

UZZOLI ANNAMÁRIA

EGÉSZSÉG, EGYENLŐTLENSÉG, TÉRBELISÉG

Kutatási összefoglaló

**KRTK Absztrakt
2019. május 21.**

A tanulmány célja kettős: egyrészt rövid összefoglalást kívánunk adni az egészség egyenlőtlenségek néhány, genderszempontról jellemezhetőségéről, másrészt ismertetjük egy jelenleg is zajló – a hazai egészség egyenlőtlenségek nemek szerinti megoszlásával kapcsolatos – kutatási projekt fontosabb eredményeit.

A nemi különbségek szerepe az egészség egyenlőtlenségekben

Az egészség egyenlőtlenség-kutatás egyik központi területe a nők és a férfiak egészségi állapotában, megbetegedéseiben, halálzási viszonyaiban mutatkozó különbségek feltárása és értelmezése. Ezeknek az egészségeltéréseknek egy része biológiai – genetikai és fiziológiai – eredetű, azonban nagyobb részük a társadalmi-gazdasági, szociokulturális és pszichoszociális hatások következménye. A nemi különbségek tehát markáns egyenlőtlenségekkel járhatnak együtt az egészségi állapotban és az egészségügyi ellátás igénybevételeiben (*Marmot, 2015*).

Számos példa létezik arra, hogy az egészségromlás, az idő előtti halálzási és az életeriélek nemek szerint különböznek. Magyarországon 2017-ben a nők születéskor várható átlagos élettartama 79,3 év volt, a férfiaké 72,4 év, vagyis a két nem életeriélebeli különbsége közel hét év volt (www.ksh.hu). Ez a „genderalapú egészségzakadék” – a legfejlettebb nyugat-európai országok átlagához viszonyítva – számottevő. Az 1990-es évek eleje óta – amikor több mint kilenc év volt az eltérés a magyar nők és férfiak életeriélelásaiban – csak két évvel csökkent ez a különbség. Ráadásul a magasabb életeriélvonal hatása nemenként eltérően jelentkezik az ország centrumtéréségében: a férfiak magas életeriélelásaú területei főként a főváros szomszédságában található, a nőknél ez inkább Budapestet jelenti (*Bálint, 2011*). Az alacsony várható élettartammal jellemezhető területek az ország északkeleti peremén található mindkét nemnél: azonban a női klaszter keskenyebb és rövidebb a férfiakéhoz képest (uo.).

Az egészségi állapot nemek szerinti különbségeire és így a népesség megbetegedési és halálzási helyzetére is ható tényezők egyike az egészségmagatartás, amely az egyének és a társadalmi csoportok egészséggel, betegszereppel és kockázati tényezőkkel függ össze (*Verbrugge, 1985*). Számatlan kiváltó oka lehet a két nem egészségmagatartásában jelentkező különbségeknek. Férfiak körében gyakoribbak az egészségkárosító szokások (például dohányzás, alkoholfogyasztás, egészségtelenebb táplálkozás stb.), a kockázatos tevékenységformák rendszeresebben fordulhatnak elő (sérülések, balesetek), a halálzással végződő erőszakos bűncselekmények, valamint az öngyilkosságok áldozatai között is több a férfi (*Oksuzyan és szerzőtársai, 2008*).

Az utóbbi két évtizedben nagyobb mértékben növekedett a női dohányzó aránya, mint a férfiaké, és a népességügyi előrejelzések szerint a jövőben ez tovább fog nőni, főleg az alacsony és közepes jövedelmű országokban (*Greaves, 2015*). Ugyan a nők reprodukciós szerepe és a női szervezet hormonális védettsége bizonyos korosztályokban előnyt jelent egyes civilizációs betegségekkel szemben, de általában ez a védettség a női változókorban megszűnik (például szívbetegségek), és az egészségkárosító hatásokkal szemben nem is jelent védettséget (*Arber–Cooper, 2000*). Az elmúlt másfél évtizedben a nők halálzássában előtérbe kerültek olyan halálkok – például keringési rendszeri betegségek, AIDS –, amelyek korábban inkább a férfiakra voltak jellemzők (*Watkins–Whaley, 2000*).

