évtizedek alatt fejtik ki patogén hatásukat. Míg tehát az „előnyök” (például a dohányzás ellazító vagy a barátok körében népszerűséget fokozó hatások) rövid távon élvezhetők, addig a kockázatok, így az egészséget veszélyeztető hatások csak hosszú távon jelentkeznek.

Ráadásul a serdülők élettapasztalata, elégtelen életvezetési készségei meg is akadályozhatják őket abban, hogy

az egészségüket érintő kérdésekben helyes döntéseket hozzanak.¹⁰ A prevenciós beavatkozások során mind-

ezeket a fejlődéstani sajátosságokat érdemes figyelembe venni.

Dohányzással kapcsolatos kockázatészlelés az orvostanhallgatók körében

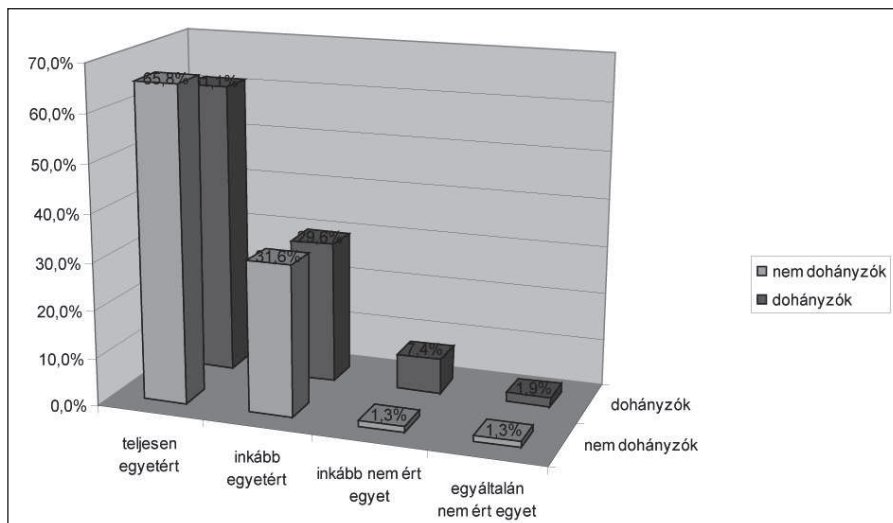
Felmérésünket Szegeden tanuló preklinikai (első és másodéves) orvostanhallgatók (N = 212) körében végeztük 2008-ban. A dohányzással kapcsolatos pont prevalencia értékek a következőképpen alakultak: a minta 74,5%-a számított nemdohányzónak a megkérdezés idején, míg 25,5%-uk dohányzónak vallotta magát. A nemek szerinti megoszlás alapján a különbség nem volt szignifikáns: a fiúk 28,6%-a, a lányok 23,7%-a volt dohányos. Évfolyamonként sem volt jelentős az eltérés. A dohányzással kapcsolatos attitűdök megismeréséhez a The Students' Health and Lifestyle Study, The University of Western Ontario, Canada skálájának húsz állítását alkalmaztuk.^{11,12} A következő elemzés során a dohányzás hatásaival kapcsolatos öt kérdést dolgoztuk fel aszerint, hogy a dohányzók és nemdohányzók vélekedései, azaz kockázatészlelése mennyiben tér el egymástól. A megoszlásbeli különbségek statisztikai szignifikanciáját Chi-négyzet próbával értékeltük.

Az első állítás a következőképpen hangzott: „A dohányzás egy szenvedély”. Nem volt jelentős eltérés ennek megítélésében ($p > 0,05$), azaz a dohányzók és nemdohányzók többsége (60% felett) teljesen egyetértett vele (1. ábra).

A második állítás a dohányzás társas hatásaival foglalkozik: „A dohányzás megkönnyíti a kapcsolatteremtést”. E tekintetben már jelentős eltérés volt a dohányzó státusz szerint ($p < 0,001$): a dohányzók 22,2%-a teljesen egyetértett ezzel az állítással, míg a nemdohányzóknak csak 4,4%-a (2. ábra).

