



CSÓKA ILDIKÓ DR. PHARM., PhD

INTÉZETVEZETŐ EGYETEMI DOCENS, SZTE

# Út a döntésig

## Egészség és egészségveszteség megelőzése – az egészségmagatartás és egészséghit szerepe

Mindannyiunk által saját magunkon vagy másokon gyakran tapasztalt jelenség, hogy bár tudjuk mi a helyes (egészséges) viselkedés; tudjuk, hogy a dohányzás káros, az elhízásnak súlyos következményei lehetnek, a felírt gyógyszereket be kell venni stb. – mégsem cselekszünk ennek megfelelően.

Sok terápia sikertelen annak ellenére, hogy az egészségügyi szakember részéről megfelelő a diagnózis felállítása és a terápia megválasztása. Ennek gyakran az az oka, hogy maga a felhasználó

- nem értette meg a terápia lényeges elemeit,
- elfelejtette, mit mondtak neki,
- nem tartja fontosnak, hogy pontosan betartsa, amit mondtak neki,
- nem érzi magát annyira veszélyeztetve, hogy komolyan vegye stb.

Egyre több múlik manapság az egyénen, akinek az érdekében az egész egészségügyi ellátás működik és aki nélkül „egyedül nem megy”; a mai ellátási modellek fejlesztése ezért ma már a beteggel együtt történik (lásd később). Jelen írásban áttekintjük az egyén viselkedését meghatározó tényezőket, az egészséges állapotból az egészségveszteség megelőését, a segítségkérés módját, körülményeit és az egészségügyi ellátáson belüli magatartást, azaz az ún. betegéletutat.

### ALAPFOGALMAK: EGÉSZSÉG, ÉLETMINŐSÉG, EGÉSZSÉGMAGATARTÁS

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1948-ban az **egészséget** a teljes testi, lelki és szociális jólét állapotaként és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiányaként határozta meg.

Ugyancsak a WHO alkotott definíciót az **életminőséget** illetően: „Az életminőség az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt életterének kultúrája, értékrendszerei, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják. Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magába foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet lényeges jelenségeihez fűződő viszonyát.”

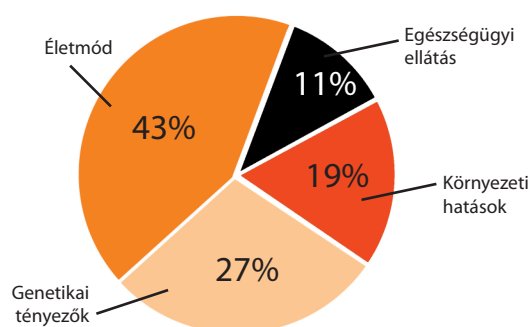
Mindezek a definíciók azért lényegesek, mert ebből látható, hogy az egészséges egyén mit él meg „betegség”-ként: azt, amikor ezek bármelyikében veszteség éri.

**Az egészségmagatartás** az egyén egészségi állapotának fenntartásában, megóvásában és megerősítésében, a betegségek kialakulásának megelőzésében vagy az azokból való gyógyulásban szerepet játszó viselkedés; szokások, készségek, tudás, attitűd, meggyőződések összessége.

Nagyon különbözőek vagyunk abban a tekintetben, hogy ez az egészségmagatartás milyen mértékben és milyen fontos szerepet játszik életünkben (gyakran csak időlegesen van jelen vagy egyáltalán nem, mert a figyelmünk másra irányul).

- Vannak, akik az egészségmegőrzésért tesznek sokat és életmódjukban (táplálkozás, mozgás, káros szenvedélyek elkerülése stb.), mert tudatában vannak annak, hogy az egészséget meghatározó tényezők közül az életmód 43%-ban játszik szerepet (többi tényező: genetikai tényezők 27%, környezeti hatások 19%, egészségügyi ellátás 11%).
- Másoknak abban nyilvánul meg az egészségmagatartás, hogy rendszeresen eljárnak szűrővizsgálatokra és amint észlelnek valami rendellenességet, orvoshoz fordulnak.
- Azt is tapasztaljuk, hogy sokan nem érzik veszélyeztetve egészségüket szinte semmitől és nem is feltételezik, hogy azt elveszíthetik; nem is tesznek semmit annak megőrzése érdekében.

Az egészségmagatartás tehát valahol ezeknek az érzékeléseknek az eredőjeként jön létre és fogja meghatározni azt, hogy valaki tesz-e és milyen lépést tesz saját egészsége érdekében.