A modern társadalomban a megváltozott női szerepek növelték a szerzett kockázatok előfordulási gyakoriságát a munkahelyi sérülések, a stressz-hatások, a családfenntartó szerep okozta szorongások, az egészségtelen életmódbeli és az egészségkárosító szokások stb. révén. Bár hosszabb ideig élnek a nők, de nem feltétlenül jobb egészségben: ugyan nem alakul ki életet veszélyeztető betegségeik, mégis a női szerepteher – pl. női nemi szerepek összeegyeztetésének nehézségei, életkörülményekkel való elégedettség stb. – miatt kedvezőtlenebb az egészségi állapotuk (*Verbrugge, 1985*). Önmagában a kereső munka nem befolyásolja hátrányosan a családos nők egészségi állapotát, mert a szereptúlterheltség erősebb összefüggést mutat a pszichés állapottal, mint a társadalmi-gazdasági helyzettel (*Glynn és szerzőtársai, 2009*). *Szántó–Susánszky (2010)* a gender- és egészségtémában született szakirodalmi előzmények feldolgozása alapján megállapítja, hogy az iskolai végzettség inkább a nők egészségi állapotának „védőfaktora”, míg a családi kapcsolatokon alapuló társas támogatás a férfiak egészségére hat kedvezően, illetve a nők gyakrabban veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat, bár esetükben több a hozzáférést akadályozó tényező. A nők szereptúlterheltségéből és a férfiakkal szembeni elvárásokból – például családfenntartó szerepükből – fakadó stresszhelyzetek is eltérő módon válnak az idő előtti halálozás kockázati tényezőjévé. A nők korai halálozásában a személyes kapcsolatok és a családi problémák okozta, a férfiakéban a munkahelyi és a partnerkapcsolati stressznek van kiemelkedő szerepe (*Kopp–Kovács, 2006*).

Az egészségegyenlőtlenség társadalmi meghatározottságából következik, hogy az egészségmagatartást döntően az egyének egészségműveltsége (egészségismerete) befolyásolja (*Csizmadia, 2016*). Ez lényegében az emberek egészséggel összefüggő tudása, motivációja és kompetenciája (*Sorensen és szerzőtársai, 2012*).

Az igénybevételi hajlandóság, azaz az orvoshoz fordulás, és annak hátterében a tünetek észlelése jelentős mértékben függ az egészségműveltség szintjétől, és annak nemek szerinti megjelenésétől. Alapvető különbség van a nők és a férfiak között az orvosi segítségkérésben vagy éppen elhalasztásában. Közismert, hogy a nők nagyobb hajlandósággal számolnak be tünetekről és panaszokról, illetve nagyobb gyakorisággal veszik igénybe az egészségügyi intézményeket, mint a férfiak (*WHO, 2013*). Ez különösen hatással van a depresszió előfordulási gyakoriságában megfigyelhető genderszakadékra, mivel ezt a mentális betegséget mintegy kétszer gyakrabban diagnosztizálják nőknél, mint férfiaknál (*Van de Velde és szerzőtársai, 2010*). A férfiak kevésbé hajlandók elismerni érzelmi problémáikat, és a hagyományos férfi szereppel lényegében összeegyeztethetetlen az orvosi segítségkérés (*Annandale–Hunt, 2000*). Az egészségmagatartásban és az egészségműveltségben jelenlévő nemi különbségek is okozhatják azokat a sztereotípiákat, amelyek a nőket jellemzően antidepresszáns-, a férfiakat szívgyógyszer-fogyasztóként azonosítják.

Összességében megállapítható, hogy a nők és a férfiak iskolai végzettségében, foglalkoztatottságában, jövedelmében meglévő különbségek inkább a nők életesélyeiben lehetnek veszélyeztető tényezők: előfordulhat, hogy kevésbé jutnak hozzá a megfelelő egészségügyi ellátáshoz, mint a férfiak (*WHO, 2013*). A hozzáférés esélyei tehát nemek szerint, illetve területileg és társadalmilag is változhatnak: ennek okait és következményeit elemezzük hároméves kutatási projektünkben.

Javuló helyzet és nemek szerint növekvő területi különbségek a hazai egészségügyenlőtlenségben

Kutatásunkban a hazai egészségügyenlőtlenségek területi különbségeit vizsgáljuk a hozzáférés szerepének értelmezésén keresztül.¹ Az empirikus vizsgálatokban az egészségügyenlőtlenségek mérésére és a hozzáférés feltételeinek értelmezésére az akut miokardiális infarktus (heveny szívizominfarktus, röviden: AMI) hazai megbetegedési és halálozási helyzetének feltárásával és az ellátás körülményeinek értékelésével került sor. Ez a népbetegség fontos információhordozó a hozzáférés esélyeiről:

1. az infarktusos megbetegedések információkat szolgáltatnak a betegdukációról, az egészségmagatartásról, az egészségfejlesztésről,
2. az infarktus miatti halálozások információkat szolgáltatnak a rövid és hosszú távú túlélési esélyekről: 7 napon belüli halálozás függ a prehospitalis időtől és kórházi sürgősségi ellátástól, a 30–365 nap közötti halálozás pedig függ rehabilitáció hatékonyságától, a szakmai utasítások tartalmától és betartásától, a beteg egészségmagatartásától (*Belicza és szerzőtársai, 2016*).

Az AMI-ellátáshoz való hozzáférés esélyeinek azonosítása a korszerű beavatkozás, a szívkatóéteres tágitás (*perkután coronaria intervenció, PCI*) alapján történik, ami gyors és relatív szövődménymentes felépülést jelent a beteg számára, nagyobb valószínűséggel lehet visszaállítani a betegség előtt életminőség szintjét.

A statisztikai vizsgálatok fő eredményei igazolták az egészségügyenlőtlenségek nemek szerinti eltéréseit.

