

A túlélés alapja a városi lét?

A falusi betegek hátrányai az egészségügyi ellátás területén

*dr. Simek Ágnes PhD, vezető-főtanácsos
Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Népegészségügyi Főosztály
1094 Budapest, Gyáli út 2-4.
e-mail: simek.agnes@oth.antsz.hu*

Mégis miért más, mennyiben **egyedi a falusi egészségügyi ellátás?**

A válasz egyértelmű: a lakóhely sajátosságaiból, az ellátottak más szocio-ökológiai helyzetéből adódó eltérő egészségügyi státus és annak eltérő ellátási igénye és lehetőségei teszik szükségessé a faluegészségügyi ellátás külön kategóriába sorolását.

*Csak néhány az **eltérések** közül:*

*Mindenekelőtt az a máshol ritkán tapasztalható jelenség, hogy a falusi ember **munkahelye** legtöbbször a **lakóhelye** is. A **munkahelyi ártalmak** gyakran egyben **környezeti ártalmak** is.*

*A **lakóközösségek** viszonylag **kis, területileg körülzárt egységek**, ahol szinte mindenki személyesen ismeri egymást – ennek összes psychés előnyével és hátrányával.*

***Nincs elkülönült egészségügyi szakirányítás**, a létszámában kis közösség átlagos összetétele ezt nem teszi lehetővé. (1) Sok esetben a kis lakosság szám miatt **nincs önálló gyerekorvos, sőt háziorvos** is csak rész munkaidőben található, folyamatosan csak egy másik faluban elérhető.*

*További hátrányok a meglévő **utak** rossz állapota, mely bizonyos időjárási viszonyok között a lakóhely hosszabb-rövidebb ideig tartó teljes elzártságát okozhatja. Ugyanígy sok kis településen gondot okoz az **informatikai szolgáltatások** igénybevétele akár technikai, akár gazdasági okok miatt.*

A FAKKOSZ 8 falusi és 8 városi körzetben végzett felmérést a tapasztalatok, feltevések bizonyítására. A közel 4 000 páciens válaszaiból az alábbi objektív adatokat kaptuk:

*Jól látható a népesség kor-eltolódása **falun az idősebb korosztály felé.***

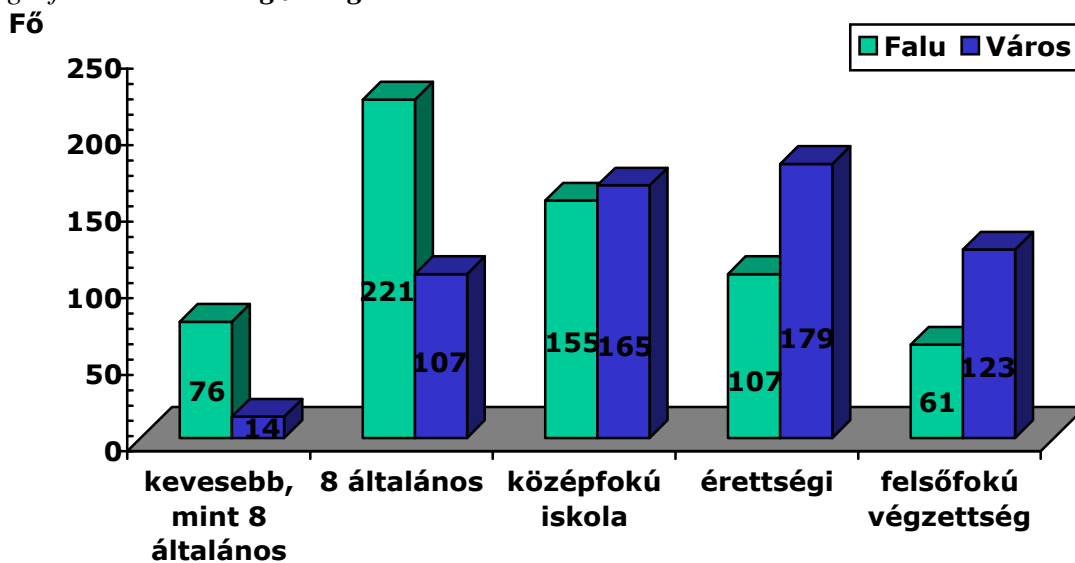
1. táblázat: Kormegoszlás:

	Falu	Város
15-18	36	18
19-25	64	73
26-35	101	203
36-60	273	293
61-	183	143

A kormegoszlás eltolódásának oka az évtizedek óta tartó **elvándorlás a munkalehetőségek hiánya, a falusi infrastruktúra hiányos volta, az iskoláztatás korlátozott lehetőségei miatt. Falun több az egyedülálló, különösen nő - ennek sok ma egyértelműen káros következményével: kisebb egy főre jutó jövedelem, arányaiban nagyobb szociális kiadások, elzárkózás, izolálódás, információhiány. Szemben a falusi korösszetétellel városon jellemző a fiatal, munkaképes korosztály jelentős aránynövekedése.**

A szociális körülményeknek és ebből fakadóan az egészségügyi **szolgáltatások igénybevehetőségének, igénybevételének fontos meghatározója az iskolai végzettség.** Ezt a tényt hangsúlyozza Belec Borbála és munkacsoportja is 2004-ben.(2) Kiemelik az alacsony iskolázottság hátrányait az egészségügyi ellátás minden területén.

1. grafikon: **Iskolai végzettség**



A Gauss-görbe **falun jellemzően az alacsonyabb iskolázottság, városon a felsőfokú végzettség felé tolódik el lényegesen.** Tényi Jenő professzor több cikkében is felhívta a figyelmet arra, hogy az alacsony iskolázottság a megelőzés ismereteinek hiánya a betegségek gyakoribb előfordulását, észleléskor súlyosabb állapotát vonja maga után, és ez főként a falusi népességre jellemző.(3)

A korösszetételből logikusan adódik, hogy a falun élő idősebb, iskolázatlanabb lakosság körében jóval **alacsonyabb a foglalkoztatottság.** A falusi lakosság előregedését jelzi a **szélesebb inaktív, jövedelemmel rendelkező és nem rendelkező réteg is.** A falun élők sokkal kiszolgáltatottabbak a munkáltatóknak éppen koruk, végzettségük és a kevés munkalehetőség miatt. Súlyosbítja a helyzetüket, hogy a munkáltató sokszor az útiköltségen takarékoskodva választ akár kevésbé képzett városi munkaerőt.

A foglalkoztatottság alakulásának megfelelően a jövedelmekben is nagy eltolódás mutatkozik. Városon a több aktív dolgozó az egyéneknek, családoknak **biztosabb, kiszámíthatóbb, tervezhetőbb a jövedelmet biztosít.**

Ma már nem luxuscikk az autó sem falun, sem városban. Többnyire a **munkába járást, a munkavégzést biztosítják, sokszor a megközelítés egyetlen módját jelentik, különösen falun. A**

rossz, sokszor üzemképtelen, vagy rendszám nélküli kocsi néha csak félreértelmezett státusz-szimbólum, de nem az elérhetőséget biztosítja, és semmiképp nem a biztonságot jelenti.

Ugyanígy erős hatást gyakorol az egészségügyi ellátás igénybevételére, elérhetőségére a **kommunikációs lehetőségek** biztosítása. Itt is jelentős előnnyel rendelkezik a városi lakosság. A falusi lakosság egyre nagyobb számban mondja le vezetékes telefonját a díjak emelkedése miatt. Ezzel párhuzamosan megveszi a modernebb, könnyebben kezelhető mobil-telefont, csakhogy sokszor használaton, rossz állapotban és kártyafeltöltéssel, amit többnyire nem tud folyamatosan biztosítani.

