

Az elhízással kapcsolatos attitűdök az egészségügyi ellátórendszerben

CZEGLÉDI EDIT

ATTITUDES TOWARDS OBESITY IN THE HEALTH CARE SYSTEM

Az elfogultság, az előítélet és a diszkrimináció részei az elhízással élők mindennapjainak, még az egészségügyi ellátórendszer vonatkozásában is. Az elhízással kapcsolatos előítéletek a súlyfelesleggel élő páciensekkel való tiszteletlen, megalázó bánásmóddhoz vezethetnek, és ronthatják a páciensek gondozásának minőségét is. Az elhízás és annak stigmatizációja között kétirányú kapcsolat feltételezhető: az elhízással élők diszkriminációja gyakori, ugyanakkor a stigmatizációs élmények további súlygyapodást eredményeznek, emellett az egészségügyi ellátórendszer kerüléséhez, az egészség romlásához és a mortalitás kockázatának növekedéséhez vezetnek. A tanulmány célja a szakemberek tudatosságának növelése az elhízással kapcsolatos előítéletek és diszkrimináció tekintetében, illetve olyan stratégiák bemutatása, amelyek elősegítik az elhízással élők stigmatizációjának csökkentését az egészségügyi ellátórendszerben. Mindez a jobb ellátást szolgálja és hosszú távon népegészségügyi jelentősége lehet.

Bias, prejudice and discrimination are part of the everyday life of people with obesity, even in the health care system. Obesity-related prejudices can lead to disrespectful, humiliating treatment of patients with excess weight and impair the quality of care for patients. There is a bidirectional relationship between stigmatization of obesity and obesity: discrimination against obesity is frequent, while stigmatization experiences lead to additional weight gain and result in avoidance of health care, and health deterioration and increased risk of mortality. The aim of the study is to raise awareness among professionals about obesity-related prejudices and discrimination, and to present strategies to reduce stigmatization of obesity in the health care system. All this will serve better care and may have public health significance in the long run.

túlsúly, elhízás, előítélet, diszkrimináció, stigma, stigmatizáció

overweight, obesity, prejudice, discrimination, stigma, stigmatization

dr. CZEGLÉDI Edit (levelező szerző/correspondence): Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet/Semmelweis University, Institute of Behavioural Sciences; H-1085 Budapest, Üllői út 26. Telefon: +36-1-210-2930/56151 mellék. E-mail: czeledi.edit@med.semmelweis-univ.hu

Érkezett: 2019. szeptember 25.

Elfogadva: 2020. július 11.

<https://doi.org/10.33616/lam.30.037>

Az elfogultság, az előítélet és a diszkrimináció részei az elhízással élők mindennapjainak (1). Az előítélet valamely csoport tagjaival kapcsolatos negatív hiedelmekre vonatkozik, míg a diszkrimináció egy adott csoport tagjával szemben megnyilvánuló nyíltan negatív és egyenlőtlen bánásmód, az adott csoporthoz való tartozása miatt. A stigmatizáció folyamatának alapvető eleme, hogy az adott csoportba tartozó, „megcímkezett” egyén diszkriminációt és státuszvesztést érz, ami viszont

hátrányos következményekkel jár az életére, beleértve a testi és lelki jóllétét és a szocioökonomiai státuszát is (2).

Az elhízással kapcsolatos előítéletek, negatív attitűdök hátterében az a széles körben elterjedt (ám téves) elképzelés áll, miszerint az elhízás oka az egyén viselkedése, a testsúlykontroll pedig pusztán akaraterő kérdése. Az elhízás kialakulása és annak megoldása tehát kizárólag az egyénen múlik. Ha valaki nem képes erre, az csak az ő hibája és felelősége, ezért megérdemli a sorsát (3).