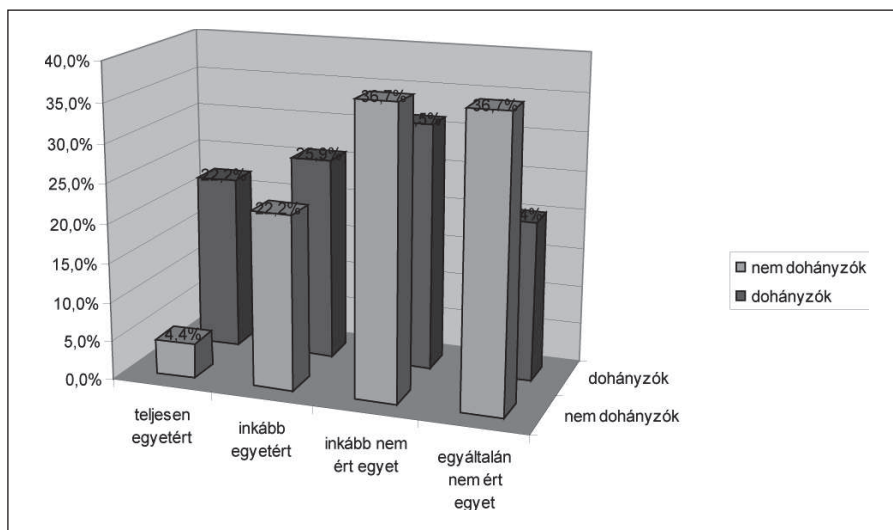
A harmadik állítás arra vonatkozott, hogy „A dohányzás segít ellazulni”. Az előzőhöz hasonlóan itt is a dohányosok voltak többen, akik ezzel egyetértettek: teljesen 27,8%-uk, inkább egyetértett 48,1%-uk. Ezzel szemben a nemdohányzóknak csupán 8,2%-a értett egyet teljesen, és azok aránya, akik inkább egyetértettek, 25,9% volt (3. ábra).

A negyedik állítás a következő volt: „A dohányzás rontja a sportteljesítményeket”. A nemdohányzók többen fogadták el ezt az állítást (teljesen 70,9%-uk, szemben a dohányzók 57,4%-ával). Az eltérés szignifikáns ($p < 0,05$) (4. ábra).



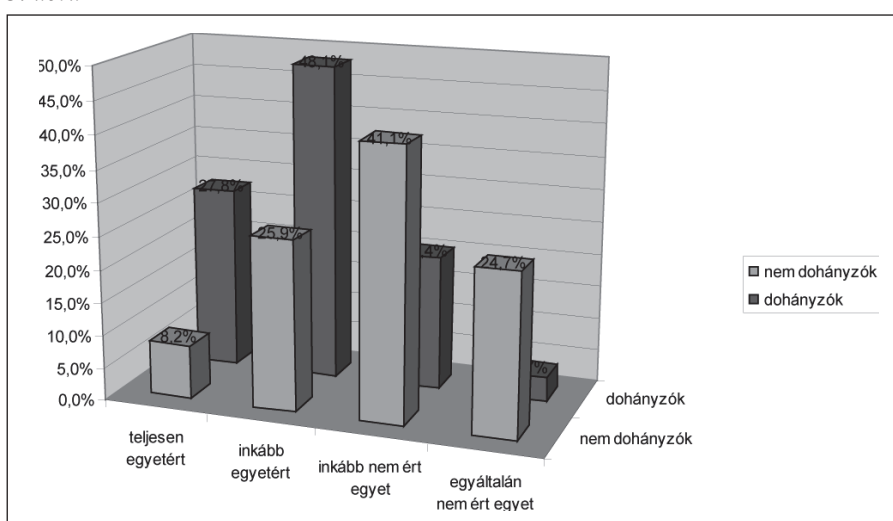
„A dohányzás szenvedély”

