

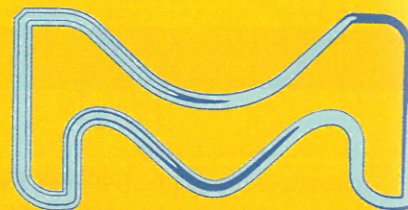
2-es típusú
diabétesz és
PREDIABÉTESZ
kezelésére is
alkalmazható¹

1. Merckformin XR alkalmazási előiratok:
www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis

metformin
Merckformin[®] XR

500 mg 750 mg 1000 mg

NAPI 1X elnyújtott hatóanyagleadású
eredeti metformin



HU/GLUX/0119/0005 Az anyag lezárásának dátuma: 2019.01.17.

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!

A hatályos alkalmazási előírás teljes szövegét megtalálja az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis) honlapon.

OGYÉI honlapon keresztül történő elérési útvonal:

www.ogyei.gov.hu ADATBÁZISOK, NYILVÁNTARTÁSOK; Gyógyszer-adatbázis;
Gyógyszer neve (Merckformin XR megadása és a legördülő ablakból a megfelelő hatáserősség kiválasztása)

a "KERESÉS INDÍTÁSA",  ,  ikonra vagy **Alkalmazási előírás** hiperlinkre történő kattintás.

Merck Kft. 1117 Budapest, Október huszonharmadika utca 6-10.
Phone: +36 1 463 8100, Fax: +36 1 463 8174
e-mail: medinfohungary@merckgroup.com
www.merckgroup.com

MERCK

ELHÍZÁS-MENEDZSMENT A MAGYAR HÁZIORVOSI ELLÁTÁSBAN

A háziorvosok ismereteinek, gyakorlatának és hozzáállásának értékelése

Torzsa Péter dr.¹, Ilyés István dr.²,
Szigethy Endre dr.², Halmy Eszter dr.³,
Iski Gabriella dr.², Kolozsvári László
Róbert dr.², Hargittay Csenge dr.¹,
László Andrea dr.¹, Mester Lajos dr.⁴,
Móczár Csaba dr.², Rinfel József dr.⁵,
Nagy Lajos dr.⁵, Kalabay László dr.¹,
Rurik Imre dr.²

¹Semmelweis Egyetem ÁOK,
Családorvosi Tanszék, Budapest;
²Debreceni Egyetem, Népegészségügyi
Kar, Családorvosi és Foglalkozás-
Egészségügyi Tanszék, Debrecen;
³Magyar Elhízástudományi Társaság;
⁴Szegedi Tudományegyetem ÁOK,
Családorvosi Intézet és Rendelő, Szeged;
⁵Pécsi Tudományegyetem Orvostudo-
mányi Kar, Alapellátási Intézet, Pécs



A cikk online változata
megtalálható a
www.olo.hu weboldalon.

BEVEZETÉS

Magyarországon, ahogy sok más országban is, a túlsúly és az elhízás járványszerű méreteket ölt és sok patológiás állapotért felelős (1, 2). Az „elhízásjárvány” igazi kihívás a népegészségügy számára, a kedvező változásokhoz orvosszakmai lépésekre, az egyén szintjén a magatartás módosítására, továbbá környezeti változtatásokra van szükség (3).

Háttér: Az obesitas járványként terjedő fenyegetést jelent és komoly közegészségügyi hatásai vannak.

Módszer: A felmérés a háziorvosok elhízással kapcsolatos ismereteire, hozzáállásukra vonatkozóan tett fel kérdéseket. A validált kérdőív-re 521 ellátást nyújtó személy (448 háziorvos és 73 rezidens/gyakor-nok) válaszolt.

Eredmények: A háziorvosok 51%-a volt tisztában az obesitas diagnosztikai küszöbértékével; a városokban dolgozó háziorvosok esetében ez az arány nagyobb volt (60%), a legmagasabbnak (90%) a rezidensek esetében volt. A kizárólag háziorvosi szakvizsgával rendelkező orvosok motiválabb szakmai kihívásnak tartották az obes betegek ellátását, mint azok a háziorvosok, akik más területen is rendelkeztek szakképe-sítéssel (77% vs. 68%). Az előbbieknél nagyobb hangsúlyt fektettek arra, hogy megmérjék pácienseik derék-bőségét, illetve derék-csípő arányát (72% vs. 62%), gyakrabban látták el túlsúlyos pácienseiket táplálkozási tanácsokkal. A városi praxisokban volt a leggyakoribb (85%), hogy a diagnózist kizárólag a testtömegindexre alapozva állította fel az orvos. Az orvosok közül a nők hosszabban beszélgettek a betegekkel az el-hízás lehetséges okairól (65% vs. 44%) és jóval gyakrabban javasolták az étkezési napló bevezetését betegek számára (65% vs. 52%).

Következtetés: Az elhízás magyarországi ellátásának javításához az alapellátásban dolgozó orvosok alaposabb képzésére, hozzáférhető gyakorlati irányelvekre van szükség.

Az obesitasra az alapellátás szintjén is jár-ványként tekinthetünk. Miközben a házior-vosok a túlsúly következményeit kezelik, ál-talánosságban nem érzik magukat felké-szültnek arra, hogy magát az elhízást mene-dzseljék (4).