A keringési rendszeri halálozások száma 65 493, az ischaemiás szívbetegségek okozta halálozások száma 32 032, amelyek közül az akut szívizominfarktus-halálozások száma 6028 volt 2015-ben Magyarországon (*Jánosi és szerzőtársai, 2017*). Az elmúlt években általában az AMI-halálozások az összes keringési rendszeri halálozás közel egyötödét okozták. A megbetegedés évente közel 16 000 főnél jelentkezik, amelynek körülbelül 35–37 százaléka végződik halálozással. Az AMI 100 000 főre standardizált halálozási arányszáma (SHA) 2005–2015 között mindkét nem esetében javult: a nőknél 46,2 százalékkal, a férfiaknál 47,4 százalékkal. Tehát a hazai AMI-halálozás majdnem a felére csökkent 10 év alatt, de még napjainkban is kétszer több férfi hal bele, mint nő (*Uzzoli, 2017*): 2015-ben az AMI SHA-érték 100 000 főre számítva a nőknél 47,0 fő, a férfiaknál 95,5 fő volt ([Nemzeti Szívinfarktus Regiszter](#)).

A kedvező változások és a javuló tendencia ellenére Magyarországon még mindig sokan kapnak szívizominfarktust az európai átlagokhoz képest, és magasnak tekinthető a halálozás arányszám is.² Az AMI-megbetegedések alapján megállapítható, hogy 2005–2008 és 2012–2015 között csökkent a női (44,5 százalékról 42,5 százalékra), és emelkedett a férfi AMI-betegek aránya (55,5 százalékról 57,5 százalékra). Ugyan több a férfi AMI-beteg, viszont túlélési esélyeik javultak, hiszen körükben az AMI-halálozási arányszám jelentős mértékben

¹ A kutatás a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alap finanszírozásában valósul meg 2016–2019 között (K 119574 sz. projekt). A kutatás résztvevői: Uzzoli Annamária (kutatásvezető), Bán Attila, Beke Szilvia, Kovai Cecília, Pál Viktor, Vitrai József.

² Az EKG-felvételen ST-elevációval járó AMI az úgynevezett STEMI, míg az NSTEMI ST-elevációval nem jár (*Becker–Merkely, 2016*). A statisztikai vizsgálatokban a kettő között nem tudunk különbséget tenni, miközben ellátási protokolljuk különbözik.

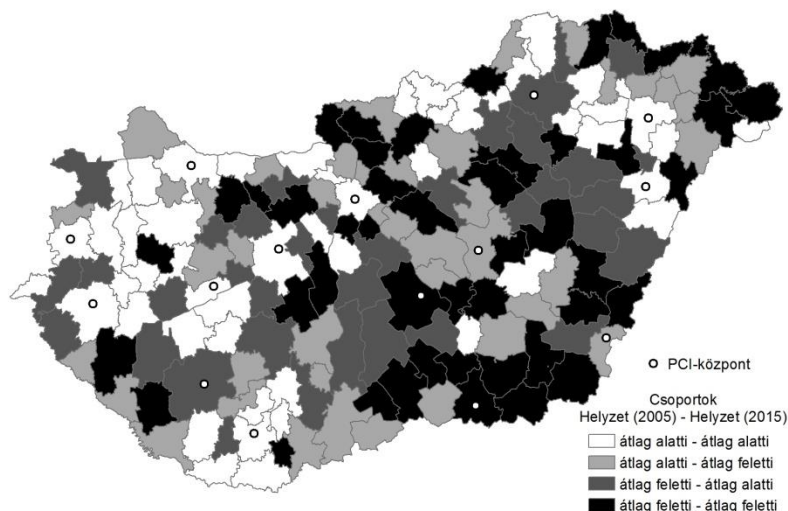
viSSzaesett 2005 óta. A 2000-es évek közepétől a PCI-központok számának növekedésével és földrajzi elterjedésével párhuzamosan több mint duplájára nőtt a PCI-ellátásban részesülők aránya az országban, és ezzel párhuzamosan 4 százalékkal csökkent a halálozással végződő AMI-esetek aránya két 2005–2008 és 2012–2015 között (Uzzoli és szerzőtársai, 2017).

A javuló AMI-halálozási helyzet részben a területi különbségek növekedésével járt együtt 2005–2015 között. Az egyenlőtlenség mérésére szolgáló Gini-együttható értéke járási szinten növekedett mindkét nem esetében, de ez a nőknél nagyobb volt: náluk 0,23-ról 0,26-ra, míg a férfiaknál 0,22-ről 0,24-re nőtt 2005–2008 és 2012–2015 között. Az AMI-megbetegedések mérséklődése – de európai összehasonlításban még mindig magas aránya – nem járt együtt a területi különbségek növekedésével nemek szerinti megoszlásban. A fekvőbeteg-ellátási adatokra épülő AMI-megbetegedések egyenlőtlenségeinek mérésére szolgáló terjedelmkülönbség járási szinten nem nőtt 2005–2008 és 2012–2015 között, azonban mindkét vizsgált időszakban a nők esetében nagyobb mértékű volt. Ez azt jelenti, hogy ugyan kevesebb a női AMI-beteg, arányuk csökkent is 10 év alatt, mégis számottevő különbségek léteznek az országon belül a női AMI-betegek földrajzi elhelyezkedésében a férfi AMI-betegekhez képest (Uzzoli és szerzőtársai, 2017).