2. ábra



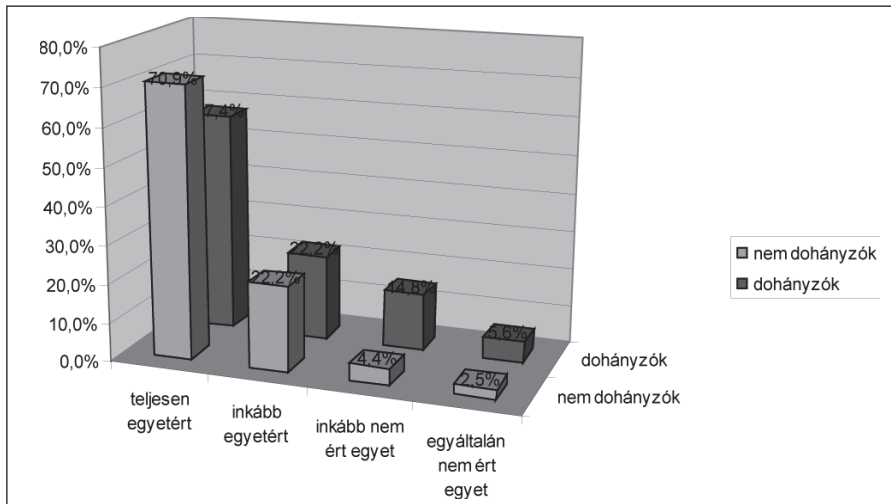
„A dohányzás megkönnyíti a kapcsolatteremtést”

3. ábra



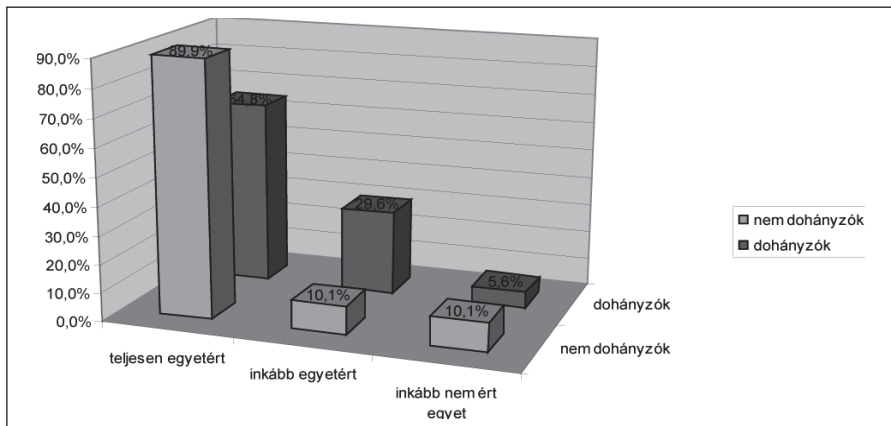
„A dohányzás segít ellazulni”

4. ábra



„A dohányszívartás rontja a sportteljesítményeket”

5. ábra



„A dohányszívartástól az ember egészsége megromlik”

Végül, az 5. ábra állítása: „A dohányszívartástól az ember egészsége megromlik”. Egyik csoportban sem volt olyan, aki teljesen elutasította volna ezt az állítást, azonban jelentős eltérés mutatkozott a két csoport megoszlásában ($p < 0,001$). A nemdohányzók 89,9%-a, a dohányzók 64,8%-a értett teljesen egyet ezzel az állítással. Az utóbbi csoportban olyanok is voltak, akik inkább nem értettek egyet (5,6%) (5. ábra).