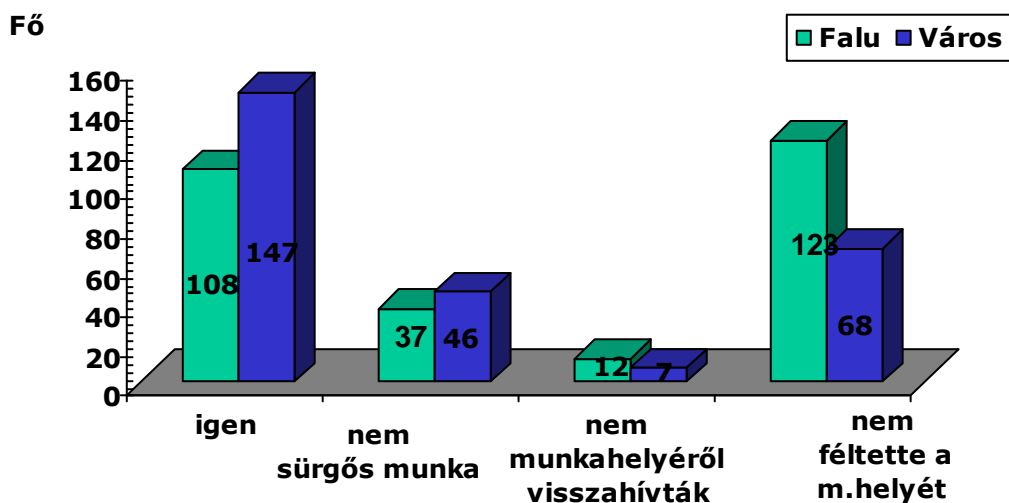
A **kommunikációs lehetőségek kiterjedtsége és elérhetősége, az Internet-használat lehetősége** fontos elemei az ismeretszerzésnek – akár a hétvégi ügyelet telefonszámát illetően, de az egészségügyi ellátásban is: a tájékoztató honlapok, egészségügyi rendezvények, egészségmegőrző programok igénybevétele területén (4) – ismét óriási előnnyel a városi lakosság számára. E fogalomkör ismételten fölveti a **betegtájékoztatás** hangsúlyozott fontosságát, különösen a **média** egyre növelendő befolyását az egészségügy területén, melyet pozitív irányban még jobban föl kellene használnunk.

A kommunikációs lehetőségek korlátozottsága miatt a **falusi betegek** inkább személyesen keresik orvosukat, mint **telekommunikációs úton**. A falusi helyzet szélsőségeire utal az **üzenőfüzet** fennmaradása, - amely azonban a legszegényebb és leghátrányosabb réteg számára is elérhetővé teszi az ellátást rendelési időn kívül, ha háziorvosát nem találja otthon.

Sokszor anyagi megterhelést jelent az egészségügyi ellátóhely elérése, - néha az útiköltség, benzin hiánya, az útviszonyok okozzák a beteg ellátatlanságát.

További egészségügyi hátrányt jelent a munkahelyek bizonytalansága. A **falusi lakosság éppen szociális okokból nem tudja igénybe venni a szociális ellátás egy formáját: a táppénzes állományt**. A táppénzre jogosult lakosság nagy része nem akarja a táppénz kihasználásával alacsony fizetését még tovább csökkenteni, illetve sok esetben nem meri igénybe venni táppénzjogát félve **munkahelye elvesztésétől**. Kollegiális megbeszélésekből tudjuk, hogy sok esetben tüdőgyulladás, elhúzódó lázas állapot, ismételt, haemorrhagiás cystitis esetén sem akartak/mertek táppénzes állományba vonulni a betegek.

2. grafikon: Igénybe vette-e a táppénzes állományt a teljes gyógyulásáig?