Az orvos-beteg-találkozások többsége az alapellátásban zajlik, ahol a háziorvosoknak megvan a lehetősége, hogy akár évtizedeken át követhessék túlsúlyos betegek súlygyara-

Ez a kézirat az alábbi eredeti közlemény magyar változata: Rurik, I., Torzsa, P., Ilyés, I., Szigethy, E., Halmy, E., Iski, G., Kolozsvári, L.R., Mester, L., Móczár, C., Rinfel, J., Nagy, L., Kalabay, L.: Primary care obesity management in Hungary: evaluation of the knowledge, practice and attitudes of family physicians. BMC Fam Pract. 2013 14:156-164.

podását (5, 6). Az orvos tudása olyan alap, amelyet folyamatosan fejleszteni kell. A mindennapok háziiorvosi gyakorlatát irányelvek és ajánlások alapján kellene kialakítani. Vannak ilyenek bőséggel a túlsúly következményeként jelentkező kórképekről, például a diabéteszről, vagy a kardiovaszkuláris betegségekről, az ilyen vonatkozású kockázatokról és ezek kezeléséről.

Gyakorinak találták a negatív hozzáállást az elhízott betegek felé, főleg a fiatalabb házi-orvosok körében és a kisebb praxisokban. Azok az orvosok, akik bővebb ismeretekkel rendelkeztek a súlycsökkentő diétákról, szívesebben beszéltek betegeikkel a súlycsökkenésről, kevésbé voltak frusztráltak és jobban hitték a terápia hatékonyságában, kevésbé voltak pesszimisták a páciens sikerét illetően (7). Néhány országban hiányos ismereteket és ambivalens hozzáállást is tapasztaltak a házi-orvosok körében az elhízás menedzselése kapcsán. Emellett az alapellátás aktuális finanszírozásából és rendszeréből fakadó, illetve a járóbeteg-ellátás túlterheltsége is akadályozta, hogy megfelelő módon foglalkozzanak az elhízás kérdésével (4, 8, 9). Több vizsgálat is kiemelte, hogy a házi-orvosok ugyan adtak tanácsokat az egészséges életmódhoz (a fizikai aktivitás növelése) és étkezéshez (a bevitt energiamennyiség csökkentése), vagy diétetikushoz irányították a beteget, de ritkán adtak gyakorlati tanácsot arra, hogyan lehet ezeket az ajánlásokat megvalósítani. Egyértelmű, hogy az alapellátás orvosai számára továbbképzést kell biztosítani az egységes megítélés elterjesztése és az egyéni hatékonyság növelése érdekében a felnőtt- és a gyermekkori obesitas kezelésében egyaránt (8, 10). A kezelőorvosok gyakran számolnak be a bizalom hiányáról az elhízottak részéről. A legerősebb gátlótényezőnek a betegek motiváltságának hiányát tartják. Valószínű tehát, hogy a testtömeggel kapcsolatos problémák jobb menedzselése az alapellátásban a házi-orvosok ismereteinek növelésén, az elhízás problémáihoz való jobb hozzáállás kialakításán, továbbá bővebb források biztosításán keresztül lenne elérhető (11).

Egy szisztematikus összefoglaló közlemény arra a megállapításra jutott, hogy az elhízás olyan stigmát jelent, amely kedvezőtlenül hat a beteg és egészségügyi ellátói közötti kapcsolatra. Az elhízás fennállásának ténye befolyásolja az ellátók közötti interakciókat és a döntéshozatalt is (12).

CÉLKITŰZÉS

A jelen vizsgálat célja a magyar házi-orvosok ismereteinek, motivációjának, gyakorlatának és betegeikkel való együttműködésének felmérése, a gátló és az egyéb olyan tényezők feltárása volt, amelyek befolyásolják az orvosok hozzáállását és képességét elhízott betegek kezelésében.

MÓDSZEREK

A VIZSGÁLAT MEGTERVEZÉSE

Egy már validált, nemzetközileg publikált, anonim kitöltendő kérdőívet dolgoztunk át és validáltunk magyar nyelven valamennyi magyar orvosegyetem alapellátási szakértőinek közreműködésével (13).

A kért adatok között szerepelt az orvos neme, életkora, a munkavégzés településének jellege, szakterülete, praxisának jellemzői, demográfiai adatai, ellátási területének lélekszáma. További kérdésekben számadatokkal kellett megadni, mekkorára becsülik az orvosok az elhízottak és a túlsúlyosok arányát a körzetükben. Összesen 81 (többségében többszörös választást lehetővé tevő) kérdést tettünk fel, három fő témakörben (ismeretek, hozzáállás, szakmai gyakorlat). Az eredményeket hasonló sorrendben mutatjuk be.

A VIZSGÁLAT KIVITELEZÉSE

A nyomtatott kérdőívek kiosztására különféle – házi-orvosok és házi-orvos-rezidensek számára az ország négy családorvosi tánszéke által szervezett – továbbképzési rendezvényeken került sor 2011-ben. Házi-orvosoknak összesen 523 darab, rezidenseknek 78 darab kérdőívet adtunk át, ebből 448, illetve 73 darabot kaptunk vissza adatfeldolgozásra alkalmas módon kitöltve, így a válaszarány 86%-os volt a házi-orvosok, és 92%-os a rezidensek esetében.

STATISZTIKAI ELEMZÉS

Az adott válaszok és a vizsgált populáció fő jellemzői közötti összefüggések feltárásához az alábbiakkal dolgoztunk: ANOVA, egy- és kétmintás t-próba, Fisher-teszt, χ^2 próba. Statisztikailag szignifikáns szintnek a $p < 0,05$ -ös értéket tekintettük.

