

Az egészség társadalmi és mediális konstrukciója időskorúak esetében

HEGEDŰS ANITA

Szegedi Tudományegyetem, meghívott oktató

E-mail: media@hung.u-szeged.hu

KOTROCZÓ KINGA

Szegedi Tudományegyetem, egyetemi hallgató

E-mail: media@hung.u-szeged.hu

DR. PUSZTAI BERTALAN

Szegedi Tudományegyetem, egyetemi docens

E-mail: bpusza@media.u-szeged.hu

Abstract (The Social and Media Construction of Health in the Case of the Elderly)

In the fall of 2017, in the framework of EFOP 361 project of the University of Szeged, a media science research has started on the mediation of health discourse at the Department of Communication and Media Sciences. One of the directions of the research in several sub-topics is to reveal the social constructions of health and healthy lifestyle, focusing on the influence of the media. This research topic was researched by focus group interviews in different age groups. Our study approached the subject in a funnel-like manner: at first it was about the nature of health and health conditions, this was followed by a section on healthcare systems and self-medication then the topic of health-related media consumption. This paper discusses the results of a study of people over 65 years of age.

Keywords *media science; health; healthy lifestyle; focus group study*

Rezumat (Construcția socială și mediatică a sănătății în cazul vârstnicilor)

În anul 2017, la Universitatea din Szeged am demarat un proiect de cercetare despre mediatizarea discursului legate de sănătate. Una dintre temele cercetării focalizează asupra construcțiilor sociale despre tema sănătății și a vieții sănătoase, analizând în special efectul mass-media. Cercetarea a fost realizată cu ajutorul interviurilor de grup focalizate. Prezentul studiu prezintă rezultatele cercetării în rândul persoanelor de peste 65 de ani.

Cuvinte cheie *studii media, sănătate, mod de viață sănătos, analiza pe focus-group*

2017 őszén a Szegedi Tudományegyetem EFOP 361-es projektje keretében médiatudományi kutatások kezdődtek az egészség diskurzusának mediatizációjáról a Kommunikáció és Médiatudományi Tanszéken.¹ A számos altémában zajló vizsgálatok egyik iránya az egészségről, egészséges életmódról létező társadalmi konstrukciókat igyekeznek feltárni, kiemelten vizsgálva ebben a média hatását. Ezen kutatási témát életkori bontásban szervezett fókuszcsoportos interjúkkal kutattuk. Vizsgálatunk tölcészerűen közelített a témához, azaz először az egészség mibenlétéről, egészségi állapotról volt szó. Ezt követte az egészségügyről, önmedikációról szóló rész, majd az egészséggel kapcsolatos médiafogyasztás kérdésköre. Jelen írás a 65 évnél idősebbek körében végzett vizsgálat eredményeit taglalja.

1. A kutatás módszertana

A kutatás során kvalitatív vizsgálati módszert alkalmaztunk: két fókuszcsoportos interjút készítettünk az Szegedi Tudományegyetem Kommunikáció- és Médiatudományi Tanszékén 2018 nyarán. Az interjúalanyokat igyekeztünk úgy összeválogatni, hogy ne ismerjék egymást. Összesen kilenc fő vett rész a beszélgetéseken, a kiválasztás során három kritériumot határoztunk meg: az alanyok nyugdíjasok, Szegeden élők legyenek, valamint ne rendelkezzenek egészségügyi munkatapasztalattal. Az interjúkat videokamerával és diktafonnal egyaránt rögzítettük, az interjúkon egy kérdező és két asszisztens vett részt. Az interjúalanyokat az interjú rögzítése előtt tájékoztattuk a kutatás legfontosabb adatairól, háttéréről, illetve biztosítottuk az anonimitást, melyet ebben a tanulmányban is tiszteletben tartunk.

Az interjúalanyok kora 63 és 82 év között mozgott, öt nő és négy férfi vett részt a beszélgetéseken. Végzettségüket tekintve öten rendelkeztek felsőoktatási végzettséggel, hárman érettségivel, egynek pedig 8 általános iskola volt a legmagasabb végzettsége. A megkérdezettek közül mindannyian Szegeden élnek. Egy résztvevő kivételével az összes interjúalany részesült az elmúlt öt évben kórházi ellátásban, rendszeres orvosi kezelésre hatan szorulnak, azaz intenzív személységi élményekkel, tapasztalatokkal rendelkeznek az egészségügyi rendszerrel kapcsolatban. Az interjúalanyok közül négy fő rokonságában található olyan személy, aki egészségügyben dolgozik, az interjúk során azonban az egészségügyi munkatapasztalattal rendelkező rokonok hatása nem volt releváns módon érzékelhető. Az interjúk hossza 1 óra 35 percre és 1 óra 42 percre nyúlt.

A fókuszcsoportos kutatást félig strukturált kérdőív alapján készítettük el: az interjú során követtük az előre meghatározott kérdések menetét, de indokolt esetben, az alanyok válaszainak, interakciójának tükrében teret engedünk további, a témához kapcsolódó kérdések, kisebb témakörök megjelenésének is. Az interjú kérdései a következő nagyobb témacsomópontokba sorolhatóak:

1. egészséges életmódról alkotott kép, Szeged mint egészséges életmód folytatására alkalmas/nem alkalmas település

2. egészségdefiníciók (ki számít egészséges embernek, melyek az egészség legfontosabb összetevői)

3. az egészségügygel, orvosokkal, ellátással kapcsolatos tapasztalatok, vélemények

4. asszociációs kérdések (milyen gyümölcs, állat, tárgy, étel lenne az egészségügy?)

5. egészségmegőrzésre használt eszközök

6. önmedikáció

7. tájékozódás az egészség, az egészségügy kapcsán (sajtó, televízió, internetes fórumok és weboldalak, social media, patikai magazinok, termékbemutatók, gyógyszerreklámozás)

2. Kutatási csomópontok az idősek egészségről való gondolkodásának vizsgálatában

a) Az idő haszna: „sikeres” öregedés és bölcsesség

A nemzetközi kutatások tanulsága szerint az időskorú emberek tágabb idődimenziókban gondolkodnak, mint a középkorú és a fiatal korosztályok tagjai. A kor előrehaladtával gyakrabban megjelenik az elmúlás gondolata: hetvenéves kor felett az egyén legtöbbször tisztában van azzal, hogy élete utolsó negyedébe érkezett (Boga, 2012).

Ahogy azt Moody (2002), Wong (1989) és Rowe&Kahn (1997) leírják, ezen korosztály bizonyos tagjainál beszélhetünk a sikeres öregedésről (*successful aging*). A kutatások két eltérő definíció alapján másképpen határozzák meg a sikeres öregedés feltételeinek teljesüléseit. Az egyik nézet szerint ez az egészség minél hosszabb ideig való fenntartásával azonos. A másik definíció szerint viszont ez nem egyenlő azzal, hogy minél tovább egészséges marad az egyén, hanem úgy határozható meg, hogy mennyire képes alkalmazkodni a veszteségekhez, ha azok bekövetkeznek. Ez a nézet nem kizárólagosan a fizikai állapotra szorítkozik, hanem a sikeres öregedés komponensei közé sorolja továbbá: a betegségek és a betegségekhez köthető fogyatékoságok alacsony valószínűségét; a magas kognitív és fizikai funkciókra való képességet, illetve az aktív elköteleződést az élethez (Rowe&Kahn, 1997). Ezalatt az interperszonális kapcsolatok fenntartását és a különböző produktív tevékenységeket értik.

Láthatjuk tehát, hogy „sikeresség” mibenléte nem csupán az egészségmegőrzésben rejlik, ennél egy sokkal összetettebb folyamatról van szó. Erikson (1950) szerint az élet utolsó pszichoszociális konfliktus elé állító szakasza az öregedés – ez történhet sikeresen, azaz integrációval (az egyén úgy gondolja, van értelme az életének), mely egy magasabb szintű fejlődést, bölcsességet hoz az egyénnek; vagy sikertelenül, mely kétségbeesettséget és bizonytalanságot eredményez. A kapcsolat a bölcsesség és az öregedés között potenciálisan pozitív, mert a bölcsesség mint időtlen és univerzális tudás lehetővé teszi időskorunkra, hogy felkészüljünk az

azzal járó fizikai és szociális hanyatlásra. A kritikus eseményekkel való találkozás valószínűsége az életkor előrehaladtával egyre nő, ezáltal valószínűbb, hogy az illető bölcsse válik. Nem feltétlenül az élettapasztalat számít, hanem az átélt események természete, hiszen a szokatlan események gyarapítják leginkább a bölcsességet. Ezek az életesemények, azok értelmezése és beillesztése az élettörténetbe alkotják az identitásunkat, a narratív „én”-t. A narratív én fejlődése tehát egy élet-hosszig tartó, dinamikus folyamat (Birren&Schaie, 2006).