Az elhízással kapcsolatos előítéletek az egészségügyi ellátórendszerben

Az egészségügyi ellátórendszer szakembereinek elvileg „immunisnak” kellene lenniük az elhízás stigmájával szemben, hiszen gyakran találkoznak súlyfelesleggel élő betegekkel, hozzáférnek az elhízás hátterében álló genetikai és egyes kontrollálhatatlan tényezőket bemutató empirikus munkákhoz, továbbá a képzésük során a betegekkel való meleg és professzionális bánásmódot tanítják nekik (4). Ennek ellenére az elhízással

kapcsolatos előítéletek, negatív hiedelmek gyakoriak még az elhízás kezelésére specializálódott szakemberek körében is (5).

Az egészségügyi ellátórendszer különböző szektorai

(például általános orvosok, kardiológusok, endokrinológusok, gyermekorvosok, nővérek, dietetikusok, pszichológusok) és a felsőoktatásban képződők általában kedvezőtlenül ítélik meg az elhízással élőket: lustának, ügyetlennek, akaratgyengének, tisztességtelennek, sikertelennek, unintelligensnek, önkontrollhiányosnak, hanyagnak és nem együttműködőnek látják őket (1, 5–7). Egy háziórvosokkal végzett, reprezentatív hazai vizsgálat eredményei szerint az orvosok mintegy kétharmada egyetértett azzal az állítással, hogy „az elhízott betegek lustábbak és kevésbé tagadnak meg maguktól bármit, mint a normál testsúlyúak” (8).

A szakemberek elhízással kapcsolatos előítéletei és negatív attitűdjei nyílt és burkolt formában egyaránt megnyilvánulhatnak a viselkedésükben, és sokféle módon kifejeződhetnek, ráadásul nemcsak az elhízás felé, hanem az *elhízással élő személyek* felé is (9). Egy túlnyomó többségében súlyfelesleggel élő nők körében végzett vizsgálat eredményei szerint az elhízással kapcsolatos előítélet potenciális forrásainak 22 tételes listáján gyakoriságát tekintve az 1. helyen a családtagok, a 2. helyen az orvosok végeztek (69%) (10).

A *stigmatizáló bánásmód* egyike a testtömeggel kapcsolatos szóhasználat. Egyes kifejezések (például kövér, hájas, morbid elhízott) ugyanis kifejezetten hibáztatóak, illetve stigmatizálóak lehetnek a páciensek számára (11). További példa az elhízással kapcsolatos előítéletek megjelenésére a tiszteltlen bánásmód; a nyilvános helyen végzett, kommentárokkal kísért testtömegmérés; a sikertelen testsúlykontroll esetében a „próbálja erősebben” válasz a szakemberek

részéről; vagy az, hogy bármely panasszal fordul is a beteg az orvoshoz, azt hallja, hogy a testtömege miatt van (12).

Gyakori eset a súlyfelesleggel élő betegek irányuló, megalázó humorizálás (5). Egy vizsgálatban posztgraduális egészségügyi képzésben részt vevők nyilatkoztak anonim módon arról, hogy mennyire észlelik elfogadottnak az elhízással kapcsolatos előítéleteket az egészségügyi közegben. A válaszadók 50%-a értett egyet azzal az állítással, hogy a társai negatív attitűdökkel viseltetnek az elhízással élő betegek irányában; 63% jelezte, hogy hallott róla, vagy tanúja volt annak, hogy más hallgatók viccelődtek az elhízással élő betegekkel; 40% hallott arról, vagy volt tanúja annak, hogy professzorok vagy oktatók negatív megjegyzéseket tettek elhízással élő páciensekre vagy humorizáltak rajtuk; 65% tapasztalta ugyanezt az egészségügyben dolgozók részéről. Végül 43% értett egyet azzal, hogy az egészségügyi közegben az elhízással élő betegek gyakori célpontjai a megalázó humorizálásnak a hallgatók, rezidensek, illetve egyéb résztvevők részéről (13).