A területi autokorreláció módszerének alkalmazása bizonyította, hogy a szomszédsági hatásnak van magyarózereje a PCI-ellátásban részesülő AMI-betegek területi különbségeiben, és annak nemek szerinti jellemzőiben. Megállapítható, hogy különösen a nők esetében jelentős mértékben növekedett a rosszabb helyzetű szomszédos járások térbeli kiterjedése, vagyis azoké, ahol a női AMI-megbetegedési arányszám szélsőértékeket mutat (hasonlóan magas arányú a vizsgált időszakokban). A PCI-ellátásban részesülő AMI-beteg nők alacsony arányával azonosítható járási csoportosulások kiterjedése főleg a belső perifériákon és a határ menti területeken figyelhető meg. Viszont a magasabb arányú és növekvő PCI-ellátottság nagyobb mértékben érinti azokat a szomszédos járásokat, amelyek a Borsod-Abaúj-Zemplén megye északkeleti részében található, különösen a férfiak esetében (Tóth és szerzőtársai, 2018).

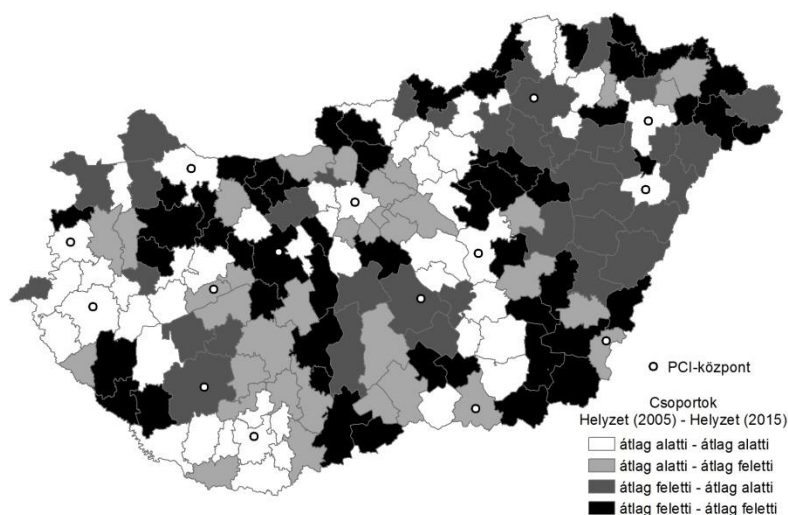
Az AMI-halálozási arányszám nemek szerinti és járási különbségeinek vizsgálatában a két választott időpontban meglévő, országos átlaghoz viszonyított helyzetkép alapján elkészült a járások tipizálása (1. és 2. ábra). A nők esetében a legtöbb kedvezőtlen helyzetű járás – ahol 2005-ben és 2015-ben is az országos átlag felett volt az AMI-halálozási arányszám – főként Kelet-Magyarország határ menti területein és belső perifériáin található. Ehhez hasonló a romló helyzetű járások – 2005-ben az országos átlag alatti és 2015-ben fölötte volt az AMI-halálozási arányszám – földrajzi elhelyezkedése, bár ezek megjelennek Nyugat-Magyarország hátrányosabb területein is. A férfiak esetében a kedvezőtlen helyzetű járások mindkét országrészben egyaránt megfigyelhetők. Különösen érdekes a javuló helyzetű járások – ahol 2005-ben az országos átlag feletti és 2015-ben az alatti volt az AMI-halálozási arányszám – területi elhelyezkedése, amelyek nagyrészt az Észak-Alföldi Régióban található. Kiemelendő Gyula, ahol 2013-ban hozták létre az új PCI-központot, ennek ellenére mindkét nem esetében kisebb mértékben, de romlott az AMI-halálozási helyzet.

1. ábra: A női akut miokardiális infarktus halálozási arányszám a járásokban az országos átlaghoz viszonyítva, 2005, 2015



Adatok forrása: KSH, NEFI.

2. ábra: A férfi akut miokardiális infarktus halálozási arányszám a járásokban az országos átlaghoz viszonyítva, 2005, 2015



Adatok forrása: KSH, NEFI.

Statisztikai vizsgálataink eredményei felhívták a figyelmet arra, hogy közel kétszer több férfi hal bele a szívizominfarktusba, mint nő, miközben a nők körében nagyobbak a halálozások területi különbségei, amelyek kisebb mértékben még nőttek is 2005 és 2015 között, illetve a női betegek között nagyobbak a területi különbségek a férfiakénál. Mennyire tekinthető „férfias”, illetve „nőies” betegségnek a szívizominfarktus? Mi jellemzi nemek szerint a korszerű

ellátáshoz való hozzáférést? Hogyan jelentkezhetnek a genderszemponatok az infarktusellátásban?