A kor előrehaladtával járó személyiségfejlődést illetően is eltérő nézetekkel találkozhatunk. Herzog, Rodgers&Woodworth (1982) negatív képet festenek, miszerint a személyiségfejlődés süllyedő perspektívát mutat, az idős emberek egyre képtelenebbek megbirkózni az új szituációkkal és a változással. Ettől eltérő megközelítés szerint a bölcsességet és a legkiteljesedettebb személyiséget az élet utolsó szakaszában érjük el az addigi életre való pozitív visszatekintésnek köszönhetően (Butler, 1974), egotranszcendenciával (Peck, 1968) vagy növekvő spirituálisitással (Tornstam, 1994). Más kutatók szerint a korral járó érettebbé válás tipikus és normatív, legalábbis a mentálisan egészséges személyek esetében. Maslow (1968) szerint az élethosszig tartó személyiségfejlődés annak is betudható, hogy az egyén egyre több és több szükségletét kielégíti.

b) A fizikai aktivitás jelentősége a fizikai és mentális egészség megőrzésében

Az időskori egészség definiálásában gyakran használt terminus a törékenységet (*frailty*). A fogalom egy többdimenziós tünetegyüttest jelöl, mely a különböző tartalom elvesztésével jár (energia, fizikai aktivitás, észlelés, egészség) és gyengeséghez vezet (Rockwood et al., 2005). Egyes nézetek szerint akkor beszélhetünk törékenységről, ha az alábbi tünetek közül legalább 3 fennáll: nem szándékolt fogyás, kimerültség, gyenge állóképesség, lassú sétálás, csökkent fizikai aktivitás (Rockwood et al., 2005). Mint ebből a definícióból is kiderül, az idősök életminőségének meghatározásában rendkívül fontos szerep tulajdonítható a mobilitásnak. A fizikai aktivitás és a táplálkozási szokások a fizikai és a mentális egészségre is nagy hatást gyakorolnak (Voorips et al., 1992). Különböző előretekintő kutatások számos fontos preventív hatást dokumentálnak a mozgás és a mentális egészség kapcsolatában: a depresszió (Strawbridge et al., 2002), szellemi fogyatékoság, demencia és az Alzheimer-kór (Abbott, 2004; Colcombe & Kramer, 2003; Laurin et al., 2001; Rovio et al., 2005; YaVe et al., 2001) kezelése területén. Az öregedést általában a testzsírszázalék növekedésével és az izomtömeg csökkenésével hozzák összefüggésbe. Utóbbi pedig csökkent izomerősséget, csökkent maximális aerob kapacitást (oxigénfelvevő képességet) és csökkent csontsűrűséget von maga után. Meg kell természetesen jegyeznünk, hogy nem minden életkorhoz köthető tünet vált ki maga az életkor – az egyén genetikájának és életmódjának is fontos szerepe van ezek megjelenésében (William&Drewnowski, 2001). Ez összesítve az általános aktivitásszint csökkenéséhez vezet, míg egyre szűkül az igénybe vehető és a személynek alkalmas mozgásformák köre.

Drewnowski és William (2001) szerint az idős korosztály a többi korcsoport-hoz képest sokkal intenzívebben keres egészségügyi információkat, és hajlandó viselkedésbeli változtatásokat eszközölni egészsége javítása érdekében. Míg régebben az egészségfejlesztő programok célja a jó egészségben eltöltött élettartam növelése volt, ma a fókusz inkább az összességében tekintett jólét és az életminőség javítása. Az élettartam növekedésének velejárója a krónikus betegségek számának növekedése, mely gyakran eredményezhet funkcionális fogyatékoságokat, a segítség szükségességét. Így elengedhetetlen, hogy a fizikai aktivitás célja az életminőség javítása és a mindennapi tevékenységek, rutinfeladatok elvégzésének megkönnyítése legyen. A leggyakrabban végzett fizikai aktivitással járó tevékenység az idősek körében a séta. Egyedül a séta gyakoriságában nem figyelhető meg csökkenés, más fizikai aktivitásformákban (pl. kertészkedés, biciklizés) viszont igen. Azonban a nem és az etnikum is befolyásolhatja a fizikai aktivitás mértékét.

A saját elhatározásból vagy rehabilitációs program keretében szervezett mozgás célja a mindennapi tevékenységek (főzés, étkezés) önálló elvégzésének könnyítése, a mobilitás és az önálló aktív életmód fenntartása, valamint az esések és sérülések megelőzése, mely fontos szerepet tölt be az életminőségben (Drewnowski&William, 2001). Különösen az izomerőt és állóképességet célzó erőnléti edzés gyakorolhat pozitív hatást az ezen feladatok elvégzésére vonatkozó képességre. Az időskori egészségügyi állapot mozgás által történő javításában Stewart és King (1991) két lehetséges kimenetelt állapított meg: az egyik a funkcionális növekedése (idesorolandók a fizikai képességek, ügyesség, felfogás, mindennapi tevékenységek). A másik kimenetel az összességében vett jó egészség javítása, mely nem csak a testi tüneteket veszi figyelembe, hanem az érzelmi jólétre és énképre is szempontként tekint. Az élet feletti irányítás és uralom érzése, valamint az elégedettség és élvezet kulcsszerepet játszanak a mozgás egészségre gyakorolt hatásában. Azonban a saját egészség kedvezőtlen észlelése befolyásolja a részvételi hajlandóságot a különböző mozgásrehabilitációs programokban. Ezzel ellentétben a mozgás élvezete és az elégedettség pozitív előrejelzői a fizikai aktivitásnak. Láthatjuk tehát, hogy inkább a pszichoszociális, mint a biomedikális tényezők játszanak nagyobb szerepet a mozgásprogramokon való folyamatos részvételben.

Westertep és Meijer (2001) szerint jóllehet, az inaktív és aktív életmódot folytató időskorú emberek testösszetételében nem mutatkozott szignifikáns eltérés, azonban az erőnléti edzés pozitív hatást gyakorol az izmok működésére, mely kedvezően hozzájárulhat a mindennapokban elvégzendő fizikai cselekvések sikerességéhez.

c) Öngyógyítás és polifarmácia

A gyógyszereszedési szokásokhoz kapcsolódóan a leggyakrabban megfigyelhető jelenség a több gyógyszer egyidejű, általában helytelen szedése. Nincs konkrét meghatározás és megállapodás arra vonatkozólag, hányfajta gyógyszer szedése minősül helytelennek. Általánosságban azt jelenti, hogy több gyógyszert szed

az egyén, mint amennyi orvosilag szükséges lenne. Ebből kiindulva az orvosnak nem jelzett, nem hatásos, illetve a duplikációt jelentő gyógyszereket sorolhatjuk ide (Maher, Hannon&Hajjar, 2014). Az öregedés és a különböző krónikus betegségek kombinációja növeli a gyógyszeres kezelés, ezáltal a mellékhatások előfordulásának gyakoriságát (Ostrom et al., 1985).

Az öregedő társadalmakban az idős korosztály számára írják fel a legtöbb vényköteles készítményt. Holland et al. (2005) kutatásai szerint az összes felírt gyógyszer 28%-át a 75 éven felüliek 7%-a fogyasztja. Wyles és Rehman (2005) azt állapították meg, hogy a 60 év fölöttiek kapják a felírt gyógyszerek 52%-át, a 75 év fölöttiek 36%-a pedig 4 vagy több gyógyszert szed. Maher, Hanlon és Hajjar (2014) egy 300 főből álló csoport vizsgálatakor a 10 vagy több gyógyszert szedő alanyok esetében csökkent funkcionális kapacitást és a mindennapi feladatok önálló végrehajtásában való nehézséget figyeltek meg.