A részletesebb összehasonlításához faktoriális elemzést végeztünk Kaiser–Meyer–Olkin-

1. táblázat:
A BMI-átlagok,
BMI-kategóriák és a
válaszadók száma

	HÁZIORVOSOK (N:448)			REZIDENSEK (N:73)		
	FÉRFI	NŐ	MINDKETTŐ	FÉRFI	NŐ	MINDKETTŐ
Átlag BMI (kg/m ²)	27,2	25,0	25,8	26,8	21,7	
±SD	4,9	4,6	4,7	3,7	3,5	
BMI kategóriák (kg/m²)						
Sovány (<18,5)	2	5	7		7	7
Normál BMI (18,5–24,9)	56	158	214	7	41	48
Túlsúlyos (25,0–29,9)	72	78	150	7	6	13
Elhízott (>30)	40	37	77	4	1	5
Összesen	163	274	448	18	55	73

módszerrel, a válaszadók jellemzőinek leírásához. Ward-féle hierarchikus klaszterezéssel dendogramot (faág-diagramot) készítettünk az alábbi kvalitatív jellemzőkkel kapcsolatos kérdések alapján:

- ▶ szakmai motiváltság az elhízás kezelésére,
- ▶ szakmai ismeretek az elhízás kezelése terén.

Minden elemzést a STATA 10.1. számítógépes programmal (Statacorp LP, College Station, TX, USA) végeztünk.

EREDMÉNYEK

A kérdőívet összesen 448 házi-orvos (170 férfi és 278 nő), továbbá 73 rezidens (18 férfi és 55 nő) töltötte ki. Az orvosok átlagos életkora 54,5±9,8 év volt (32–82 év). A rezidensek átlagos

életkora 29,9±5,4 év volt. A praxisok átlagos bejelentkezett betegszáma 1675±483 fő volt. A kizárólag felnőttekkel foglalkozó praxisok száma 308 volt, a gyermekházi-orvosi (14 év alatti ellátottak) praxisoké 56, míg 84 egyes praxisban minden korosztályt elláttak. A praxisok földrajzi eloszlása: Budapesten 119, nagyvárosokban 99, kisvárosokban 126, falvakban 104 praxis működött.

A házi-orvosi gyakorlatban eltöltött idő 19,3±11,2 év volt átlagosan, a megszerzett szakképesítések számának átlaga 1,9±0,9 darab volt. A válaszolók közül 150 főnek csupán házi-orvosi szakvizsgálata volt, 199 főnek két, 70 főnek három, 29-nek ennél is több szakképesítése volt. Ez azt jelenti, hogy pályafutásukat más szakterületen kezdték, főleg belgyógyászként, majd később cserélték fel addigi munkájukat a házi-orvoslásra, és szereztek szakképe-

AZ ELHÍZÁS OKAI	NEM ÉRT EGYET (%)	EGYÉRT (%)
Túl sok zsír fogyasztása	11,0	89,0
Elégtelen fizikai aktivitás	2,8	97,2
Genetikai tényezők	26,8	73,2
Túlevés	41,6	58,4
Stressz, szorongás, depresszió	21,5	88,5
Hormonális zavarok	22,9	77,1
Alacsony jövedelem, munkanélküliség	54,3	45,7
Az elhízás következményei		
Testi egészséget érintő problémák	4,9	95,1
Lelki egészséget érintő problémák	5,5	94,5
Szociális problémák	15,8	84,2
Állítások		
Az elhízás betegség	11,5	88,5
A normális testtömeg fontos az egészséghez	4,4	95,9
A túlsúlyos és elhízott páciensek esetében még a kismértékű fogyás is egészségügyi előnyökkel jár	5,2	94,8
A túlsúlyos páciensek többségénél testtömeg-csökkentő kezelést kell alkalmazni	9,9	90,1
Kizárólag az elhízott páciensek esetében kell testtömegcsökkentő kezelést alkalmazni	70,0	30,0

2. táblázat:
Az elhízás okaival
és következményeivel
kapcsolatos
ismeretek, állítások,
illetve a válaszok
eloszlása az egyes
doménekekben

sítést ezen a szakterületen is. Az orvosok aktuális antropometriás jellemzőit az 1. táblázatban foglaltuk össze.

Az orvosok saját praxisukban, a felnőttek körében 34,4%-ra becsülték a túlsúlyosak arányát, 23,4%-ára az elhízottakét, kis különbségekkel az ellátóhelyek típusai szerint. Az arányok a gyermekek esetében szinte ugyanilyennek voltak. A válaszokat és a leíró adatokkal való összefüggéseiket 3 területre bontva mutatjuk be.

ISMERETEK

A háziorvosok ismereteinek szintjét az elhízás okaira és következményeire fókuszáló kérdésekkel kívántuk felmérni. Szerepeltek a kérdőívben állítások is, a válaszadóknak ez esetben azt kellett megadniuk, hogy egyetértenek vele vagy sem (2. táblázat). Az obesitas fő okai között a hormonális, a genetikai és a környezeti faktorokat rangsoroltattuk, elsősorban a tartósan pozitív energiaegyensúlyt és a fizikai aktivitást, a lelki tényezők mellett. Mind a következményeket, mind az állításokat illetően jelentős összhangot tapasztaltunk.

A túlsúlyosság és az elhízás határát jelentő BMI-küszöbértéket csak az orvosok 51,3%-a tudta pontosan. A fővárosban, illetve a falvakban dolgozók e téren kevésbé voltak tájékozottak (a fővárosban dolgozók 37%-a, a falvakban dolgozók 47%-a nevezte meg pontosan a küszöbértéket), a kis- és nagyvárosi kollégák esetében ez az arány 60% volt. A szakmai képzésben részt vevő rezidensek tájékozottabbak voltak, több mint 90%-uk megbízható tudással rendelkezett a diagnosztikai határértékeket illetően.