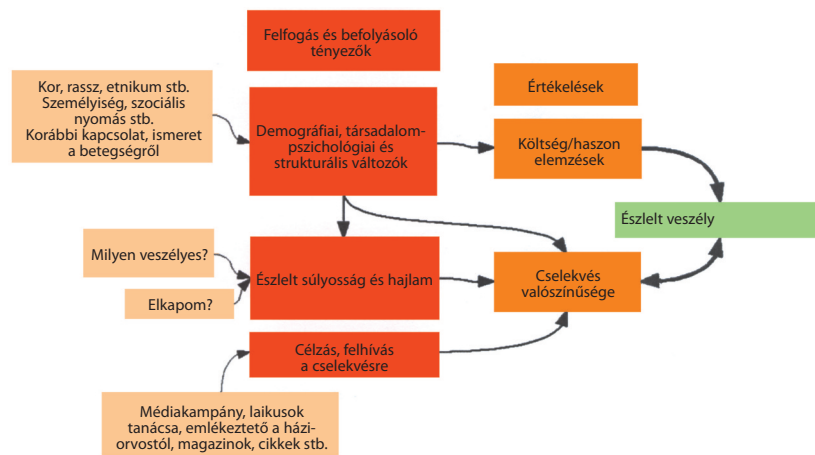


## AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁST MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK: AZ EGÉSZSÉGHIT MODELL

Számos modellt írnak le az egészségpszichológusok annak elemzésére, hogy mi határozza meg az egyén viselkedését az egészségét illetően.

Az egyik legelterjedtebb modell az ún. „Health Belief Model” (1966, I. Rosenstock), azaz az egészséghit modell. E szerint ahhoz, hogy valaki az egészségével kapcsolatos lépést tegyen:

- rendelkeznie kell bizonyos tudással az egészségről,
- motiválnak kell lennie, hogy egészségét megőrizze,
- feltételeznie kell, hogy ő is megbetegedhet,
- tisztában kell lennie azzal, hogy a betegségnek következményei lehetnek,
- hinnie kell a prevenció, vagy kezelés hatékonyságában,
- a prevenció/kezelés „árát” elfogadhatónak/elérhetőnek kell itélnie.



Ez a modell segít végiggondolni azt is, hogy ha valakinek az egészségmagatartása nem megfelelő, akkor hol kezdjük keresni az

okokat (nem hisz abban, hogy meggyógyul, nincs tisztában a következményekkel stb.). Az okok feltárása közelebb visz bennünket a megoldáshoz, hiszen ha ezeket végigkérdezzük, akkor megtalálhatjuk, hogy hol szükséges beavatkozni. Pontosan látjuk, hogy a különböző ismereteket bővítő

különböző kiadványok, pl. dohányzás esetén a veszélyeséget jelző feliratok, nem hozták meg a várt sikert.

Amennyiben segítő szerepet vállalunk olyan embertársunk esetében, ahol ismereteink alapján úgy ítéljük meg, hogy változtatnia kellene; ezek tehát azok a dimenziók, ahol a megoldáshoz vezető utat is meg fogjuk találni.

## A VISELKEDESVÁLTOZÁS FOLYAMATA

Az egészségmagatartás „nem megfelelőségére” ritkán jön rá az ember magától; lehet, hogy családtagjai, ismerősei hívják fel a figyelmét a változás szükségességére és sajnos gyakran valamilyen ún. „egészségvesztés” megélése állítja meg az embert.

A szokásokon igen nehéz változtatni és nyomós érv kell hozzá, hogy azt mégis megtegyük.

A viselkedésváltozás egy folyamat, melynek minimálisan 5 szakasza van a viselkedésváltozás transzteoretikus modellje (Prochaska & DiClemente, 1983) szerint:

Töprengés előtti szakasz

A változás megfontolása

Felkészülés és döntés

Cselekvés

Fenntartás

- A töprengés előtti szakaszban (prekontempláció) még nincs változási szándék;
- a töprengés (kontempláció) során kerül sor a változás megfontolására.

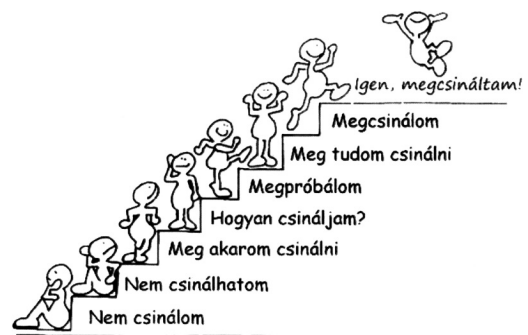
Harmadik stádium, amikor az egyén eljut arra a döntési szintre, hogy „megpróbálom”; az előkészület fázisában kis változásokat látunk (túlsúly esetén pl. már megnézegeti a kalóriatáblázatot az új táplálkozáshoz, kevesebbet tesz a tányérjára stb.).

negyedik szakasz a cselekvés, azaz már aktív részvételt látunk az új viselkedésben.

Ezt követi a fenntartás, azaz a változás időbeli fenntartása.

Ezek a szakaszok egymást követik, de nem feltétlenül lépi meg mindenki az összes szakaszt; illetve az is előfordul, hogy eljut valaki egy

szintre, majd visszaesik. A „meg akarom csinálni” érzésből a „megpróbálom”-ba eljutni gyakran azért nehéz, mert nem tudja az egyén, hogy HOGYAN csinálja?



- **PI.** Segítő (egészségügyi) szakemberként erre ráérezve ebben kell ilyenkor az egyént támogatni. •••

Másik nehéz lépés a döntést követően az abban való hit, hogy „meg tudom csinálni”. A motivált egyénnek kell az a bátorítás, hogy képesnek érezze magát a változásra.