A gyógyszerek által okozott ártalmas hatások a szedett gyógyszerek számával arányosan növekednek. A helytelen gyógyszereszedés bármely életkorban előfordulhat, a valószínűsége azonban időskorban a legmagasabb. Több betegség egyidejű kezelése gyakran több gyógyszer felírását is megköveteli, komoly kihívást állítva ezzel a helytelen gyógyszereszedés elkerülésére. A legnagyobb veszélyfaktorok a gyógyszerek között fellépő kémiai reakciók, valamint a gyógyszer adott betegségre gyakorolt esetleges mellékhatásai. A páciensek gyógyszereszedési szokásai nagyban hozzájárulnak a panaszok kialakulásához. McElnay és társai (1997) kutatásai alapján az adagolásra vonatkozó instrukciók nem betartása gyakoribb időskorban, mint a túlzott betartásra törekvés. Ennis és Reichard (1997) szerint a memóriabéli hiányosságok is összefügghetnek a helytelen gyógyszereszedéssel, mivel ez hatással lehet arra, hogy a páciens megérti-e az instrukciókat (például elfelejti, hogy bevette-e már a napi dózist, vagy duplán veszi be). Holland és társai (2005) úgy találták, hogy az orvos által felírt gyógyszerek 50%-át nem rendeltetésszerűen, az előírások betartásával szedik.

A kórházi beutalások 19%-a iatrogén okokra vezethető vissza (Gymonpre et al., 1988). Ez alapján látszik, hogy a hatékony orvos-páciens kommunikáció és a megfelelő informálás nagyban hozzájárulhat ezen problémák elkerüléséhez. Ennis-Reichard (1997) szerint továbbá a felvilágosítás az adott gyógyszer hatásáról, a felírt mennyiségről, a gyógyszer tárolásáról, ételekkel való kölcsönhatásáról is mindenképp az informálás részét kell, hogy képezzék. Itt különösen fontos megemlíteni a nem vényköteles készítményeket. Ostrom és társai (1985) kutatásai szerint az alanyok 82%-a használt vény nélküli terméket, javarészt fájdalomcsillapítókat és vitaminokat, valamint több mint a felük ezekből a készítményekből rendszeresen tartott egy adaggal otthonában. Ezeket gyakran nem is sorolták a gyógyszerek kategóriájába. 80% nem konzultált a patikában gyógyszerésszel, mielőtt vény nélküli gyógyszert vett, a gyógyszertárban pedig csak a megkérdezettek 44%-a kapott információkat a vény nélküli készítmény szedésével kapcsolatban. Az alternatív, illetve növényi gyógyszerek szedésének legfőbb okai az általános egészségi állapot javulása, a hagyományos készítményekkel való elégedetlen-

ség, fájdalomcsillapítás és a mellékhatásoktól való félelem. E készítmények használói általánosságban többször fordulnak meg orvosnál (Astin et al. 2000).

3. Az egészség társadalmi és mediális konstrukciója

a) Az egyéni egészség megteremtése

Táplálkozás

A ma elfogadottnak és divatosnak számító táplálkozási vagy életmódvezetési irányzatok az interjúalanyok számára másodlagosak, vagy teljesen jelentéktelenek, ebben a korcsoportban a megszokások, illetve krónikus betegségeik miatt a kötelezően alkalmazandó étrendek dominálnak. Egyfajta általános bizalmatlanság és szkeptikusság figyelhető meg köztük: sziklaszilárd alapokkal rendelkeznek az egészséges életmódról, melyeket még felmenőiktől tanultak, vettek át – egyes mai táplálkozási trendeket egyenesen átverésnek, tömeghisztériának tartanak. A minőségromlás kérdésében is egy véleményt osztottak, miszerint a növekvő piaci igények miatt a ma boltban kapható élelmiszerek – zöldségek, gyümölcsök, hússok – már nem olyan ízesek, nem rendelkeznek annyi értékes tápanyaggal, mint az ő gyermekkorukban. Illetve kétes eredetűek és nem tudni, milyen összetevők vannak – annak ellenére, hogy a csomagoláson mi szerepel. A legtöbb ember szerintük bizonytalan azzal kapcsolatban, hogyan is kellene egészségesen táplálkozni, ezért elvesznek az egészségtrendek hálójában, melyek folyamatosan változnak, néha egymásnak teljesen ellentmondanak. Az interjúalanyok véleményéből idézünk:

„Na, most igen fontos az egészséges élet, és az étkezés, amit hát mostanában már elég nehéz betartani, mert hát sok zöldséget, gyümölcsöt szeretek enni nagyon, de hát már ugye a maiak már nem azok a régiek. Sok vegyszert használnak.”

„Bizonyos mértékig az ember azt tapasztalja, hogy vannak divatok és hisztériák. Pár évvel ezelőtt a zsír volt mindennek a teteje, most mindent eszünk, mangalicazsírt, mangalica most a földön nincs annyi, mint amennyit mi most elhasználunk, mert mindenbe tesznek. A kelt tésztába, a süteménybe, a vaját kipótolják vele, mert omlósabb lesz, finomabb lesz, már ízesebb lesz, már semmi bajunk nem lesz a zsírtól. És ez nagyon sok mindennel így van, meg a sóhisztéria is, hogy mindennek sok, meg a vérnyomásunk is sok tőle.”

A csoportbeszélgetések alatt kirajzolódott egy uralkodó nézet a táplálkozásban: a mértékletesség elve, a legtöbben eszerint étkeznek. Nem lehet az ételeket aszerint kategorizálni, hogy egészséges vagy egészségtelen, az, hogy „egészségtelen”, nem létezik, csupán tudni kell őket olyan kombinációban fogyasztani, mely nem terheli meg a gyomrot – egy zsírosabb étkezés után esetlegesen egy könnyebb, zöldségeket és gyümölcsöket tartalmazó menü következék:

„Elég sok ilyen dísznőságot eszek, oldalast, kolbászt, hurkát, de azért talán elensúlyozom. Igaz, annak van illata, a hagymának.”

Fizikai aktivitás

A résztvevők önmagukra kivetített egészségfelfogásában már nem igazán az esztétikai szempontok, hanem egy ún. „szinten tartás” és egészségmegőrzés dominál. A mozgás nem a kívánt testkép elérésnek eszköze, inkább arra szolgál, hogy mindennapi tevékenységeiket gördülékenyen tudják végezni, és ne hagyják el magukat. Tudatosan arra készítik magukat, hogy ha lehetőségük engedi, ne a kényelmesebb opciót válasszák – például tömegközlekedést pár perc séta helyett –, hanem mozgásban maradjanak:

„Ha ott maradt a vizes palack, akkor fölállok, nem halogatom, fölkelek, úgy is, ha a szemüvegem a polcon maradt, akkor újra felállok, tehát így elhatározom, hogy ne kényelmeskedj, „K.”, menj és állj föl!”

Sokan orvosi javallatra végeznek valamilyen mozgásformát, vagy szabadidejükben, hobbiként, akiknek még egészségügyi állapota ezt engedi. A mozgás ilyenkor ideális esetben örömmel társul, melyet pár résztvevő a lelki egészséggel hozott párhuzamba.

Az idő szerepe az egészség értelmezésében

A beszélgetések egyik általános témája volt az életkorral járó betegségek, panaszok és az elmúlás. Az elmúlást egy természetes jelenségnek tartják, melyet nyilvánvalóan nem lehet kivédeni, azonban az addig hátralévő időt a lehető leghosszabb ideig jó egészségügyi és lelki állapotban eltölteni lehetséges, és kell is véleményük szerint. Az egészséget nem csupán a betegség hiányaként, hanem egyfajta katarzisélményként, a teljes lelki egyensúly és megelégedettség pillanataként írták le. Az alanyok szerint azért fontos a lelki egészség, mert a lelki folyamatok nagyban kihatással vannak fizikai állapotunkra, a betegségeknek lehetnek pszichoszomatikus okai. Ahhoz, hogy valaki elinduljon a gyógyulás felé vezető úton, először fejben kell eldöntenie, hogy meg szeretne gyógyulni – tehát az egyéni egészség nemcsak attól függ, hogy vannak-e fizikai tüneteink, fájdalmaink, hanem attól, hogy ezeket hogyan éljük meg, behelyezkedünk a betegpozícióba, hagyjuk-e, hogy úrra legyen rajtunk az elhagyottság, tehetetlenség érzése, vagy elfogadjuk és megpróbálunk tenni ellene:

„Mert vannak az ember életében tragédiák. Szóval igen, túl kell rajta tenni magunkat, akármilyen nehéz is, és továbbmenni az életvonalon. Az, hogy elvesztünk hozzátartozókat, azzal nem tudunk mit tenni, azt nem mi döntjük el, de fájdalmas, de nincs mit csinálni.”