Következtetés

A lakosság egészségi állapotát, életminőségét és az egészségügyi ellátás színvonalát javító intézkedések központjában ma már a tájékozottság, az ún. egészségműveltség, a helyes kockázatészlelés befolyásolója is a prioritások között szerepel.¹³ Az egészség-tudatosság fejlesztése lehet az az alap, ami segíthet abban, hogy a lakosság helyes magatartási döntéseket hozzon egészségével kapcsolatban. Amint az

orvostanhallgatók kockázatészlelésével kapcsolatban láthattuk, a magatartás torzítja a kockázatészlelést, azaz a magatartás fenntartása érdekében módosítja a megítélést. Így például a dohányzók kevésbé értenek egyet azzal, hogy a dohányzás káros az egészségre vagy hogy rontja a sportteljesítményeket, ugyanakkor inkább elfogadják a cigaretta ellazító hatását, és hogy a dohányzás megkönnyíti a kapcsolatteremtést. Azzal viszont mind a dohányzók, mind pedig a nemdohányzók egyetértettek, hogy egy szenvedélyről, addikcióról van szó.

Kétségtelen, hogy a kockázatészlelést nem könnyű befolyásolni, hiszen a racionális elemeken, azaz a tudáson kívül érzelmi motivációk is erőteljesen hatnak rá. A kisgyermekkorú egészség-tudatosság még jórészt természetes, sokkal könnyebb ezeket építve már ebben az életszakaszban megalapozni a helyes egészségattitűdöket.¹⁴ Ugyanakkor később is számtalan

lehetőség adódik erre, mindig figyelembe kell azonban venni az életkori sajátosságokat, hogy az egyén vagy az adott lakossági csoport életciklusának melyik szakaszában tart. Ma már az egészségműveltségre irányuló programoknak ki kell terjedniük a médiával kapcsolatos tájékozottság emelésére is, hiszen a tömegtájékoztatás életvitelünkre igen nagy hatást gyakorol nap mint nap. Az egészségügyi információ kezelése külön készséget igényel, aminek fejlesztése valamennyi egészségügyi szakember közös feladata az új évezredben.

Irodalomjegyzék:

- Pikó B: *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2002.
- Chapple A, Champbell S, Rogers A, Roland M: *User's understanding of medical knowledge in general practice*. Soc Sci Med 2002; 54. 1215-1224.
- Davis TC, Wolf MS: *Health literacy: Implications for family medicine*. Fam Med 2004; 36. 595-598.
- Sargent JD, Beach ML, Dalton MA, Mott LA, Tickle JJ, Bridget Ahrens M, Heatherton TF: *Effect of seeing tobacco use in films on trying smoking among adolescents: Cross-sectional study*. Br Med J 2001; 323. 1-6.
- Hanewinkel R, Tanski SE, Sargent JD: *Exposure to alcohol use in motion pictures and teen drinking in Germany*. Int J Epidemiol 2007; 36. 1068-1077.
- Fischhoff B, Bostrom A, Jacobs Quadrel M: *Risk perception and communication*. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. (eds.): *Oxford textbook of public health. Fourth Edition. Vol. 2. The methods of public health*. Oxford University Press, Oxford, 2002; 1105-1123.
- Sturges JW, Rogers RW: *Preventive health psychology from a developmental perspective: An extension of protection motivation theory*. Health Psychol 1996; 15. 158-166.
- Brewer NT, Weinstein ND, Cuite CL, Herrington JE: *Risk perceptions and their relation to risk behavior*. Ann Behav Med 2004; 27. 125-130.
- Milam JE, Sussman S, Ritt-Olson A, Dent CW: *Perceived invulnerability and cigarette smoking among adolescents*. Addict Behav 2000; 25. 71-80.
- Rodham K, Brewer H, Mistral W, Stallard P: *Adolescents' perception of risk and challenge: A qualitative study*. J Adolesc 2006; 29. 261-272.
- Pederson, L.L., Koval, J.J., O'Connor, K.: *Are psychosocial factors related to smoking in grade-6 students?* Addict Behav 1997, 22. 169-181.
- Pikó B: *Does knowledge count? Attitudes toward smoking among medical, pharmacy and nursing students*. J Commun Health 2002, 27. 269-276.
- Institute of Medicine: *Health literacy: A prescription to end confusion*. National Academy Press, Washington, D.C., 2004.
- Pikó B, Bak J: *A laikus egészségkép orvosi jelentősége: Gyermek véleménye egészségről és betegségről*. Orv Hetil 2004; 145(39). 1997-2002.