



SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM, PSZICHIÁTRIAI KLINIKA
MAGATARTÁSTUDOMÁNYI CSOPORT

A BETEGEK DOHÁNYZÁSRÓL VALÓ LESZOKTATÁSÁNAK MAGATARTÁSTUDOMÁNYI SZEMPONTJAI A CSALÁDORVOSI PRAXISBAN

DR. PIKÓ BETTINA

Magatartásorvoslás és prevenció a családorvosi praxisban

A dohányzás korunk egyik legnagyobb egészségügyi problémái közé tartozik, amelyet megerősítenek a magatartás-epidemiológiai, valamint a klinikai adatok. A cigaretta anyagainak káros hatása, biokémiai pathomechanizmusa már régóta tisztázott. Azt is tudjuk, hogy a tüdőrák kialakulásáért mintegy 90%-ban a dohányzás a felelős, amely ezen a daganatféleségen kívül még számos egyéb betegség – mint pl. a szájüregi rákok, a pancreas, a húgyhólyagrák, a nyelőcső rosszindulatú daganati vagy a szív- és érrendszeri megbetegedések – rizikófaktora. Ennek ellenére a dohányzás mint szokás nem tűnt el, és bár egyes fejlett országokban csökkent a gyakorisága, ez sajnos hazánkra nem érvényes. Ma már jól ismertek Kelet-Európa országainak rendkívül rossz halálozási viszonyai mind a hazai, mind pedig a nemzetközi szakirodalomból (1, 2). A mortalitási statisztikák alakulása nagyrészt élelmódbeli tényezőkre vezethető vissza, mint amilyenek a táplálkozási szokásaink vagy káros szenvedélyeink. De vajon mit is jelent az életmód, mennyiben az egyén és mennyiben a társadalom vagy az adott kultúra felelőssége életmódbeli döntéseink meghozatala? A dohányzás mint életmódbeli tényező megértése csak a magatartástudományi alapok ismeretének birtokában válik lehetségessé, hiszen bár a káros hatás mechanizmusa biológiai, a motivációs háttér már pszichoszociális és társadalmi kérdés.

A magatartásorvoslás gyakorlata a magatartástudományi eredmények alkalmazásán alapszik, hiszen a betegellátásban nem választhatók szét a természettudományos módszerek és a orvos–beteg találkozás humán történései (3, 4). Hatékony, a dohányzásról való leszoktatást elősegítő vagy a dohányzás megelőzését célzó program emiatt nem képzelhető el a magatartásorvoslás módszereinek ismerete nélkül. Az önkárosító magatartásformák ugyanis gyakran összefüggésbe hozhatók érzelmi funkciózavarokkal, adaptációs prob-

lémákkal, kóros tanult reakciómintákkal, szorongással vagy depresszióval (5).

Alapvető fontosságú, hogy a dohányzás és más addiktív magatartásformák jelzésértékét elismerjük, és megpróbáljuk megérteni a mögöttük rejtőző motivációs kapcsolatrendszert. A családorvosok mindig is kiemelten nyitottak voltak a magatartásorvoslási módszerek integrálására a családorvosi praxisban (6, 7). Hazánkban azonban a prevenció módszerei csak lassan nyernek valódi létjogosultságot, amelynek oka kevésbé az érdeklődés, hanem inkább az érdeklenség hiánya.

A pszichés és adaptációs zavarok, valamint a következményes addiktív magatartásformák felismerése a családorvosi praxisban kiemelt jelentőségű, hiszen a magatartási rizikótényezők kiiktatásával a morbiditási és mortalitási adatok javítható, s ezáltal a prevenció munkahatékonyabbá válik. A családorvos a rábizott lakossággal közvetlen kapcsolatot tart fenn, ő az, aki leginkább ismeri mindennapi életmódjukat, szokásaikat, az alapellátás „kapuőr” funkciója révén súlyosabb betegségek, mint pl. a szívinfarktus megelőzésében játszhat szerepet.

A dohányzás egy olyan magatartási rizikótényező, amelynek kialakulása és dinamikája a természettudományos alapokon túl magatartás- és társadalomtudományi megközelítést is igényel. Ezt alátámasztja az a tény, hogy alapvetően nem a dohányzás káros hatásainak ismeretével van a baj, hanem a háttérben megbújó pszichodinamikai erők hatnak olyan irányban, hogy már kora gyermekkorban elkezdődik a rászokás, később pedig csak igen nehezen tudnak a rendszeres dohányzók lemondani e káros szenvedélyükről. Az egészségügyben dolgozók, az orvosok, és a nővérek és az orvosok kellő ismeretanyaggal rendelkeznek, amelyre már hallgatóként szert tesznek, ennek ellenére jelentős részük dohányzik (8–10).

Az egészséges lakosság szintén helyesen ítéli meg a cigaretta káros hatásait, és a betegek többsége maga is elismeri, hogy a dohányzás szerepet játszott saját