„Ez egy felfogás kérdése, hogy én betegnek érzem-e magamat, vagy nem. Akkor is, hogy fáj az ujjam, vagy nem tudom, most hogyha azt kérdezem, hogy ez egy ilyen, persze hogy az orvos automatikusan mindenkét betegnek szólít, aki ott van a váróban, de azért az ember... úgy érzem, hogy ez most rajtam is múlik, hogy én mi nek érzem magam.”

Felmerült a beszélgetés során egyfajta ellentmondás is. Mindegyik résztvevő egyetértett abban, hogy a legrosszabb dolog, amit az ő korukban tenni lehet,

önmagunk elhagyása, sajnálatása. Megjegyezték, hogy sok nyugdíjas korú ember gyakran sajnálatja magát, elvárja a környezetétől, hogy feltétel nélkül mindenben kiszolgálja, még ha nem is feltétlenül szorulna rá, illetve vannak olyan tevékenységek, melyeket segítség nélkül is el tud végezni. Utaltak arra, hogy ennek a társadalmi elvárás lehet az oka:

„Elnézem, hogy bejön a váróba, leül, és akkor látszik, hogy szenved. Most olyan helyen ülök, ahol szenvedni kell. Szóval odakint felveszi azt a kinézetet.”

Amikor a beteg ember orvosi ellátást vesz igénybe, akkor magára kell öltetnie a betegstátuszt, mert ez a társadalmi norma. Egy egészséges, önmagát jól érző ember „nem vehet” igénybe betegellátást, hiszen ennek nem is lenne értelme. Tehát ha nem viselkedünk betegként ilyen helyzetben, nem felelünk meg az elvárható viselkedési formának. Számukra ez a fajta viselkedés nem örvendett nagy népszerűségnek, úgy gondolták: az embernek kell, hogy legyen annyi méltósága, hogy nem tárja ország-világ elé, mennyire szenved éppen, hanem magánügyként kezeli, és próbálja a lehető legpozitívabban felfogni a helyzetet.

Az életkorral járó panaszok kapcsán megemlítették a betegségmegelőzést is. Rengeteg dologra tudatosan kell figyelniük, legyen az étkezés, mozgás, gyógyszerek bevétele vagy a rendszeres orvosi vizsgálatok. Az alanyok szerint a megelőzés szerves része az életüknek, nemcsak a panaszok jelentkezésekor alkalmazzák ezeket a módszereket, hanem a mindennapjaik során is. Az egészséget még egyfajta „készenléti állapotként” is definiálták, hogy amikor a hozzátartozóik az ő segítségükre szorulnak, képesek legyenek támogatni őket. Emiatt ügyelnek tudatosan a jó egészség megtartására: ez a mozgatórugója annak, hogy ne hagyják el magukat végleg, ez motiválja őket. A nyilvánvaló fizikai tünetek elkerülése mellett fontos még a mentális egészség megőrzése is, az agytornáztatás, mentális frissen maradás, élethosszig tartó tanulás és ismeretbővítés. A mentálist elengedhetetlen elemként definiálták a megkérdezettek:

„Nekem is van hat unokám, és őket várom, hogy amikor kellek, akkor vagyok, és szerintem ebből áll az egészség, hogy van a család, de nem tehenkedünk rá, hanem ha kell, akkor készenlétben állunk, de ezenkívül vannak saját terveink, és azokat megvalósítjuk.”

Az egészség összetevőjeként felmerült még a szociális egészség is. Ez mindenképpen egy felsőbb szint, amelyre csak azok az emberek „képesek”, akiknek lelki egészségük rendben van – vélték az interjúalanyok. Véleményük szerint ha boldogtalanok és elégedetlenek vagyunk az életünkkel, ez megakadályoz minket abban, hogy másokhoz normálisan viszonyuljunk, kedvesen szóljunk és viselkedjünk velük. Azonban tehetünk mások – akár környezetünkben élők, akár ismeretlenek – egészségéért is, azáltal, hogy tisztelettel bánunk velük, és nem a konfliktusok folytonos keresése vezérel minket. Annak hatásaként, hogy másokkal is úgy viselkedünk, ahogy azt fordított helyzetben elvárnánk tőlük, saját lelki egészségünket is ápoljuk, fejlesztjük, nyugodtabb életvitelt folytathatunk – vélték a megkérdezettek. Szerintük sok bosszúságtól megszabadíthatjuk magunkat,

ha mérleljük, min éri meg felbosszantani magunkat és mérgeledni, vagy inkább túllépni rajta, hiszen úgyszincs ráhatásunk az adott helyzetre:

„Azt, hogy a közlekedésben, ahogy megyek, hogy hogyan szólok ahhoz az autóshoz, aki rosszul állt be a parkolóba. Rákiabálok, és káromkodom egyet, mind a ketten dühösesek vagyunk, hogy én, mondom, persze megvárom, nyugodtan álljon ki, az ő egészségére is hatással vagyok, mert sem én nem bosszankodok, se ő nem bosszankodik. Sőt, lehet, hogy a legközelebbi kanyarban ő is udvariasabb lesz valakihez, ha ővele normálisan beszéltem. Tehát tulajdonképpen mi nem orvosok vagyunk, és mégis tudunk tenni a lelki oldalról a másik ember érdekében.”

b) Az egészségügy: tapasztalat és értelmezés

Az interjúalanyok életkoruknál fogva bővelkedtek saját tapasztalatokban az egészségüggyel kapcsolatban, melyről vegyes véleményeket fogalmaztak meg. Ez talán betudható annak, hogy minden oldalról átfogó képük van, átlátják az egészségügyben zajló folyamatokat és változásokat, az élményeik pedig eléggé személyesek, nem csak abból táplálkoznak, ami a médiából eljut hozzájuk, és ami az általános uralkodó nézet az egészségüggyel kapcsolatban.

Általános vélemény volt, hogy alapvetően nem az orvosi hozzáállás az okozója a negatív tapasztalatoknak (bár ebben is érzékeltek változást), hanem az egészségügyi rendszer túlterheltsége, a felszerelés hiánya és a szervezés problémái. Pénzorientálttá vált a rendszer, az állami egészségügyi ellátást választóknak fel kell készülniük a hosszú várólistákra, aki pedig gyorsan akar ellátásban részesülni, annak gyakran nagy összeget kell fizetnie magánúton.

Az orvos-beteg kapcsolat és a beteghez való hozzáállás fontos tényező, és rengeteg hatást gyakorol a tapasztalatok minőségére. Véleményük szerint ha elhivatott az orvosi gárda, akkor feledtetni tudja a beteggel az esetleges rossz körülményeket, felszerelési hiányt, így ezek másodlagos tényezőkké válnak:

„Ott áldatlan körülmények között voltunk, de olyan volt az orvosi gárda is, meg az ápolók, hogy észre se vettük szinte ezeket az áldatlan körülményeket, úgyhogy én utána megírtam a főorvosnak, hogy ez mennyire szép, hogy ez a betegekkel való bánásmód a rossz körülmények ellenére is nagyon pozitív, és hogy ez tőle függ, a vezetőtől.”

Sok olyan véleményt hallhattunk, miszerint ez a betegközpontú hozzáállás egyre ritkább, sok szakember lekezelően bánik a beteggel, nem hallgatja meg, valójában mit is tapasztal, nem fordít figyelmet a laikus észlelésre – melyből lehet, hogy pontosabb diagnózist tudna felállítani –, hanem az egyértelmű tünetek és a szakmai tudása alapján kezeli a páciens – ezt pedig komoly problémaként fogalmazták meg az alanyok. Továbbá a megkérdezettek szerint alapvető udvariassági normákat sem tartanak be az orvosok, nem kedvesek a beteggel. A tapasztalatok alapján egyre mélyebbé válik a szakember és a laikus közötti ellentét, az orvosok többségében alacsonyabb rendűnek tekintik a beteget, ez kommunikációjukban is érezhető, ha pedig nem érthető a beteg számára valami, vagy megkérdőjelezi a kezelés hatékonyságát, akkor azt személyes támadásként éli meg az or-

vos. Az orvos-beteg kapcsolat az alanyok elmondása alapján javítható lenne, ha az orvos egyenrangú félként tisztelné a beteget – ennek hatására a munka gyorsabbá, a betegellátás pedig eredményesebbé válhatna. Az a beteg, akivel fizikailag és emberileg is jól bánnak, jobban megbízik az orvosban, ezáltal hamarabb képes a gyógyulásra – hangzott el a kutatás során. Ellenkező esetben, ha a páciens úgy érzi, hogy lekezelően bánnak vele, akkor másik szakemberhez fog fordulni, ami újabb idő- és pénzbefektetéssel társul:

„De őrajta [az orvoson] nagyon sok múlik, hogy az [a beteg], aki aztán kijön abból a rendelőből, milyen kedvvel megy el és hogyan. És ez a gyógyulásnak a része, ha jókedvvel jön el, jobban fog gyógyulni, mint hogyha úgy jön el, mint akivel kiszúrtak, teljesen lefárasztottak azzal, hogy hat óra hosszat ültem étlen-szomjan, és egy ilyen idegességgel jövök el, akkor nem fogok úgy meggyógyulni. Hiába adnak, nem tudom én, hogy milyen jó gyógyszer.”