3. táblázat:
A háziorvosok hozzáállása az elhízáshoz és az elhízott páciensekhez, illetve a válaszok eloszlása ebben a doménben

	NEM ÉRT EGYET (%)	EGYETÉRT (%)
A háziorvos szerepe a túlsúlyos és elhízott betegeket illetően a szakorvoshoz irányítás, nem pedig az, hogy saját maga kezelje őket	83,7	16,3
A háziorvosoknak példát kell mutatniuk, és meg kell tartaniuk normális testtömegüket	11,2	88,8
Úgy érzem, megfelelően felkészült vagyok a túlsúlyos és obes páciensek kezelésére	43,4	56,6
A túlsúlyos és elhízott páciensek kezelése szakmai sikerélményt jelent	29,5	70,5
Az elhízott páciensek lustábbak és tunyábbak a normális testtömegű embereknél	32,1	67,9
A túlsúlyos páciensek lustábbak és tunyábbak a normális testtömegű embereknél	34,4	65,6
A túlsúlyos és az elhízott pácienseknek csupán töredéke képes leadni a testtömegéből és azt meg is tartani	20,4	79,6

A fiatalabb orvosok egységesebb állásponton voltak abban, hogy az obesitas önálló betegség (átlagos életkor: $53,9 \pm 0,5$ év), az idősebbek szerint ez csak egy tünet ($57,8 \pm 1,5$ év, $p=0,01$).

VÉLEMÉNY AZ ÁLLÍTÁSOKRÓL

Azzal az állítással, hogy kizárólag az elhízott páciensek esetében kell-e testtömegcsökkentő kezelést alkalmazni, az orvosok 70%-a nem értett egyet. A gyermekorvosok körében ez az arány 55,1% volt.

Ezt a megközelítést az orvosok saját BMI-értéke is befolyásolta. Bár sokan úgy gondolták, hogy a testsúlycsökkentés nemcsak az elhízott páciensek esetében ajánlott, a 30 kg/m^2 -es BMI-értéket meghaladó testtömegindexű orvosoknak csupán a 46,7%-a volt ezen a véleményen ($p=0,007$). Az állítással egyetértők átlagos életkora szignifikánsan magasabb volt ($56,2 \pm 0,9$ év), szemben az egyet nem értők ($53,7 \pm 0,6$ évvel), $p=0,019$).

ATTITÚD

A kérdőívvel próbáltuk feltárni a háziorvosok eltérő személyes hozzáállását, szemléleti torzításait és preconcepcióit is. A kezelési hajlandóság és önbizalom terén szintén találtunk különbségeket (3. táblázat). Alacsonyabb volt az átlagos életkora azoknak, akik szerint az elhízást az alapellátásban kell kezelni, anélkül hogy minden elhízott beteget szakorvoshoz irányítanánk ($53,7 \pm 0,5$ év, illetve $58,4 \pm 1,1$ év, $p=0,04$).

A normális BMI-értékű orvosok 94%-a egyetértett azzal, hogy a családorvosnak példaként

GYAKORLAT DIAGNOSZTIKAI MÓDSZEREK	NEM ÉRT EGYET (%)	EGYETÉRT (%)
Testtömegmérés, a testmagasság feljegyzése nélkül	54,9	45,1
Testtömegindex (BMI) kiszámítása	20,9	79,1
Derék-csipő arány mérése és számítása	44,4	55,6
Haskőrfogat mérése	34,9	65,1
Összevetés az ideális testtömeggel	30,2	69,8
Külső megítélés (ránézés)	77,9	22,1
Testtömegkezelési tanácsok és eszközök		
Egyen kevesebbet az étkezések során	12,9	87,1
Fogyasszon kevesebb zsírt	10,2	89,8
Ne fogyasszon semmit az étkezések között	23,3	76,7
Kevesebb cukrot fogyasszon	6,7	93,3
Fogyasszon több gyümölcsöt és zöldséget	3,7	96,3
Fogyasszon kevesebb magas kalória-tartalmú italt	5,3	94,7
Bizonyos ételeket teljesen hagyjon el	31,0	69,0
Tartson személyre szabott, kevés kalóriát tartalmazó étrendet (1200–2200 kcal/nap)	17,0	83,0
Tartson nagyon kevés kalóriát tartalmazó étrendet (<1200 kcal/nap)	72,9	27,1
Tartson olyan étrendet, amelyet hirdetésben ajánlanak	96,2	3,8
Mozogjon/sportoljon	6,4	93,6
Mozogjon többet a napi életvitele során (pl. sétáljon, dolgozzon a kertben)	4,4	95,6
Szórólap az egészséges életvitelről	41,5	58,5
Étkezési napló	40,3	59,7
Táplálkozási tanácsadás	32,8	87,2

4. táblázat:
A háziorvosok által az elhízás kezelése során alkalmazott diagnosztikai gyakorlat, a pácienseknek adott tanácsok és ajánlott eszközök, illetve a válaszok eloszlása ebben a doménben

kell szolgálni testtömegük tekintetében, de az elhízott orvosoknak is 80,8%-a ezt a választ adta ($p=0,004$). Az elhízás kezelése nagyobb szakmai elégedettséget jelent a kizárólag háziorvosi szakvizsgálattal rendelkezőknek, mint a több szakterületen képesítést szerzett orvosok számára (76,8% vs. 67,6%, $p=0,038$). Azt a meggyőződést, hogy „az elhízott páciensek lustábbak és tunyábbak a normális testtömegű embereknél”, az elhízott orvosok 52,6%-a támogatta, míg a nem elhízottak körében 67,9% volt ez az arány ($p=0,01$). Az állítással egyetértők átlagos BMI-értéke $25,5 \pm 0,2 \text{ kg/m}^2$ volt, míg az állítást elutasítóké magasabb ($26,5 \pm 0,4 \text{ kg/m}^2$, $p=0,026$). Ugyanezt az állítást a túlsúlyos betegek vonatkoztatva az elhízott orvosok 54,8%-a támogatta, míg a kisebb BMI-értékű orvosok 65,8%-a ($p=0,036$). Az állítással egyetértő orvosok idősebbek voltak ($55,1 \pm 0,5$ év), mint az állítást nem támogatók ($52,7 \pm 0,8$ év, $p=0,024$).