A súlyfelesleggel élő páciens megsegényítő, megalázó bánásmód akár szándék nélkül is megjelenhet, és gyakorta a szakember által az obes beteg vizsgálata, illetve kezelése során átélt frusztráció és tehetetlenség érzésére adott válaszként értelmezhető. Erre példa, amikor a műtéti beavatkozás előtt a vaskos hasfalból fakadó nehézségek miatti aggodalmait az operáló orvos esetleg a betegre zúdítja (14).

Az elhízással kapcsolatos előítéletek nemcsak a súlyfelesleggel bíró páciensekkel való bánásmódra hathatnak, hanem a diagnózisalkotásra és a kezelés minőségére is (3, 15). A negatív attitűdökkel jellemezhető szakemberek kevésbé állnak készen a testtömeg témájának szóba hozására, rövidebb időt szánnak a konzultációra, kevesebb edukációt nyújtanak az egészséggel kapcsolatban, korlátozottabb számú intervenciót lehetőséget ajánlanak fel és vonakodnak bizonyos vizsgálatok, tesztek, eljárások, és átirányítások véghezvitelétől (3, 5, 12). A súlyfelesleggel élő betegek iránt ellenséges érzelmekkel viseltető, vagy rájuk akár csak enyhén bosszús orvosoknál megjelenhet, hogy sietősen végeznek a konzultációval, elfogultak a kezelési megközelítésben, és elmarad a teljes körű segítségnyújtás (4).

A szakemberek alkalmatlan viselkedésén túl az *egészségügyi ellátórendszer helyszíneinek fizikai paraméterei és eszközellátottsága* ugyancsak számos kényelmetlen, kínos, illetve megalázó helyzetet teremthet, különösen a jelentős súlyfelesleggel élők számára. Gondoljunk csak a karfával ellátott székekre a várókban, a 150 kg

A stigmatizáló bánásmód egyike a testtömeggel kapcsolatos szóhasználat.

testtömeg feletti tartományt mérő személymérleg, vagy az extra nagy méretű vérnyomásmérő mandzetta gyakori hiányára a rendelőkben, illetve a normális testsúlyra méretezett mellék-helyiségekre (14).

Az elhízás stigmatizációjának következményei

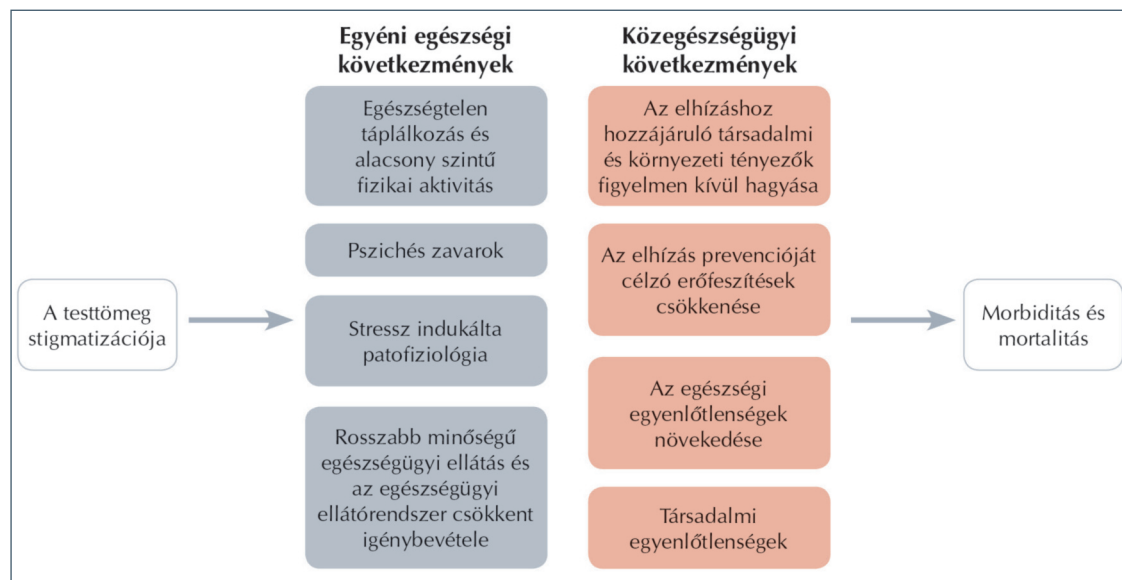
A testtömeg miatti diszkrimináció jelentős pszichoszociális stresszforrásnak tekinthető, amely a mentális és a testi egészség romlásához és rövidebb életkilátásokhoz vezethet (16).