Csakúgy, mint az élelmiszerek kapcsán, az egészségüghöz való hozzáállásban is megfigyelhető a bizalom meggyengülése. Ezt az alanyok egyrészt az ellátás egyre anyagiasabbá válásához köthették, másrészt pedig a gyógyszeripar jelenlétéhez. Néha úgy érzik, az orvos nem a segítségre törekszik, hanem az anyagi szempont lebeg előtte, azaz hogy újabb és újabb gyógyszereket tudjon felírni a betegnek, melyből ő valamilyen módon haszonhoz jut. Véleményük szerint az idősekre nem fordítanak annyi figyelmet, mint a fiatalokra, mert nem tartják őket annyira gyógyíthatónak: evidens, hogy betegek lesznek, „ez az elvárás”.

Másrészt szerintük annak is tulajdonítható a növekvő bizalmatlanság, hogy csökkent az elhivatottság, ma már a „doktor” cím egy társadalmi státuszt, rangot jelöl, így egyre többen csupán emiatt választják ezt a hivatást, nem pedig azért, mert ez a fő életcéljuk, mint ahogyan a régi szakembereknek az volt. Az elvégzett munka súlya is megváltozott az alanyok elmondása alapján: a mai orvosoknak lehetőségük van a javításra, újrakezdésre a technológiai adottságok miatt. Nincs akkora kockázat, ezáltal nincs akkora felelősség:

”És az orvosok az istenért nem találják el, hogy mi a baja, mert az istenért nem hal meg a kezük között. Mert az újraélesztésnél megvan, hogy mennyi agyhalál után vissza lehet hozni. Tehát a kezükben hal meg, nem törik a fejüket azon, hogy ennek a kislába ujja fájt meg a füle, aközött van-e összefüggés, nem olyan baja volt, ez már nem történik meg. Szóval megváltoztak a dolgok, nem biztos, hogy rátermett vagy elhivatott emberből lesz az orvos, de föltettük [az orvost] a [társadalmi ranglétre] legtetejére, az az Isten nekünk, az.”

Az interjúalanyok az egyes általuk szedett gyógyszerekről nem tudják, valójában miért is szedik. A bizalmatlanságot személyes történetekkel támasztották alá a megkérdezettek: személyes példákat mondtak el arra vonatkozólag, amikor a szakember diagnózisa nem bizonyult helytállóknak. A különböző szakemberek véleménye gyakran eltért vagy teljesen ellent mondott egymásnak, nehéz volt az interjúalanyoknak eldönteni, kinek is hihetnek. Az orvosok nemcsak a betegek véleményét, de egymásét sem tartják tiszteletben – vélték a résztvevők –, a doktorok rossz néven veszik, ha egy másik szakterülettel foglalkozó orvos „bele-

szól” az ő szakterületükbe. Az alanyok úgy vélték: az orvosok önmagukat tartják a legprofibbnak, nem hajlandók elfogadni, hogy másik helytálló vélemény/diagnózis is létezhet:

„De erről egy regényt lehetne írni, hogy most nem akarok példákat mondani. Ha egy szívgyógyász mond valamit, olyat, ami az onkológusra vonatkozik, az onkológus kapásból visszautasítja azt, amit a szívgyógyász mond, ahelyett, hogy rá kellett volna hallgatnia. Tehát ez az orvosoknak az önérzetét sérti. És itt kéne nekik jobban megalázkodni, hogy igenis a másik orvos is normális, nem csak én.”

c) A média szerepe az öngyógyításban

Általános tapasztalat volt a csoportokban, hogy még ha nem is mindenki szokta az interneten talált információk alapján diagnosztizálni a saját betegségét, a résztvevők többségénél előfordult már, hogy ilyen forrásokból merítkeztek, legyen szó akár tünetekről, akár gyógyhatású készítményekről.

Majdnem mindegyik résztvevő jár rendszeresen szűrővizsgálatokra, melyek betegségeiknél vagy életkoruknál fogva kötelezőek. Ezenkívül, ha valamilyen megszokottól eltérő kondíciót vagy tünetet vélnek felfedezni magukon, elsőként házi praktikákkal próbálják kúrálni magukat, majd utána következnek a vény nélkül kapható szerek (például vitaminok, torokfájás elleni szopogatós tabletták). Ezek szedésében gyakran kérnek orvosi segítséget, és ha semmi sem használ, akkor mennek csak el a szűrővizsgálatokon túl az orvoshoz. Addig húzzák a látogatást, ameddig lehetséges, vagy el tudják viselni a fájdalmat. Kivételt képez az, akinek a betegsége miatt rendszeres orvosi kontrollra van szüksége, vagy az, akinek már a legkisebb tünet is súlyos gondokat vonhat maga után – ők nem tétováz-
nak orvoshoz fordulni azonnal. Olyan interjúalany is megszólalt, aki családtagjai miatt jár el orvoshoz, hogy megnyugtassa őket, hogy nincs ok az aggodalomra:

„Én nagyon kitartok, ha beteg vagyok vagy fáj a torkom, aztán ha nem használ, szopogatok ilyen valami tablettát, meg akkor fölhívom a háziorvost, akkor az elmondja, hogy mivel gargalizálj, és akkor elmúlik – vagy nem. De hál’istennek, nem is nagyon szoktam beteg lenni.”

„Én el szoktam menni, már csak azért is, hogy én is tudjam, meg a gyerekeimnek is tudjak referálni, hogy most ez van.”

Polifarmácia

A beszélgetések alkalmával nagy ellentét rajzolódott ki az orvostudomány-termesztetgyógyászat, illetve a mesterséges gyógyszerek-természetes szerek között. Egy alany sem hagyatkozott száz százalékgig a természetgyógyászatra: az idetartozó készítményeket kiegészítő kezelésként szedték, esetleg egy-egy gyógyszerük helyett vették be, mely vagy mellékhatásokat váltott ki, vagy nem érezték a készítményt elég hatékonynak. Felmerült a kérdés, hogy vajon valóban életkoruk miatt kell-e szedniük ennyi gyógyszert, vagy a gyógyszeripar nyomására írja fel

azokat az orvos. Az alanyok úgy vélték, hogy bizonyos gyógyszereket ki lehetne váltani természetes szerekkel is. Erre konkrét példák is elhangzottak:

„A szívemre 3 félét szedek, és mind ezek ellenére én állandóan a sürgősségin voltam, mert nagyon rossz a szívem. S amikor műtöttek, akkor is műtét közben rosszkodott, és elmentem ahhoz a természetgyógyászhoz, és adott nekem egy 6 összetevős teát, azóta nem voltam a sürgősségin.”

Annak ellenére, hogy a természetgyógyászat egy alternatív módszer, az interjúalanyok egy része ugyanolyan képességű és szakértelmű orvosnak tartotta a természetgyógyászt, mint az okleveles orvost:

„-És azzal a szemedet kezdte el roncsolni, és most találtál más megoldást. Hát-ha.

-Ezt az egyet, a gombaporokat, és nagyon jók. Még van 3 évem, hogy kiderüljön.

-Tehát akkor volt orvos is és természetgyógyász is, aki javasolta. És akkor ezekből összeállt.

-Igen, de a természetgyógyász is orvos.”