A női szívizominfarktus atipikus tünetei az interjútapasztalatok alapján

A kvantitatív vizsgálatok során számos olyan kutatási kérdés merült fel, amelyek szívizominfarktus megbetegedési és halálozási helyzetében tapasztalható nemi, egyéb társadalmi-gazdasági és területi különbségek okainak megismerésére irányultak. Megválaszolásuk egy Békés megyei esettanulmány során valósult meg: félig strukturált interjúk készültek különböző egészségügyi intézményekben az infarktusellátás releváns szereplőivel 2018. április és június között. Így végül 24 egészségügyi szakdolgozóval (például mentőtiszt, kardiológus, belgyógyász, nővér/ápoló, dietetikus, gyógytornász, pszichológus stb.) és 29 infarktuson átesett beteggel készültek interjúk. Az interjúkérdések az AMI-ellátásának mindhárom szakaszára vonatkoztak:

1. prehospitális szakasz: kórházi kezelést megelőző ellátás, például mentőellátás,
2. hospitális (kórházi) szakasz: sürgősségi, akut és rehabilitációs ellátás, például az akut ellátás része a szívkatéteres beavatkozás,
3. fenntartó és gondozási, megelőzési szakasz: háziorvosi ellátás, kardiológiai szakellátás.

Az egészségügyi szakdolgozókkal készült interjúkban megjelenő narratívák kevésbé a nemek szerinti eltérésekre, sokkal inkább általánosságban a betegedukáció hiányosságaira, az egészségműveltség alacsony szintjére és a kockázati egészségmagatartásra helyezték a hangsúlyt az infarktussal kapcsolatos egyenlőtlenségek létezésében, illetve az infarktusellátáshoz való hozzáférés akadályáiban (*Beke és szerzőtársai, 2018*). Mindezek komplex módon járulnak hozzá ahhoz, hogy:

1. a betegek sokáig hezitálnak az orvosi segítségkéréssel az infarktus kezdeti tünetei után, pedig az eredményes szívkatéteres beavatkozást bizonyos időablakon belül kell megkezdeni,
2. a betegekben csökken az egyéni felelősségérzet és betegségtudat a gyors és hatékony szívkatéteres beavatkozás miatt, amely a hosszú távú túlélési esélyeket rontja,
3. a betegek a rehabilitációt sokszor elutasítják, illetve annak során kisebb határfokkal történik meg az együttműködés az egészségügyi szakdolgozókkal, mert sokszor nehezen tudják értelmezni a betegséggel kapcsolatos információkat,
4. a betegek nagyjából nem tudják megvalósítani a tartós életmódváltást, ami pedig a sikeres gyógyulás záloga,
5. a betegek „elvesznek” az infarktusellátás fenntartó – gondozási és megelőzési – szakaszában, mert lényegében az integrált ellátás gyengeségei miatt a háziorvosi ellátás és a kardiológiai szakellátás között kevésbé erős a vertikális és horizontális együttműködés.

A szívizominfarktus betegség diagnózisának, gyógyításának és megelőzésének nemi különbségei az egészségügyi szakdolgozók elbeszéléseiben elsősorban a prehospitális és a rehabilitációs ellátással kapcsolatban jelent meg. A mentőellátásban széles körben elterjedt vélemény, hogy az infarktus tipikusan férfi betegség: „*Sok téves riasztás is van. Ha egy*

negyvenes férfi betelefonál mellkasi fájdalmakkal, akkor oda már rohamkocsit küldünk”. Az akut – szívkatéteres – ellátást követően inkább a férfiszerep hátráltatja a további eredményes kezeléseket, köztük a rehabilitációt: „Egy infarktusos beteg csak három hónap után nyeri úgy vissza az erőnlétét, mint az infarktus előtt, de főleg a férfi betegek ezt nem tudják elfogadni. Ők egyből úgy gondolják, hogy túl vannak az infarktuson, megkatéterezték és már egy hónap múlva semmi bajuk nem lesz, élhetik az életüket. Az időt nem tudják kivárni, türelmetlenek”.

A tartós életmódváltás során leginkább a dohányzásról való lemondás nehezen megvalósítható, és mostanában ez egyre inkább a nőket is érinti: „*Mostanában nagyon sok ember dohányzik. Több évtizede, tehát 30-40 éve, egy 50 éves ember mondjuk már 14 éves kora óta. És a nőknek ez sokkal rosszabb*”.

Általános vélekedés, hogy a betegdukáció fejlesztése nemcsak fontos feladat a jövőre nézve, hanem ebben a genderszemponthoz is érvényesíteni kellene: „*Nagyon nagy probléma az, hogy a betegeknek az egészségkultúráltsága Magyarországon még mindig nem éri el azt, ami kívánatos. Nem nagyon ismerik fel [a tüneteket]. Szerintem ismertetni kéne minden olyan veszélyeztetett korcsoportú emberrel, férfiaknál 35, nőknél 40 év felett, hogy a mellkasi panasz adott esetben mit is jelenthet, miért kell mentőt hívni azonnal. És nagyon fontos lenne ezzel foglalkozni a médián belül is*”.