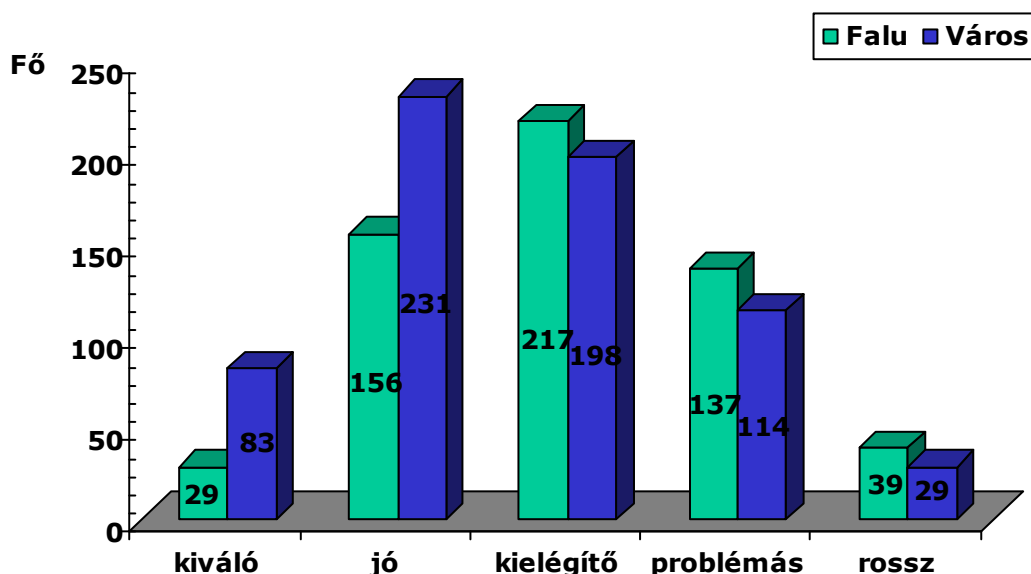


Létfontosságú szociális probléma, hogy a munkáltatók, ismerve a falun fokozottabb munkaerő-kínálatot, gyorsan megválnak a betegeskedő alkalmazottól újabb egészségügyi: pszichés, pszichoszomatikus betegségeket generálva.

A falusi lakosság egészségügyi helyzetének megítéléséhez elengedhetetlen, hogy ismerjük **egészségi állapotát**. A faluegészségügyi ellátást jelenleg elismerten legmagasabb szinten gyakorló Ausztráliában jelentek meg olyan cikkek, melyek felhívták a figyelmet a falusi lakosság lakóhelyéből adódó eltérő morbiditási és mortalitási mutatóira(5).

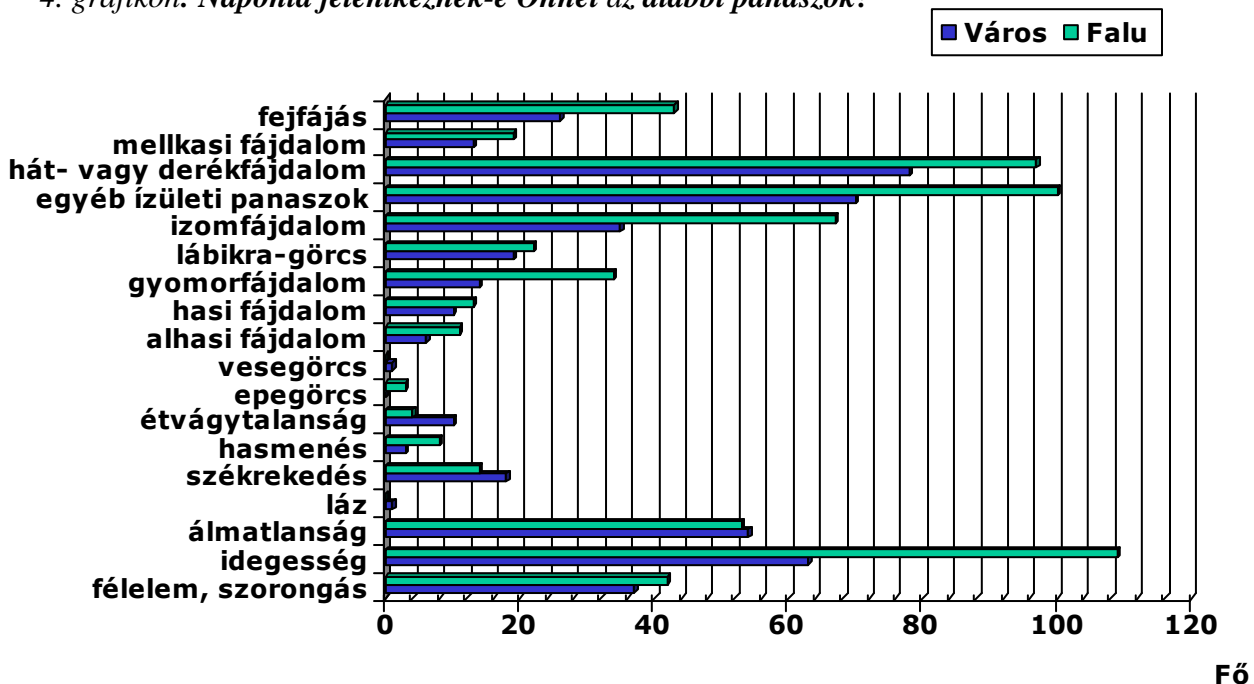
Mivel a beteg szempontjából próbáltuk elemezni az egészségügy és a falusi lakosság viszonyát, ezért a **betegek saját maguk megítélése alapján vizsgáltuk fizikális státusukat is**.