Az életkorukból adódóan a legfőbb beszédtema közöttük és hasonló korú ismerőseik, barátaik, rokonaik között a betegségek témaköre, így gyakran vitatják meg tapasztalataikat egymással. Az ismerőseik által ajánlott készítmények közül kizárólag a természetes anyagokat (gyógynövényeket, teákat, zöldségeket, vitamintablettákat) merik orvosi megkérdezés, illetve javallat nélkül elkezdeni használni, a többről kikérik a kezelőorvosuk véleményét. Kiemelt fontosságúnak tartották a saját test jelzéseire való odafigyelést: az évek során kitalapították, milyen jelzésre milyen reakciót szükséges adni, hogy megelőzzék/elhárítsák a problémát. Így egyes vitaminokat például nem rendszeresen szednek, hanem akkor, amikor szükséges. Ennek ellenére mégsem mernek ellentmondani az orvosnak: belátják, hogy az orvos nagyobb szakértelemmel és tapasztalattal rendelkezik, azonban, mint azt fentebb említettük, a bizalmatlansági problémák miatt végül a „józan eszükre hallgatva” döntenek el, melyik tanácsot érdemes megfogadni, és melyiket nem. Véleményük szerint az ember a saját egészségéért felelős, tudatosan figyelnie kell egészségügyi állapotára, tüneteire. A jelzéseket nemcsak érezni, hanem értelmezni is kell az interjúalanyok elmondása alapján, mivel ez segít a betegnek és az orvosnak is a probléma hatékonyabb megoldásában:

„Tehát valójában komplex módon kell az embernek látnia saját magát, és nagyon kevés olyan orvos van, aki egy embert komplex módon átnéz [...]. Én is a sajátomat [a saját tüneteimet, fizikai reakcióimat] érzem meg tudom, és az orvosnak a tudományához hozzá kell adni, amit én érzek, és felelősen nézni, és nem pedig vakon rábízni magamat az orvosra.”

Több orvos véleményét is kikérik a problémával kapcsolatban, majd saját ítélőképességükre hagyatkozva döntenek, illetve gyakran egyesítik is a kapott ta-

nácsokat. Azok, akik bizalmi kapcsolatot ápolnak az orvossal, néha kikérik a véleményét az ismerősök által javasolt/reklámozott készítményekkel kapcsolatban:

„Sokat olvastam róla, és én kérdeztem rá, hogy mi a véleménye, hogy ez is csak valami reklám, vagy csak jó kis összeget kapott érte, hogy ilyen dicshimnusz zeng róla. Nem, azt mondja, próbáljam ki. Kipróbáltam, és határozottan érzem, hogyha iszom, akkor nappal jobban karban tudom magam tartani.”

Az internet szerepe az öndiagnózisban

Szinte kivétel nélkül minden alany rákeresett már tüneteire az interneten. Egy specifikus weboldalt sem tudtak megemlíteni, ahol böngészni szoktak, általában egy keresőmotorból indulnak ki, és az általa kiadott találatok között válogatnak. A fő motivációik között a leggyakrabban a következők szerepeltek:

1. Felkészülés a diagnózisra, arra, hogy mennyire súlyos az adott tünetegyüttes:

„Én igazából akkor arra gondolok, amikor olyan szinten van, hogy megnéze az ember, hogy mondjuk ismerősöm kapott kullancscsípéstől Lyme-kórt, és akkor megnézi az ember. Hogy ilyenkor mégis mit mond? Hogy lássam, hogy az ismerősöm mivel áll szemben.”

2. hiányos vagy nem egyértelmű orvosi diagnózis tisztázása;

3. a bizalom hiánya;

4. a diagnózisok és irányzatok sokaságában való kiigazodás segítése.

Abban teljes egyetértés volt közöttük, hogy az interneten talált információt nem szabad megosztani az orvossal, valamint magát a keresés tényét sem. Ez „tabutémának” számít, véleményük szerint az orvosok rossz néven veszik, idegesek lesznek a beteggel:

„Na, most elfelejtettem mondani, és elmondom, mert fontosnak tartom, hogy soha nem hivatkozom arra az orvosnál, hogy ezt meg ezt olvastam az interneten, mert tudom, hogy allergiásak erre. Én nem mondom soha, hogy mit olvastam a betegséggel kapcsolatban. Legfeljebb annyit szoktam, hogy [...] ezekre a természetes gyógymódokra rákérdezek, mert mint tudjuk, [...] van, amikor homlokegyenest az ellenkezőjét nyilatkozza az egyik úgynevezett „szakember”, mint a másik szakember. Ugyanarról az ügyről. Mint például a tojásról annak idején, a legnagyobb ellenség volt [...]. Az orvos nagybátyám mikor eljött, akkor a rántott szeletet [...] csak fehérijében volt szabad kisütöni. Mert koleszterin, és jaj, és halál, és ez meg amaz. Telik-múlik az idő, eltelik egy pár esztendő, megint eljön hozzánk vendégségbe és azt mondja: „M., csinálsz egy jó rántottát? Ha lehet, szalonnával”. Én meg: „J. bátyja! Jól hallom, azt mondja, tojást?” Azt mondta, igen. Az orvostudomány közben megállapította, hogy a tojás olyan enzimeket tartalmaz, ami semmi másban nem található.”

Az interjúalanyok abban is egyetértettek, hogy ha az interneten olvasnak valamit egy betegséggel kapcsolatban, akkor rávezetést alkalmaznak az orvosnál: az olvasott információkat úgy mondják el, mintha saját ötleteik, új tüneteik lennének. Konkrét tényekkel nem mernek előállni, bevallani, hogy utánaolvastak, mert kiszolgáltatott helyzetben érzik magukat az orvossal szemben. Úgy vélik, megállapításaiknak nincs létjogosultságuk az orvos szakértelmével szemben, valamint félnek az orvos reakciójától, attól, hogy úgy fogja érezni, bele kívánnának szólni a diagnózisba. Az orvos ezáltal ellenséges magatartást vehetne fel, és esetleg ez a végső diagnózison is visszaköszönne:

„A pajzsmirigyzvizsgálatot csinálta a doktornő, és akkor javasolt valami hormonpótlást, és amikor a legközelebb mentem, mondtam, hogy amióta szedem, azóta a pulzusom megemelkedett. Ezt mondtam neki, mert elolvastam [az interneten], hogy ez fölviszi [a pulzust].”

„Rájöttem, hogy azt a gyógyszert, amit kaptam, azt nem mondta az orvos, hogy azt úgy kell szedni, hogy 2 órával étkezés után és két órával étkezés előtt, hanem én megettem az étellel, és így nem volt hatása. És akkor felhívtam az orvost, és elmondtam, hogy kiolvastam a betegájékoztatóból. És nem is csodálkoztam.”

Habár utána szoktak nézni tüneteiknek, abban is egyetértettek, hogy ezeket „feltételes módban” szabad csak értelmezni, és hogy nem helyettesíti az orvos diagnózisát. Ez csupán egy kiegészítés vagy egy általános tájékoztató módszer. A legtöbben megbízhatatlannak tartják az internetes, egészségüggyel kapcsolatos oldalakat, már csak természetükből fakadóan is. Akik többször is használták már az internetet információszerezéshez, említettek hitelességi kritériumokat: azokat az oldalakat bélyegezték hitelesnek, melyeknél az adott cikk alján szerepelt az orvos aláírása, tehát valamilyen módon nyomon követhető volt, kitől származik az információ. Ha hiteles a forrás, hajlamosabbak ezeket az információkat elfogadni, amennyiben nem tartják megfelelőnek az orvos által javasolt kezelést:

„Tehát ez egyfajta tájékoztató. De ez nem azt jelenti, hogy utána nem kell elmenni orvoshoz, vagy az alapján én gyógyítani fogom magam, mert én tudom. Hát ilyen sincsen. De mindenesetre az, hogy az a dolog, amivel esetleg még soha nem találkoztam, de most itt van, arról azért talál az ember olyan információt, amit érdemes végiggondolni. De az egyedi esetet viszont az orvosnak kell gyógyítania.”

„Engem meggyőzött, mert én nem akartam elfogadni, hogy kell arra a valamire gyógyszert szedni, és olyan oldalt néztem, azért én sem hiszek el mindent, ahol oda volt írva, hogy az milyen orvos, meg hol praktizál. És aztán olyan mellékhatásai vannak annak a betegségnek, hogy akkor úgy elfogadtam. Én azért megnézem, [...] de nem bújom állandóan, mert nekem nincs is bajom, és nincs betegségtudatom és én ezzel nem foglalkozom.”