ELLÁTÁSI GYAKORLAT

A diagnosztikai, kezelési és konzultációs gyakorlat nem volt egységes. Az elhízás diagnosztikai eszközként alkalmazható antropometriai mérésekről eltérően nyilatkoztak a résztvevők (4. táblázat).

A kizárólag a megtekintésen alapuló diagnosztikai módszert kevésbé gyakran fogadták el a kizárólag háziorvosi szakképesítéssel rendelkező résztvevők, azokhoz képest, akiknek két szakvizsgájuk volt (16,1% vs. 24,8%, $p=0,049$).

Az elhízás diagnózisát kizárólag a testtömeg mérése alapján gyakrabban mondták ki a csak felnőtteket kezelő orvosok, mint a gyermekháziorvosok (49,3 vs. 32,8, $p=0,045$).

A BMI-érték alapján gyakrabban mondták ki a diagnózist a városban dolgozó orvosok (84,7%). A fővárosban ez az arány csak 71,2% volt, a falvakban pedig 74,3% ($p=0,002$).

A derékkőrfogat mérését gyakrabban alkalmazták a gyermeknél, mint a csak felnőtteket ellátó praxisokban (79,1% vs. 63,3%, $p=0,046$). Azok az orvosok részesítették ezt a módszert inkább előnyben, akiknek csak háziorvosi szakvizsgájuk volt (71,8%), míg a több szakvizsgálattal rendelkezők esetében ez az arány 61,7% volt ($p=0,035$). A fővárosban dolgozó orvosok ritkábban alkalmazták a derékkőrfogat mérését, mint a többi településtípusban dolgozók (57,0% vs. 66,1%, $p=0,038$). A derék-csipő arányt a felnőtt praxisok 49,8%-ában, a gyermekeket ellátó körzetek 64,2%-ában számították ki ($p=0,026$).

Ezt a módszert ritkábban alkalmazták a fővárosban, mint a többi helységben (43,6% vs. 54,3%, $p=0,027$). Az arányszámítás jelentőségét jobban elfogadó orvosok idősebbek voltak ($56,2 \pm 0,6$ év vs. $52,1 \pm 0,7$ év, $p=0,002$). A kizárólag háziorvosi szakképesítéssel rendelkezők fontosabbnak tartották ezt a módszert, mint a két szakvizsgálattal rendelkezők (58,8% vs. 50,5%, $p=0,038$).

Különbséget találtunk azon orvosok életkorát tekintve, akik elfogadják a beteg által bemondott testtömegadatot, illetve akik ragaszkodnak ahhoz, hogy maguk mérjék meg (55,3 év vs. 51,8 év, $p=0,002$). Ez a gyakorlat szignifikánsan gyakoribb a fővárosban, mint a többi vizsgálóhelyen ($p=0,023$).

A testtömeg mérésének alsóneműben – és nem utcai ruházatban – való elvégzését az idősebb (55,6 év vs. 53,7 év, $p=0,03$) és a kisebb testtömegű orvosok preferálták. Az elhízott orvosok közül kevesebben követték ezt a

gyakorlatot (68% vs. 37,5%, $p=0,04$). Az alkalmazott módszerben megmutatkozott különbségeket nem befolyásolta a szakvizsgák száma, a rezidensi státus, a praxis helye vagy betegszáma (kártyszáma).

Amikor étkezési tanácsokat adtak, a zsírfogyasztás szigorú csökkentését a férfi orvosok 86,0%-a, a nők 92,9%-a javasolta a pácienseknek ($p=0,020$). A főétkezések közötti „nassolást” gyakrabban tiltották a több szakvizsgálóval rendelkezők (83,3% vs. 74,9%, $p=0,044$). Szintén ők javasolták gyakrabban személyre szabott, kis energiatartalmú étrendet (83% vs. 74,9%, $p=0,044$), míg átlagos életkoruk magasabb volt az ilyen étkezést nem ajánlókéhoz képest ($57,5 \pm 0,7$ év vs. $53,2 \pm 0,6$ év, $p=0,014$). Az életkor szignifikáns mértékben befolyásolta, hogy valaki egyetértett-e az energiadús ételek kerülésével ($55,2 \pm 0,5$ év vs. $52,3 \pm 0,9$ év, $p=0,004$). Étkezési tanácsot ritkábban adtak a fővárosban, mint a többi praxishelyen (57,3% vs. 67,8%, $p=0,026$), és ritkábban adták a több szakvizsgálóval rendelkező orvosok (63,4% vs. 74,3%, $p=0,015$). Az étrendi tanácsadás jelentőségét elfogadó orvosok életkora magasabb volt, mint azoké, akik ennek jelentőségét nem fogadták el ($55,3 \pm 0,6$ év vs. $52,7 \pm 0,9$ év, $p=0,010$).

Az orvosok nagyon eltérő adatokat adtak meg az elhízott betegeknek adott étrendi tanácsadással elért testtömegcsökkenéssel kapcsolatban. Nem találtunk összefüggést az orvosok jellemzői és a testtömeg kezdeti – az eredeti testtömeg százalékában kifejezett – csökkenése között. Ez az adat szolgált kiindulási alapul a kvalitatív faktoriális (klaszterezési) analízishez. Az elhízás kialakulásának elméletét és gyanított okait gyakrabban beszéltek meg a betegekkel az orvosnők, mint a férfi orvosok (64,6% vs. 44,1%, $p=0,018$). A rezidensek 50%-a beszélgetett a betegekkel erről a témáról. A háziorvosok 93%-a javasolt rutinszerűen testtömegcsökkentő programot. Ez az arány kisebb volt (83,0%) a gyermekháziorvosok körében. A nagyobb beteglétszámú praxisokban (1600 fő fölött) kisebb arányban biztosítottak táplálkozási tanácsadást ($p=0,06$). A háziorvosok 22,8%-a alkalmazott telefonos követést a súlycsökkentés eredményének figyelemmel kísérésére.