3. grafikon: **Hogyan írja le egészségi állapotát:**



A **falusi betegek** véleménye inkább megfelel a **Gauss-görbének**, míg a városi beteg az átlagosnál jobbnak tünteti föl állapotát.

4. grafikon: **Naponta jelentkeznek-e Önnél az alábbi panaszok?**



Általában jellemző, hogy a **rövid intervallumonként jelentkező panaszok a falusi lakosság regisztrálta gyakrabban**, míg a ritkábban jelentkező panaszokat a városi népesség. Összehasonlítva azonban a gondozási adatokkal, megállapíthatjuk, hogy a **falusi beteg sokkal több gyakori panasszal rendelkezik, mint amilyen arányban krónikus betegségeit kezelik.** Vagyis a falusi beteg panaszkodik, de nem törődik magával, míg a városi beteg elégedettebb egészségi állapotával, és részt vesz betegségei gondozásában. Ez komoly figyelmeztetés nekünk, **falusi háziorvosoknak, hogy betegeink kevésbé tájékozottak**, nem ismerik az alarmírozó tüneteket, az ellátás lehetőségét, és nem tekintik **aktív feladatuknak saját betegségeik felkutatását és gondozását.**

Annak ellenére, hogy a **falusi lét megítélését** vizsgáló felmérések(6) egyértelműen **negatív eredménnyel** zárultak, a falusi létforma **sok pozitív elemet is tartalmaz:** A **természetes környezet** sok esetben biztosítja a jó levegőt, a nagyobb mozgási lehetőségeket. A **zárt közösségek** éppen a személyes ismeretség miatt többet tudnak törődni tagjaik személyes problémáival, jobban kimutatható az egyén felé irányuló gondoskodás hivatalos és magán-területen is. Ennek előnyeire és hátrányaira hívja föl a figyelmet James Rourke, a falu-egészségügy napjainkban legnagyobb szaktekintélyének számító kanadai kolléga(7). Az orvos, az ápolónő, a védőnő is mélyebb ismeretekkel rendelkezik betegek életkörülményeit illetően, nagyobb a lehetőség az **egyénnre szabott gyógymódok** kialakítására, a **pszichoszomatikus betegségek felismerésére.**

Akkor mégis miért tarjuk szükségesnek a **faluegészségügy mint komplex ellátási forma, mint egységes tudomány** kialakítását?

Elsősorban és mindenek felett az **esélyegyenlőség** biztosítása céljából.