Az internetes „utánaeresési” folyamat általában nem interaktív, hanem egyirányú. Két alany számolt csak be olyan esetről, amikor fórumon keresztül felvették a kapcsolatot az orvossal, egyikük kapott választ, másikuk nem. Egy alany

volt, aki a Facebookot használta az információkeresésre, mégpedig egy életmódváltó csoportot, azonban itt is csak megfigyelőként van jelen:

„Van olyan, hogy Timi életmódváltós csoportja, nem azért, hogy énnekem szerintem jó az életmódom, de olyan érdekes dolgok vannak. Van benne orvos is, aki önmaga példáját írja le, hogy ez az unokahúgom meg is ismerkedett vele személyesen, [...] mert azt hiszem, hogy ő szívgyógyász, és le kellene fogyni, mikor ő is túlsúlyos. És [...] aki mondjuk infarktusos beteg volt, [...] ő is belelépett ebbe a csoportba, [...] és én szeretem ezt. És ott példákat hoznak, hogy miket esznek. Én nem azt eszem, [...] de néha úgy követem, néha úgy beleolvasok. Az agykontrollt meg szeretem, én elvégeztem, és ott a csoportnak a tagja vagyok. De az is egészséggel kapcsolatos.”

A személyes példákkal alátámasztott egészségügyi tanácsok tehát az alanyok számára hitelesebbek, mint a cikkek, és mindig jobban inspirálják őket a változtatásra. Főleg, ha egy szakember hoz személyes példát, mely egy laikus életében is jelen van. Ez egy erős orvos-beteg kapcsolat kialakulását feltételezi.

Összegzésként: abban egyetértettek, hogy az internet abból a célból hasznos, hogy nagyjából be lehessen azonosítani az észlelt tüneteik alapján a betegséget, eldönthetik, van-e egyáltalán okuk az aggodalomra, van-e értelme a problémával szakemberhez fordulni vagy nincs. Véleményük szerint a talált információt nem szabad teljesen komolyan venni, óvatossággal kell azokat kezelni, hiszen rengeteg a fals adat, a túlzó cikk. A keresésbe sem szabad túlzottan belemélyedni, mert egyrészt csak összezavarja az olvasót, másrészt pedig időigényes lenne az összes témába vágó írást végigolvasni:

„Nincs türelmem elolvasni ezeket a véleményeket, csak hogyha észlelek egy tünetet, akkor, ha egyezik, ami le van írva oda, akkor elhiszem, de én is inkább felételesen.”

d) Egészség, egészségügy és a média

A médiafogyasztás egy-két kivétellel sehol sem volt tudatos. A patikában fel-lelhető szóróanyagokat, magazinokat elolvassák, hogyha kezük ügyébe kerül. Egy alany számolt be arról, hogy néha bemegy a patikába kifejezetten ezért a kiadványért. Azonban kiemelték, hogy szerintük a szóróanyagok célja az üzleti haszonszerzés és nem feltétlenül az egészség megtartása:

„Elolvassuk, csak egy kicsit... hogy mondjam, csak egy kicsit kritikával. Ugyanis a Patika Magazin egyértelműen azt akarja, hogy minél több gyógyszert vegyek. Mindenre, bármilyen bajom van, az ő általa javasolt gyógyszert vegyek, tehát egyfajta üzleti reklámot csinál.”

Így az interjúalanyok szerint tudatosan kell válogatni az íráások és a reklámok között. Általában a cikkek végére odacsempészik a reklámot, mely azt az érzést kelti az olvasóban, hogy ha egészséges akar lenni, akkor ezt a terméket kell szedni. Az egyik alany az akciókat fel szokta használni, amennyiben olyan terméket hirdetnek akciósan, amelyet a hétköznapokban is szed:

„Én figyelem, ha a magnézium olcsóbb valamennyivel, 20-30%-kal, akkor én veszek két dobozzal, mert én állandóan szedem szinte.”

„Ha a Patika Magazint elolvassa az ember, ha ész nélkül olvasná, akkor minden gyógyszer meg kéne venni, és mindegyiket meg kéne enni, mert mindegyik jó nekem.”

A megkérdezettek egészségügyi híreket nem olvasnak/néznek tudatosan. Annyi ismerettel rendelkeznek a témakörben, amennyi a televízióból, újságból (például a megyei napilapból, a Délmagyarországból), illetve a Facebookról eljut hozzájuk. Hogyha rábukkannak egy ilyen hírre, szívesen végigolvassák, azonban különösebb reakciót nem vált ki belőlük. Úgy vélték, a média kettős képet fest a magyar egészségügyről: ez egyik oldalról ez egy nagyon pozitív, reményt sugalló kép, ugyanis a kormány próbál tenni az egészségügy rendbetételéért, gyakran olvashatunk innovációkról, új létesítményekről:

„A hírek azt bizonyítják, hogy habár az egészségügy rossz állapotban van, kormányzati vezetés szinten próbálkoznak az állapotok, a felkészültség és a szakemberek területén fejlődni, pozitív eredményeket elérni.”

„És hogy Budán is lesz, meg Pesten kettő [új kórház] is. Valahol úgy érzem, hogy most egyfelől szidjuk az egészségügy rendszert – nem véletlenül. Ugyanakkor próbálkozások és akarat azért van. Például soha ennyit nem költöttek az egészségügyre a világon, mint most Magyarországon.”

A másik oldal viszont egy egyértelműen negatív kép, mely szerint az egészségügybe fektetett pénzek elfolynak, a várakozási idő egyre növekszik, újabb és újabb orvosok mondanak fel. Abban egyetértettek, hogy a média sok fontos kérdést eltussol (például egy-egy fertőzést). Az ilyen esetek nagyon gyakoriak, de nem kerülhetnek be a köztudatba, mivel riadalmat keltenének.

Egészségügyi sorozatokat szívesen néznek a televízióban, sokan rendszeres követői ezeknek. A leggyakrabban említettek: Hegyi doktor újra rendel, Vészhelyzet, Kórház a város szélén, Fekete erdő. Ezeket pusztán szórakozás céljából nézik, szerintük nem annyira relevánsak az orvostudományra vetítve, leginkább a fordulatok és az izgalom miatt követik ezeket a sorozatokat. Kedvelik őket, mert egy-egy rész vége mindig pozitív, meggyógyul a beteg, ugyanakkor tudják, hogy nem mindig a valóságos gyógyítási mechanizmusokat mutatják be a részek:

„[...] ez megy, a Hegyi doktor. És azért mindig vannak olyan esetek, hogy mindig sikerül meggyógyítani, de azért nagy küzdelem árán. Szóval érdekes, izgalmas.”

„Én azt hallottam, hogy pl. a Vészhelyzetben amit csináltak, ha azt egy igaz orvos nézi, az akkor nevetséges.”

A gyógyszerreklámok kapcsán nem tudtak konkrétat felidézni. Általános negatív véleményt fogalmaztak meg – a legtöbb televízióban látható reklámot idegesítőnek, unalmasnak tartják. Általában akkor marad meg az emlékezetükben, ha a reklám aranyos vagy híres színészek láthatók benne, de akkor is csak a cselekményre emlékeznek, a reklámozott termékre nem.

„- És ez miért ragadt meg Ön szerint? – Hát, mert jópofa volt, különben nem.”

„Állandóan gyógyszerreklámok vannak. Túl sok. Ez a körömgomba, meg a mit tudom én. Szóval túl sok. Az, amit a kisgyerek énekelt, először hamisan, most már nem hamisan, most az jut eszembe.”

„Mostanában figyelem, főleg színészek, és hát olyanok, mint akik a hangjukat használják, azzal keresik a kenyerüket, hogy a Salvus vizet állandóan reklámozzák.”

A televízió nem bizonyul hatékony reklámfelületnek, a reklámok sokaságából kifolyólag egyik sem túl maradandó a megkérdezettek számára. A reklámok általában túloznak, és a valóságban sokszor nem hozzák a termékek a várt hatást az alanyok szerint.

A termékbemutatók külön témaként merült fel. Kivétel nélkül minden résztvevő átverésnek és pénzkidobásnak tartja az ilyen típusú műsorokat (például: Teleshop), illetve az eseményként szervezett bemutatókat – többeknek volt személyes tapasztalata is:

„Rájöttünk, hogy mi a hamisság benne. És azóta nem is járunk, de tehát általában mikor telefonálnak, hogy egészségügyi felmérés, akkor már megmondjuk, hogy köszönjük szépen, nem vásárolunk sem masszírozó fotelt, sem ezt, se azt, mert ez mind arra megy ki, hogy becsapni az embereket.”