Az orvosoknak csak 32,6%-a ajánlott személyre szabott testmozgási programot. Az orvosnők szignifikánsan hosszabb időtartamban beszélgettek elhízott pácienseikkel, viszont

ezek a beszélgetések a nagyobb létszámú praxisokban szignifikánsan rövidebbek voltak (átlagos 12,1 perc vs. 9,6 perc). A rezidensek esetében ugyanezek az időtartamok 10 vs. 6 percet tettek ki.

Az orvosok túlnyomó többsége (96,3%) beszélt betegeivel testtömegük elvárt változásáról. A 6 hónapon belül ajánlott testtömegváltozás az indulási testtömegnek átlagosan $9,3 \pm 6,6\%$ -a volt.

A médiumok hirdeteiben ajánlott étrendek követését gyakrabban ajánlották a férfi orvosok (6,8% vs. 2,5%, $p=0,038$), míg az orvosnők gyakrabban kérték meg pácienseiket az elfogyasztott ételek feljegyzésére (64,8% vs. 51,9%, $p=0,009$).

A FAKTORIÁLIS (KLASZTEREZÉSI) ANALÍZIS EREDMÉNYEI

A bevonási kritériumoknak megfelelően a háziorvosokat három csoportba soroltuk:

- 1. klaszter. Ez volt a legkisebb létszámú csoport (a résztvevők 3%-a), amely rendszerint a fővárosban, felnőtteket ellátó orvosokból állt, főleg férfiakból. Ők dolgoztak a legrégebben az alapellátásban (átlagosan 22 éve), és ők beszélgettek a legrövidebb ideig betegeikkel. Ők voltak a legkevesebbé hatékonyak az elért testtömeg-csökkentés terén (az indulási testtömeg 3,5%-a). Ők kapták a legalacsonyabb pontszámot a szakmaiság, a felkészültség és a betegekkel folytatott konzultáció terén.
- 2. klaszter. Ide tartozott az orvosok egyharmada, főként férfiak, itt voltak a legnagyobb arányban a gyermekeket ellátó és a vegyes praxisok képviselői. Kevesebb ideje dolgoztak az alapellátásban (átlagosan 20,5 éve). A betegekkel való beszélgetésük átlagos időtartamú volt, átlagos pontszámot kaptak a szakmaiság, a felkészültség és a betegekkel folytatott konzultáció terén. Az elért testtömegcsökkentés terén az 1. klaszternél hatékonyabbak voltak (az indulási testtömeg 13,7%-os csökkenéséről tudtak beszámolni), de a 3. klaszternél alacsonyabb besorolást értek el a pácienseiknek nyújtott tanácsadást illetően.
- 3. klaszter. Ez volt a legnagyobb létszámú csoport. Ide tartozott az orvosok kétharmada, főleg felnőtteket ellátó nők, típusos a földrajzi eloszlás szerinti arányban. Ők dolgoztak a legrövidebb ideje az alapellátásban

tásban (átlagosan 17,3 éve). A betegekkel folytatott beszélgetésük időtartama valamivel meghaladta az átlagot. Az elért testtömegcsökkentés terén ők teljesítettek a legjobban (az indulási testtömeg 15%-os csökkenése). A szakmaiság és a felkészültség esetükben meghaladta az átlagot, és a betegekkel folytatott konzultáció terén is ők voltak a legaktívabbak.

MEGBESZÉLÉS

A LEGFONTOSABB EREDMÉNYEK

A válaszadók ismeretei különbözők voltak egyes doménekben.

Sok volt az egymással nem egybecsengő válasz, kevés volt a szignifikáns összefüggés. Korábbi gyakorlatuk és aktuális ismereteik mellett az orvosok saját életmódja és BMI-értéke nagyban befolyásolta hozzáállásukat, és nagyobb mértékben befolyásolta aktuális gyakorlatukat, mint a praxisuk földrajzi elhelyezkedése.

ÖSSZEVETÉS AZ IRODALMI ADATOKKAL

Különböző típusú – kvalitatív és kvantitatív – elemzéseket találtunk, de sajnos a legtöbbjük nem volt összevethető a saját kutatásunkkal. A korábbi vizsgálatok mindegyike kisebb minta/elemszámú volt, a praxisok földrajzi eloszlása szerint még a nagyobb vagy kontinensnyi országokban is szűkebb területet lefedő elemzések jelentek meg (13, 15, 16).

Bár az elhízással összefüggő kóros állapotokkal kapcsolatos tudásanyag egyre bővül, az orvosok napi gyakorlatában csak kismértékű változásokat tapasztaltunk. Az elhízáshoz való személyes hozzáállás nagy hatással van az orvosok szakmai gyakorlatára. A fejlettebb alapellátással rendelkező országokban más egészségügyi szakembereknek is szerep jut az elhízás ellátásában. A prevenció programokba jobban bevonják a szakképzett nővéreket, akik táplálkozási és életviteli tanácsokat adnak, meg is látogatják a beteget (17). Magyarországon a háziorvosok csak egyetlen nővért alkalmaznak a praxisukban.