A 10 női és a 19 férfi beteggel készült interjúkban megjelenő narratívák kiemelték a nemi különbségek szerepét, elsősorban a prehospitális és a gondozási, megelőzési ellátással kapcsolatban.

Az egészségügyi szakdolgozókkal készült interjúk egyöntetűen felhívták a figyelmet arra, hogy a betegek az infarktus első tünetei után sokáig várnak az orvosi segítségkéréssel, a hosszúra nyúlt hezitálási idő pedig jelentősen ronthatja a túlélési esélyeket. A női betegekkel készült interjúk azonban nagyobb számban tárták fel a nőknél jelentkező atipikus tüneteket.³

„Légszomjamb volt. Semmi más.” (63 éves női beteg)

„Szédültem, hányingerem volt, étvágytalan voltam, gyenge voltam.” (71 éves női beteg)

„Hát az olyan volt, hogy elkezdtem szédülni. Aztán mit tudom én, olyan hülyén éreztem magamat. Volt egy szorításom, hátra egészen a lapockáimig. Amikor elmúlt a szorítóérzés, akkor elkezdtem köhögni.” (70 éves női beteg)

„Rosszul voltam, fáj a mellkasom és a bal oldalam. Már reggel kezdődött, de egész nap dolgoztam, a házimunkát el kellett végezni.” (71 éves női beteg)

„Elviselhetőnek elviselhető volt a fájdalom is, meg a zsibbadás is, csak azért nyugtalan voltam, hogy mégis mi lehet ez.” (64 éves női beteg)

Az egészségügyi szakdolgozókkal készült interjúk rávilágítottak arra, hogy a betegek elég gyakran visszautasítják a rehabilitációs ellátást, vagy ha megkezdik, akkor pedig nem fejezik

³ A szívinfarktus tipikus tünetei között kell említeni a következőket: szorító mellkasi fájdalom, kisugárzó vagy sűrűsödő mellkasi fájdalom a bal oldalon, légszomj, izzadás, eszméletvesztés.

azt be. Ennek okaiban a férfiak inkább a mihamarabbi munkába állást, a nők a háztartásvezetést és a családról való gondoskodást nevezték meg:

[Felajánlották a rehabilitációt,] „*de nem vállaltam. Akkor még nagyon kicsi volt a gyerek. Ugyan két hét múlva visszajöttem, de csak egy hétig voltam a rehabon. A gyerekek miatt nem tudtam többet vállalni.*” (47 éves női beteg)

„*Most mikor katéterezés volt Szegeden, akkor el akartak küldeni [rehabra]. De nem mentem.*” (82 éves női beteg)

„*Egy hétig voltam otthon [a kórházi kezelés után], utána visszamentem dolgozni. Nem voltam semmilyen különös kezelésen vagy rehabilitáción.*” (63 éves női beteg)

„*... meg jöttek itt ezzel a rehabilitációs akármivel... Tudjam, hogy mit vállalok... de itt nem mond senki semmit, hogy mit vállalok, így nem is vállaltam. Mondtam is, hogy nem. Ha dolgozhatok, akkor mit akarnak rehabilitálni, annál már több mozgás nem kell.*” (62 éves férfi beteg)

[Felajánlották a rehabot] „*igen, egyetértek, de most magától kérdezem, elmegyek rehabilitációra, de utána mitől lesz nekem jobb? Mert ezt senki nem mondta el. Azt sem mondta, hogy utána mehetek dolgozni vagy sem... Elmegyek a rehabilitációra, de mi lesz. Tudom, ezek társadalmi kérdések, menjek a gyerekem nyakára? De ezt én nem akarom.*” (59 éves férfi beteg)

„*Mondták, ha gondolom, elmehetek Balatonfüredre. Kérdeztem, hogy van értelme? Hát, túlságosan nem volt. Mondták, hogy vigyázzak magamra. Mivel nyugdíjas voltam, ezért nem kellett dolgoznom. Ugye, ezt egy munkahelyen nem lehetne megtenni.*” (66 éves férfi beteg)

A gondozás és megelőzés szerepe az infarktusos betegek ellátásában az infarktus utáni állapot fenntartása, a tartós életmódváltás megerősítése és az újabb infarktus elkerülése. Az infarktuson átesett betegekkel készült interjúkban alapvető nemi különbségek nem rajzolódtak ki azzal kapcsolatban, hogy például mi jelent számunkra nehézséget az életmódváltásban, kik segítik őket ebben, tudják-e követni az orvos utasításait, hogyan küzdenek meg az új élethelyzetükkel stb. Ugyanakkor szembetűnő volt, hogy a tíz megkérdezett női beteg közül négyen számoltak be korábbi vagy meglévő dohányzásról, illetve ennél is többen jelezték, hogy otthonaikban valamelyik családtag révén passzív dohányosnak számítanak:

„*Nem mondom, hogy könnyű volt [leszokni], borzasztóan nehéz volt. Még sokszor álmodok róla, hogy rágyújtok, meg ha azt mondanák, hogy mától dohányozhatok, simán rágyújtanék.*” (65 éves női beteg)

„*Hát, néhány szálát elszívok egy nap. Nem szabadna egyáltalán, de napi két darab cigit még elnéznek az orvosok.*” (47 éves női beteg)

„*Cigaretta nincs, hát az már vagy tíz éve. Mikor nagyon beteg voltam, akkor lemondtam róla.*” (82 éves női beteg)

„*Hogy mondjam, egy hónapban elszívok néhányat, de azt is csak úgy szívom el, hogy ha barát vagy vendég jön. De egy-egy cigit nem szívok el végig: beleszívok hármat-négyet, és nem is kell. Azt mondták, cigaretta nem lehet, nem lehet dohányozni, én meg megfogadtam, meg nem is.*” (71 éves női beteg)

„A férjem erős dohányos, majd kimegy az udvarra.” (70 éves női beteg)

A kutatás során készített félig strukturált interjúk elsődleges célja volt feltárni az ellátáshoz való hozzáférés egyéni és intézményi tényezőit. (Ennek eredményeit már több publikációban közzétettük.) Az interjútapasztalatok feldolgozása során azonban egyértelművé vált, hogy az infarktusellátás egyes szakaszaiban markánsan jelentkezhetnek a nemi különbségek. Általában kétszer több férfit érint az infarktust, mint nőt, és körükben közel kétszeres a halálozási arányszám is. Európai viszonylatban sok magyar nő kap infarktust, ráadásul körükben mind a megbetegedésekben, mind a halálozásokban számottevő területi különbségek vannak, amelyek enyhén növekedtek is az elmúlt években. Emiatt tartottuk fontosnak, hogy az interjúk alapján kirajzolódó genderszemponthozatokat összegyűjtsük és közreadjuk.

Összefoglalás

Kutatási projektünk eredményei és tapasztalatai alapján elsősorban a nők infarktussal szembeni veszélyeztetettségére, annak növekedésére szeretnénk felhívni a figyelmet.

Több kutatási előzmény is már kiemelte, hogy a [Nemzeti Szívinfarktus Regiszter](#) adatai alapján Magyarországon szignifikánsan jelen vannak a nemi különbségek az akut miokardiális infarktus megbetegedési és halálozási folyamataiban. A nők kisebb arányban részesülnek szívkatóteres ellátásban, körükben lassan növekszik az egy éven belüli halálozás mértéke (*Jánosi és szerzőtársai, 2018*). Szintén fontos korábbi kutatási tapasztalat, hogy a korai intervencióban a férfiak, a fiatalabbak, illetve az ismert magasvérnyomás-betegségek részesülnek, továbbá a korai PCI-kezeltek hét napon belüli halálozására nagyobb esélye van a nőknek, az idősebbeknek, a cukorbetegeknek (*Belicza és szerzőtársai, 2016*). Magyarországon nagy gondot jelent a hosszú prehospitalis idő, amely legnagyobbbrészt a beteg késlekedése miatt következik be, miközben a kezelés eredményessége szempontjából alapvető jelentőségű a minél korábbi intervenció (*Jánosi és szerzőtársai, 2017*).

A kutatási előzmények adalékául szolgálhatnak vizsgálati eredményeink, amelyek közül leginkább a női szívizominfarktus atipikus tünetei hangsúlyozhatók, amelyek egyrészt még kevésbé épültek be a köztudatba és az egészségügyi döntéshozatalba, másrészt a női betegeknel hosszabb hezitálási időt eredményezhetnek. Úgy gondoljuk, hogy az egészségmúveltség szintjének növeléséhez, a megfelelő és tudatos egészségmagatartás kialakításához szükség van a betegedukáció fejlesztésére, aminek egyik fő területe lehet a női és férfi szívinfarktus tünetei közötti különbségtétel. A részben romló hazai női AMI-helyzet indokolja, hogy a nőknél szívinfarktus esetén megjelenő diszkomfortérzet és kevésbé kínzó mellkasi fájdalom szintúgy figyelmeztető jel lehet a beteg, a hozzátartozók és az egészségügyi szakdolgozók számára. A késlekedés végzetes, ugyanis óránként 15 százalékkal nő a halálozás valószínűsége, ha a beteg késve kerül orvoshoz.

Veszélyben a nők! Ez különösen igaz azokban a keleti országreszkekben, amelyek határ menti vagy belső periférikus területek, távol esnek a kórházi központoktól, és az elmúlt években a női akut szívizominfarktus miatti halálozási helyzet rosszabbodása volt tapasztalható. Ezeken a területen előfordulhat, hogy az eredményes szívkatóteres beavatkozáshoz szükséges 120 perces időablak 180–200 perc fölé emelkedik, ami már jelentősen csökkenti a túlélési

esélyeket. A hátrányos helyzetű területeken az egészségismeretek növelése a jövőben valóban életet menthet...