Az általános monitorozó eszközök (vérnyomásmérő, mérleg, vércukormérő) mellett egy-két résztvevő próbált már, illetve most is használ egészségmegőrzésre, monitorozásra alkalmas termékeket, melyekről ugyan nincsenek rossz véleményekkel, de elismerik, hogy túlárazottak. Ezeket egy külön kategóriába sorolják, a hagyományos eszközökhöz képest egy felsőbb, „luxus” kategóriába – nem feltétlenül szükségesek az egészség megőrzéséhez, csupán kényelmi funkciókat töltenek be. Idetartoznak például a masszírozógépek.

e) A környezet és az egészség összefüggései

Az egészséges környezet kapcsán mindkét interjúban kiéleződött a kisváros-nagyváros ellentétpár. A nagyváros, mellyel összehasonlították Szegedet, Budapest volt, s Budapesthez képest Szegedet élhetőbbnek minősítették. Az egészséges város kritériumaként felmerült a zöld területek nagysága, a víz közelsége, valamint az emberi kapcsolatok minősége és az életritmus is. Negatívumként a levegő minősége jött szóba:

„[...] rendezett, elég sok zöld van, zöld felület, itt a Tisza, az is sokat számít, [...] de hát vannak, ami nem olyan jó, ugye Szeged ilyen vályúban van, és ide betelepszik a szmog, a koszos levegő, főleg télen.”

„Meg én budapesti vagyok különben, de hogy Szeged sokkal élhetőbb város, tehát emberi kapcsolatok szempontjából is, meg stressz szempontjából is. Úgyhogy vissza nem mennék.”

Az alanyok egy része környékbeli származású, de sok résztvevő más tájegységekről költözött ide. Ők másképp látták az egészséges környezet kérdését, komplexebben tekintettek a városra. Az ő szempontrendszerükben helyet kaptak a város adta lehetőségek a szabadidő eltöltésére, opcionálisan a szabadban. Sokan megemlítették, hogy előző lakhelyükhöz képest Szegeden nincs különösebb kultúrája a kirándulásnak, szabadtéri programoknak. Az edzőtermeken kívül nincs sok lehetőség a sportolásra, pláne a tömegsportra. Ezt az alanyok azzal indokolták, hogy Szegeden nagyobb hagyománya van a mezőgazdasági kultúrának, a mezőgazdaságban dolgozóknak, így hagyományosan nem volt igény arra, hogy több időt töltsenek a szabadban:

„Elmentem a gyerekekkel, senki kirándulót nem találtam. Tehát egyszerűen furcsa volt, hogy mi kirándulunk egyáltalán. És nincs meg ennek a hagyománya. A kollégáimmal láttam aztán azt, hogy viszont szabadban dolgoznak, mert a mezőgazdaságban dolgoznak [...]. Tehát tulajdonképpen mindenki valahogy benne volt a mezőgazdaságban is. Igaz? És ott azért dolgoztak földben, és minden, és akkor már nem volt úgy kedve kirándulni menni, mint nekem.”

Szegednek megvannak azon adottságai, melyek segítségével még egészségesebb és színesebb város lehetne, de az interjúalanyok szerint a városvezetés nem használja ki ezeket a lehetőségeket. A szabadtéri programok nem csupán a testi egészséghez járulnak hozzá, de a lelki egészségünkben is fontos szerepük van. A természet közelsége segít az embernek kiszakadni a mindennapos stresszből:

„Nem nagyon vannak kihasználva, és a város vezetősége nem sokat tesz, és ebbe beletartoznak a rossz bicikliutak is, meg minden. Egyszer el kellene menni Hollandiába megmutatni, hogy milyen egy bicikliút.”

„Tehát tulajdonképpen kell az embernek ilyen testi-lelki kikapcsolódás együtt ahhoz. Na, most ezt Szegeden én nem tudom, hol lehet pontosan megtalálni. Az ember valahogy kiszakad a stresszességből és a fárasztó dologból, mert egy bizonyos sporttal kikapcsolódik. A Tisza itt van. És ezt kéne használni.”

Irodalom:

Astin, A. J., Pelletier, R. K., Marie, A. and Haskell, L. W. (2000). Complementary and Alternative Medicine Use Among Elderly Persons: One-Year Analysis of a Blue Shield Medicare Supplement, *Journal of Gerontology, Medical Sciences*, Vol. 55, No. 1, pp. M4–M9.

Birren, E. J. and Schaie, K. W. (2012). *Handbook of the Psychology of Aging*, Elsevier Academic Press, Cambridge.

Boga, B. (2012). Az idős ember és a halál árnyéka [on-line], *Kharón Thanatológiai Szemle*, Vol. 15, No. 3. Elérhetőség/hozzáférés: https://kharon.hu/lapszam/XVI_2012-3/tanulmany [olvasva: 2018. július 27.]

Drewnowski, A. and Evans, J. W. (2001). Nutrition, Physical Activity, and Quality of Life in Older Adults: Summary, *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*, Vol. 56, No. 2, pp. 89–94.

Ennis, K.J. and Reichard, R.A. (1997). Maximizing Drug compliance in the Elderly: Tips for Staying on Top of Your Patients' Medication Use, *Postgrad Med*, Vol. 102, No. 3, pp. 211–223.

Fox, R. K., Stathi, A., McKenna, J. and Davis, G. M. (2007). Physical Activity and Mental Well-Being in Older People Participating in the Better Ageing Project, *Eur J Appl Physiol*, Vol. 100, No. 5, pp. 591–602.

Grymonpre, R.E., Mitenko, P.A., Sitar, D.S., Aoki, F.Y. and Montgomery, P.R. (1988). Drug Associated Hospital Admissions in Older Medical Patients, *J Am Geriatr Soc*, Vol. 36, No. 12, pp. 1092.

Holland, R., Lenaghan, E., Harvey, I., Smith, R., Shepstone, L., Lipp, A., Christou, M., Evans, D. and Hand, C. (2005). Does Home Based Medication Review Keep Older People Out of Hospital? The HOMER Randomised Controlled Trial [on-line], *BMJ.com*. Elérhetőség/hozzáférés: Elérhetőség/hozzáférés: https://kharon.hu/lapszam/XVI_2012-3/tanulmany [olvasva: 2018. július 27.].

Maher, L. R., Hanlon, T. J. and Hajjar, R. E. (2014). Clinical Consequences of Polypharmacy in Elderly, *Expert Opin Drug Saf* [on-line], Vol. 13, No. 1. Elérhetőség: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3864987/> [olvasva: 2018. július 27.].

McElnay, J. C., McCallion, C. R., Al-Deagi, F. and Scott, M. (1997). Self-Reported Medication Non-Compliance in the Elderly, *Eur J Clin Pharmacol*, Vol. 53, No. 3–4, pp. 171–178.

Moody, H. R. (2002). Conscious Aging – A Strategy for Positive Development in Later Life. In J. Ronch – J. Goldfield (eds.) *Mental Wellness: Strength Based Approaches*, Human Services Press, New York, pp. 139–160.

Sheldon, M. K. and Kasser, T. (2001). Getting Older, Getting Better? Personal Strivings and Psychological Maturity across the Life Span, *Dev. Psychol*, Vol. 37, No. 4, pp. 491–501.

Voorrips, E. L., Ravelli, C.J. A., Dongelmans, C. A. P., Deurenberg, P. and Van Staveren, A. W. (1992). A Physical Activity Questionnaire for the Elderly, *Med Sci Sports Exerc*, Vol. 23, No. 8, pp. 974–949.

Westertep, K.R. and Meijer, E.P. (2001). Changes in Physical Activity Patterns with Age : a Physiological Perspective, *J Gerontol Biol Sci Med Sci*, Vol. 2, No. 2, pp. 7–12.

Wong, T. P. P. (1989). Personal Meaning and Successful Aging, *Canadian Psychology*, Vol. 30, No. 3, pp. 516–525.

Wyles, H., Rehman, H.U. (2005). Inappropriate Polypharmacy in the Elderly, *European Journal of Internal Medicine*, Vol. 16, No. 5, pp. 311–313

Jegyzetek

1 A kutatást az EFOP-3.6.1-16-2016-00008 azonosítójú, EU társfinanszírozású projekt támogatta.