Hányszor halljuk azt embertársainktól, hogy „nekem ez nem megy”. Ez az ún. „énhatékonyság”, azaz az önmagunkba vetett hit vagy bizalom adott helyzetben a sikeres teljesítmény elérésében (Bong és Skaalvik, 2003). A változásnak ez lesz a legnagyobb prediktora; „meg tudom csinálni”!

... **PI.** A környezetnek, családnak, segítő (egészségügyi) szakembernek igen nagy szerepe van ebben a stádiumban; az egyén támogatása, biztatása, mentorálása, „képessé tétele” tekintetében. ...

Nem véletlen, hogy egyre többet olvasunk az egészségpszichológusok szerepéről az egészségügyi ellátórendszerben; megjelent a „health coaching” kifejezés és az egyén sajátosságaira fókuszáló betegközpontú terápiás támogató megoldások.

### BETEGÉLETÚT

Az egyén élete során az alábbi utat járja végig egészségének megtartása, elvesztése, majd az abból való gyógyulás kapcsán („ún. betegéletút”):

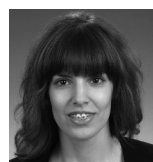
1. egészséges egyén egészségtudatos életmóddal vagy anélkül,
2. tüneteket észlel és annak értékelésétől függően (egészséghit modell) mutat hajlandóságot a változtatásra, tájékozódik a diagnózist és a lehetséges megoldásokat illetően,

A tudás, az ismeret önmagában nem hoz létre változást, nagyon nagy szerepet játszanak a modellben is bemutatott egyéb érzelmi tényezők.

3. dönt (segítségkérésről, változtatásról),
4. kiválasztja azt a személyt/ellátót, akitől segítséget akar kérni,
5. felkeres valamilyen ellátót,
6. belép az (eü.) ellátó rendszerbe,
7. elküldik/visszahívják/továbbküldik – mozog az ellátórendszerben,
8. terápiás döntés-előkészítés,
9. gyógyszer/kezelés elrendelése/beavatkozás – döntéshozatal,
10. gyógyszerkiváltás/első, illetve követő megjelenés a kiírt kezelésen,
11. terápiában való aktív részvétel a terápiás tervnek megfelelően,
12. együttműködés (adherencia) a terápiával,
13. perzisztencia.

Ezek közül az első hárommal foglalkoztunk jelenleg; a cikksorozat további részeiben sorra vesszük a többi fázist az érintett egyén szemszögéből; abból a célból, hogy egészségügyi szakemberként minél hatékonyabban tudjunk segíteni.

Szegedi Tudományegyetem Gyógyszerésztudományi Kar, Gyógyszerfelügyeleti Intézet



**KNAPEK ÉVA**  
DOKTORJELÖLT, DE

**DR. KURITÁRNÉ DR. SZABÓ ILDIKÓ**  
EGYETEMI DOCENS, TANSZÉKVEZETŐ, DE

## Létezik és mégsem?

### Mit érdemes tudni a nocebo-hatásról?

2013-ban az Amerikai Egyesült Államokban több mint 3,8 milliárd receptet váltottak ki. Az egyik leggyakoribb ok, amiért ezeket a gyógyszereket olykor nem szedik be a páciensek, a nocebo-hatás, amely súlyos anyagi terhet ró az egészségügyre.

A nocebo a latin „nocere” (ártani) igéből származik, és olyan kellemetlen vagy negatív hatásokat jelöl, amelyeket az egyén akkor tapasztal, amikor kémiaiilag inaktív szert (placebo) vesz magához abban a hitben, hogy a szer aktív. A nocebo-hatást „negatív placebo”-nak is nevezik. Vagyis, míg a placebo hatásiránya kedvező, addig a nocebo-hatásé ártalmas.

A szakirodalom a nocebo-hatás pontos definíciójával kapcsolatban ellentmondásos. A gyógyszerkutatások során a vizsgálati személyek a placebo-szer beadását követően nemcsak kedvező hatásokról számoltak be, hanem az inaktív szer által okozott mellékhatásokról is, ami érthető annak fényében, hogy a placebo-szer feladata szerint „utánozza” az aktív szert. A placebo hatásaként a személy a tüneteinek enyhülésére, gyógyulásra

számít, és ennek részeként az aktív hatóanyagot tartalmazó gyógyszerekhez hasonló mellékhatásokat is tapasztalhat. Ezt a jelenséget hívhatjuk **placebo-mellékhatásnak**. Egyes szerzők szerint azonban a placebo által okozott mellékhatások nem tekinthetők egyenlőnek a nocebo-hatással.

- A nocebo-jelenség esetében a személy eleve negatív kimenetelre (pl. egy tünet, vagy kellemetlen testi érzetek, vagy netán betegség kialakulása) számít, míg a placebo esetében javulást vár. Ebben az értelmezési keretben a nocebónak is lehet mellékhatása bármilyen nem várt, pozitív kimenetel formájában.
- Más szerzők minden indifferens anyag által „okozott” káros hatást ide sorolnak, tehát a placebo által okozott mellékhatásokat is nocebo-hatásnak tartják.