Az előnyök ugyanis számukban és lehetőségeikben ma még messze elmaradnak azoktól a hátrányoktól, melyek a falusi lakosokat sújtják. És bár történtek jelentős lépések a falusi betegellátás területén, ezek mindegyikét a magyar egészségügyben is meg kell lépniük.

Mit tehetünk tehát, a falusi betegellátás területén, hogy javuljanak a morbiditási mutatók?

Először is – paradox módon, - a **betegségek teljes felderítésére** van szükség a szűrések kiterjesztésével, lehetőleg még a kockázati stádiumban. Ez ugyan sok esetben növeli a morbiditási értékeket, de a szövődmények, korai halálozás, életminőség szempontjából már ez a szűrőtevékenység s jelentős javulást eredményez. Ehhez azonban betegeinket rá kell vennünk az **egészségtudatos magatartásforma** elsajátítására, és alkalmazására – a rohanó élettempó, a túlhajszoltság az idő- és gyakran pénzhiány ellenére. Vagy talán éppen azért!

Ahogy Kopp Mária professzor javasolta,(8) a beteg aktív egészségmegőrző tevékenységének kialakításához kevés a **felvilágosítás**, ehhez **motiváció** is kell. A feladathoz meg egy jó menedzser-alkatú háziorvos, magasan képzett, akár diplomás ápolók, és nagyon erőteljes **társadalmi összefogás** az oktatás, média, szociális és egyházi szféra meg az egészségügy területén. Mindezt a betegért, a beteggel, mindannyiunk üdvére. Mert a **közösségi orvoslás** legnagyobb jelentősége többek között éppen az, hogy nemcsak a salus aegroti, hanem a salus ominium is a lex suprema körébe tartozik.

Összefoglalás:

*A falun élő lakosok a felmérések szerint képzetlenebbek, ennek megfelelően köztük gyakoribb a munkanélküliség, jövedelmük alacsonyabb a városon lakókéknál. Mindezek szociális következménye a kevesebb, rosszabb minőségű autó, a telekommunikációs eszközök (mobiltelefon, internet) alacsonyabb szintű használata. Egészségügyi következményei a szolgáltatás csökkent elérhetősége miatt a ritkább igénybevétel. Ez megmutatkozik a szűréseken való alacsonyabb részvételen, a krónikus betegségek gondozásának elhanyagolásán, az akut betegségek súlyosabb állapotán. A megoldás a széleskörű betegtájékoztatás, a betegek önálló felelősségvállalása saját egészség-megőrzésükben és a társadalom egyéb szolgáltatásainak integrációja az egészségügyi ellátásba: a **közösségi orvoslás** kialakítása.*

Irodalom

1. *Gabhainn SN, Murphy AW, Kelleher C. A national general practice census: characteristics of rural general practices. Fam Pract. 2001. (6):622-6.*
2. *Belec B. Balogh S. Hajnal F. Nagymajtényi L. Paulik E. Az iskolázottság hatása az egészségi állapotra Csongrád megyében. Medicus Universalis 204. 37. évf. 1. sz., p. 11-16.*
3. *Tényi J. A falun élők egészségéért. Környezetvédelem, VIII. 2000./3. sz. 18-19.*
4. *Simek Á. A betegek mint az egészségügy aktív résztvevői. Medicus Universalis: Med. univers. 2007. 40. évf. 1. sz.*
5. *Turrell G, Mathers C. Socioeconomic inequalities in all-cause and specific-cause mortality in Australia: 1985-1987 and 1995-1997. Int J Epidemiol 2001;30(2):231-9.*
6. *Promotion of sustainable rural Health in the European Region. Report on a WHO meeting, Bilthoven, Netherlands 5 April 2000*
7. *Rourke J. Smith L. Brown J. Patients, friends, and relationship boundaries. Can Fam Physician. 1993 Dec;39:2557-64. Comment in: Can Fam Physician. 1994 Mar;40:430.*
8. *Kopp M. Önkárosító magatartásformák a magyar népesség körében. Onkológia 45 2001. 3. 139-143.*