Hivatkozások

Annandale, E.–Hunt, K. (szerk.) (2000): Gender Inequalities in Health. Open University Press, Buckingham-Philadelphia. 215 o.

Arber, S.–Cooper, H. (2000): Gender and inequalities in health across the lifecourse. Megjelent: Annandale, E.–Hunt, K. (eds.) (2000) 123–149. o.

Bálint Lajos (2011): A születéskor várható élettartam nemek szerinti területi különbségei. Területi Statisztika, 51. évf. 4. 386–404. o.
<http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/terstat/2011/04/balint.pdf>.

Becker, D.–Merkely, B. (2016): Akut coronariaszindróma ellátása – 2016. Orvosi Hetilap, 157. évf. 38. sz. 1500–506. o.

Beke Szilvia–Uzzoli Annamária–Bán Attila–Pál Viktor–Vitrai József: (2018): Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségei. Békés megyei esettanulmány tapasztalatai. Megjelent: Fazekas István–Kiss Emőke–Lázár István. (szerk.): Földrajzi Tanulmányok 2018. MTA DTB Földtudományi Szakbizottság, Debrecen, 207–209. o.

Belicza Éva–Lám, Judit–Kósa István (2016): Az akut myocardialis infarctus főbb hazai ellátási jellemzői 2005–2009 között az EuroHOPE kutatás eredményei alapján. Orvosi Hetilap, 157. évf. 41. sz. 1626–1634. o.

Csizmadia Péter (2016): Az egészségműveltség definíciói. Egészségfejlesztés, 57. évf. 3. sz. 41–44. o.

Glynn, K.–MacLean, H.–Forte, T.–Cohen, M. (2009): The association between role overload and women's mental health. Journal of Women's Health, 18. No. 2. 217–223. o.

Greaves, L. (2015): The Meanings of Smoking to Women and Their Implications for Cessation. International Journal of Environmental Research and Public Health, Vol. 12. No. 2. 1449–1465. o.

Jánosi András és szerzőtársai (2017): **A szívinfarktus miatt kezelt betegek ellátása Magyarországon**. Orvosi Hetilap, 158. No. 3. 90–93.

Jánosi András és szerzőtársai (2018): **Does Gender Have Prognostic Value Among Patients with Myocardial Infarction?** Analysis of the Data from the Hungarian Myocardial Infarction Registry. Journal of Women Health, Vol. 27. No. 12. 1–8. o.

Kopp Mária–Kovács Mónika (2016): **A magyar népesség életminősége az ezredfordulón**. Semmelweis Kiadó, Budapest. 550 o.

Marmot, M. (2015): The Health Gap – The Challenge of an Unequal World. Bloomsbury Press, London. 400 p.

Oksuzyan, A.–Juel, K.–Vaupel, J. W.–Christensen, K. (2008): Men: good health and high mortality. Sex differences in health and aging. Aging Clinical and Experimental Research, Vol. 20. No. 2. 91–102. o.

Sorensen, K. és szerzőtársai (2012): Health Literacy and public Health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, Vol. 12. No. 80.

Szántó Zsuzsa–Susánszky Éva (2010): Gender és egészség. Szakirodalmi áttekintés. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 11. évf. 4. sz. 255–276. o.

Tóth Gergely–Bán Attila–Vitrai József–Uzzoli Annamária (2018): Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés szerepe az egészségyenlőtlenségekben. A szívizominfarktus-megbetegedések és -halálások területi különbségei. Területi Statisztika, 58. évf. 4. sz. 346–379.

Uzzoli Annamária (2017): Egészségyenlőtlenségek és hozzáférés. Esettanulmány a magyarországi keringési rendszeri halálásokról. Megjelent: Torgyik Judit (szerk.): Válogatott tanulmányok a társadalomtudományok köréből. V. IRI Társadalomtudományi Konferencia. International Research Institute, Komárno. 201–209. o.

Uzzoli Annamária–Vitrai József–Tóth Gergely (2017) Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata az akut miokardiális infarktus okozta halálások adatainak felhasználásával. Egészségfejlesztés, 58. évf. 3. sz. 7–17. o.

Van de Velde, S.–Bracke, P.–Levecque, K. (2010): Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. Social Science and Medicine, Vol. 71. No. 2. 305–313. o.

Verbrugge, L. M. (1985): Gender and health: An update on hypothesis and evidence. Journal of Health and Social Behavior, Vol. 26. No. 3. 156–182. o.

Watkins, P.L.–Whaley, D. (2000): Gender role stressors and women's health. Megjelent: Eisler, R. M.–Hersen, M. (eds.): Handbook of gender, culture and health. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah. 43–62. o.

WHO (2013): Health 2020. – A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO, Genf. 190 o.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1.