Néhány országban azok közül, ahol készültek beszámolók, például Kanadában, az Egyesült Királyságban vagy az Egyesült Államokban az alapellátásban dolgozó szakemberek még nem rendelkeznek megfelelő felszereltséggel

ahhoz, hogy a gyermekeket járványszerűen érintő elhízást kezeljék (18–20).

Magyarországon olyan a multidiszciplináris irányelvek vannak, amelyek nem kifejezetten a háziorvosok számára készülnek, szakmai elfogadottságuk általában alacsony, a háziorvosok anyagilag sincsenek motiválva. Szükség lenne alapellátási gyakorlati irányelvekre. A jelenlegi irányelvek az elhízást szövődménynek és nem önálló entitásnak tekintik. A legutóbbi irányelv nem minden háziorvos számára hozzáférhető, ismereteik, gyakorlatuk és személyes hozzáállásuk meglehetősen eltérő (21). A háziorvosok „idősebb” generációjának oktatott, régebbi magyarországi egyetemi tananyagban, az elhízás nem szerepelt patológiás állapotként. A praktizáló háziorvosok jelentős része korábban kórházban dolgozott, szakvizsgát tett, elsősorban belgyógyászatból, majd utána helyezkedett el az alapellátásban. E generáció napi gyakorlata nagyrészt a személyes tapasztalaton alapul, és csak ritkán az irányelveken. Ez lehet az oka, hogy az idősebb, nagyobb testtömegindexű orvosok kevésbé aktívak az elhízás kezelése terén.

A fiatalabb háziorvosok részt vettek a háziorvosi rezidensi programban. Hozzá kell tenni, hogy az irányelvek Magyarországon nem gyakorolnak akkora hatást a szakmai gyakorlatra, mint más országokban. Nagyobb vizsgálatok próbálták feltárni az elhízás kezelése terén az ellátási rendszerből fakadó és a betegek oldalán fennálló gátakat. Az elhízás témakörében az egyetemi graduális és posztgraduális képzés alatti oktatás hiányosságai összefüggenek a pácienseknek adott étrendi és testmozgási tanácsok szignifikánsan alacsonyabb gyakoriságával (22–24). Az elhízás kezelésének jelenlegi gyakorlata, az attitűd és a kezelés gátjai eltérőek (3). Az orvosok életkora és neme, saját testtömege, a praxis földrajzi elhelyezkedése, a képzettség aktuális szintje mind kapcsolatban áll valamilyen szempontból hozzáállásukkal és kezelési gyakorlatukkal (25). Egyes vizsgálatok eredményeiből az derül ki, hogy a normális testtömegű orvosok és nővérek szívesebben alkalmaznak az elhízást megelőző stratégiákat és adnak általános tanácsokat a testtömeg csökkentéséhez, mint azok, akik maguk is túlsúlyosak. Az orvosok és a nővérek saját testtömege nem függött össze szorosán a túlsúlyos és az elhízott páciensek szakorvoshoz irányítási és kivizsgálási gyakorlatával. A tudásuk/képzettségük és az egyedi kezelési hozzáállá-

suk közötti összefüggés nem volt egységes, de ugyanakkor a páciensek motiváltságának hiányát tartották ők is a sikeres kezelés fő gátjának (4, 7, 9, 11, 16, 23).

A VIZSGÁLAT ERŐSSÉGEI ÉS KORLÁTAI

Elemzésünk a magyarországi háziorvosok országos mintájával készült, amelyben különösen reprezentáltak voltak a különféle praxistípusok (a fővárostól az apró falvakig) és az életkori csoportok. A magyarországi háziorvosok csaknem 10%-át megkérdeztük, és válaszaikat reprezentatívnek tekinthetjük. A megkérdezett orvosok praxisaihoz tartozó populáció és az elhízás becsült magyarországi prevalenciájának koreloszlása hasonló volt (1, 2, 26–28).

Elemzésünk korlátainak egyike az, hogy a rezidensek esetében csak az ismeretek és a hozzáállás értékelhető, mivel ők még nem praktizálnak önállóan.

Az önkitöltős adatmegadás nem mindig tükrözi, hogy a napi klinikai gyakorlatot és hozzáállást gyakran befolyásolja a napi munkaterhelés és az orvos aktuális hangulata. A nagyobb részvételi arány elérése érdekében csak keresztmetszeti vizsgálatot végeztünk.

IRODALOM

- Bényi M, Kéki Z, Hangay Z, Kókai Z. Obesity related increase in diseases in Hungary studied by the health interview survey (2009). *Orv Hetil* 2012; 153: 768–775. (in Hungarian)
- Martos É, Bakacs M, Kaposvári C, Lugasi A, Kovács VA. Prevalence of obesity in Hungary. *Obes Rev* 2011; 12(S1): 108.
- der Leeuw J-V, van Dijk N, Wieringa-de Waard M. Attitudes toward obesity treatment in GP training practices. *Fam Pract* 2011; 28: 422–429.
- Epling JW, Morley CP, Ploutz-Snyder R. Family physician attitudes in managing obesity: a cross-sectional survey study. *BMC Res Notes* 2011; 4: 473.
- Kovács E, Jancsó Z, Móczár C, Szigethy E, Frese T, Rurik I. Life-long weight change can predict metabolic diseases. *Exp Clin Endocrinol Diab* 2012; 120: 573–578.
- Jancsó Z, Halmy E, Rurik I. Differences in weight gain in hypertensive and diabetic elderly patients: primary care study. *J Nutr Health Aging* 2012; 16(6): 592–596.
- Ferrante JM, Piasecki AK, Ohman-Strickland PA, Crabtree BF. Family physicians' practices and attitudes regarding care of extremely obese patients. *Obesity (Silver Spring)* 2009; 17: 1710–1716.
- Fogelman Y, Vinker S, Lachter J, Biderman A, Itzhak B, Kitai E. Managing obesity: a survey of attitudes and practices among Israeli primary care physicians. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26: 1393–1397.
- Heintze C, Sonntag U, Brinck A, Huppertz M, Niewöhner J, Wiesner J, Braun V. A qualitative study on patients' and physicians' visions for the future management of overweight or obesity. *Fam Pract* 2012; 29: 103–109.
- van Gerwen M, Franc C, Rosman S, Le Vaillant M, Pelletier-

KÖVETKEZTETÉS

- Hatékony kivizsgálási eszközök, kezelési lehetőségek, a klinikai irányelvek elterjesztése, hangsúlyosabb graduális és posztgraduális képzés, folyamatos továbbképzés, valamint rendszerszintű változások szükségesek mielőbb ezen a téren.
- A testtömeg menedzselése az elhízás világszintű járványszerű terjedése ellenére sem kap kellő hangsúlyt az alapellátás szintjén sok országban, így Magyarországon sem. Új stratégiákra van szükség a háziorvosok oldalán meglévő gátak áttöréséhez, a témához való hozzáállásuk javításához.
- Az alapellátás orvosainak több képzésre, specifikus vizsgálati módszerekre van szükségük, az elhízott páciensek számára pedig elérhető több közösségi aktivitási lehetőségre.
- További vizsgálatok szükségesek annak felmérésére, hogy az orvosok ismereteit bővítő képzések javítják-e a testtömegcsökkentéshez, illetve az extrém mértékben elhízott betegekhez való hozzáállásukat (29).

Fleury N. Primary care physicians' knowledge, attitudes, beliefs and practices regarding childhood obesity: a systematic review. *Obes Rev* 2009; 10: 227–236.

- Sglinas GD, Glauser TA, Williamson JC, Rao G, Abdolrasulnia M. Primary care physician attitudes and practice patterns in the management of obese adults: results from a national survey. *Postgrad Med* 2011; 123: 214–219.
- Mold F, Forbes A. Patients' and professionals' experiences and perspectives of obesity in health-care settings: a synthesis of current research. *Health Expect* 2011. Jun 7. doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00699.x. (Epub ahead of print).
- Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, Paraponaris A. Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. *Obes Res* 2005; 13: 787–795.
- The order of the Hungarian Minister of Health No. 23/2002 (V/9) on the medical research performed on human subjects. (in Hungarian). http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=64863.246103 (accessed 16th Oct 2013).
- Campbell K, Engel H, Timperio A, Cooper C, Crawford D. Obesity management: Australian general practitioners' attitudes and practices. *Obes Res* 2000; 8: 459–466.
- Forman-Hoffman V, Little A, Wahls T. Barriers to obesity management: a pilot study of primary care clinicians. *BMC Fam Pract* 2006; 7: 35.
- Moorhead A, Coates V, Hazlett D, Gallagher A, Murphy K, Nolan G, Dinsmore J. Weight care project: health professionals' attitudes and ability to assess body weight status – study protocol. *BMC Public Health* 2011; 11: 202.



További irodalom megtalálható a szerkesztőségben, valamint a www.olo.hu webloldalon.

 **LENDIN®**
bilasztin 20mg

Originális, nem szedatív antihisztamin^{1,2}



Allergiás (szezonális és perenniális) rhinoconjunctivitis és urticaria tüneti kezelésére²

Kiadhatóság: Kizárólag orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (V). Forg. engedély száma: OGYI-T-21640/01-03. **Bővebb információért olvassa el a gyógyszer teljes alkalmazási előírását!** A hatályos "alkalmazási előírás" teljes szövegét megtalálja az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis/) honlapján. Elérési útvonal: www.ogyei.gov.hu; ADATBÁZISOK, NYILVANTARTÁSOK; Gyógyszer-adatbázis; Gyógyszer neve, a „KERESÉS INDÍTÁSA”, a találatok oldalán  ikonra kattintás, majd az  ikonra kattintás. Ártamogatásban nem részesül. Az aktuális árak tekintetében kérjük, ellenőrizze a www.neak.gov.hu honlapon található információkat. Elérési útvonal: www.neak.gov.hu > szakmának; gyógyszer/gyse/gyógyfűrdő > egészségügyi szakembereknek > publikus gyógyszer-törzs > végleges törzs > Publikus gyógyszer-törzs – lakossági tájékoztató. A dokumentum lezárásának időpontja: 2019.02.08. Ervénység dátuma: 2021.02.08.

1. Jáuregui I et al. *Expert Rev Clin Immunol*. 2012;8:33-41.
2. Lendin® 20 mg tabletta Alkalmazási előírát: **4.7 pont: Klinikai vizsgálatban nem befolyásolta a gépjárművezetési képességet. A betegeket ugyanakkor tájékoztatni kell arról, hogy néhány betegnél nagyon ritkán előfordul álmoság, ami befolyásolhatja a gépjárművezetéshez és a gépek kezeléséhez szükséges képességeiket. **4.5 pont: A pszichomotoros teljesítmény alkohol és 20 mg bilasztin egyidejű bevitelét követően hasonló volt, mint alkoholt és placebo együttes bevitelénél. ***4.5 pont: 8 napos, 20 mg bilasztinnal és 3 mg lorazepammal történő egyidejű kezelés nem fokozta a lorazepam központi idegrendszeri depressziót okozó hatását.

A bilasztin P-glikoprotein gátlókkal történő együttadása kerülendő mérsékelt vagy súlyos vesekárosodásban szenvedő betegek esetében.²

 **BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Innovációval az életminőség javításáért!
Berlin-Chemie/A. Menarini Kft.
2040 Budaörs Neumann János u. 1.
Tel.: 23/501-301