Az elhízással kapcsolatos előítéletek és diszkrimináció számos kedvezőtlen hatást gyakorol a stigmatizáció élményét átélő személyre. A testsúlykontroll szempontjából különösen káros, hogy a diétázásra vonatkozó motiváció csökkenését, túlevést, falásrohamokat (17), illetve a sportolás kerülését (18) eredményezheti. További példa a káros hatásokra a stressz indukálta patofiziológia, a kedvezőtlen testkép, illetve a testtel való elégedetlenség, az evészavarok megjelenése, az alacsony önértékelés és önbizalom, a depresszió, a szorongás és az egyéb pszichológiai zavarok megjelenése, az értéktelenség-érzés, a magányosságérzés, valamint az öngyilkossági gondolatok és kísérletek (1, 5, 15, 16, 19–20). Hangsúlyozandó, hogy az elhízás és annak stigmatizációja között kétirányú kapcsolat feltételezhető: az elhízással élők diszkriminációja gyakori, ugyanakkor a stigmatizációs élmények további súlygyarapodást eredményezhetnek (20).

Az elhízással kapcsolatos előítéletek, negatív attitűdök intoleráns környezetet teremthetnek az egészségügyi ellátórendszerben is, ahol az elhízással élő páciensek inkább hibáztatást, semmint támogatást éreznek. Ez kedvezőtlenül hat a szakember és a beteg közötti kapcsolatra, a páciens konzultációval kapcsolatos élményeire, motivációjára és önértékelésére (12). A betegek kevésbé is bíznak meg abban a szakemberben, akitől úgy érzélik, hogy elítéli őket a testtömegük miatt (21).

Az egészségügyi ellátórendszerben dolgozó szakemberek részéről tapasztalt testsúllyal kapcsolatos diszkrimináció miatt a súlyfelesleggel élők gyakran vonakodnak az orvosi segítség keresésétől, ráadásul nemcsak a súlycsökkentő kezelés kapcsán, hanem bármely egészséggel kapcsolatos probléma esetében is (22). Mindez egy ördögi körre utal. A súlyfelesleggel élők ugyanis elsősorban az elhízás kísérőbetegségei miatt kerülnek az egészségügyi ellátórendszerbe, ugyanakkor az itt átélt negatív élmények az ellátórendszer elkerüléséhez vezetnek. Az állapotuk nem kielégítő kezelése és nyomonkövetése viszont a betegségeik súlyosbodását idézi elő (3, 4, 12).

Összességében elmondható, hogy az elhízással élő betegek stigmatizációja veszélyezteti az egészséget, egészségi egyenlőtlenségeket eredményez és gátolja a hatékony intervenciók lefolytatását (3). Az elhízás stigmatizációjának egyéni és közegészségügyi következményeit és kimenetait az 1. ábra foglalja össze. Mindez rámutat az elhízással kapcsolatos előítéletek csökkenésének és a negatív attitűdök formálásának jelentőségére.



1. ábra. Az elhízás stigmatizációjának következményei az egyének egészségére és a közegészségügyre nézve (3, 1024. oldal)

Az elhízás stigmatizációja csökkentésének lehetőségei

A Rudd Center for Food Policy & Obesity (<http://www.uconnruddcenter.org/weight-bias-stigma>) egy nonprofit kutatási és közegészségügyi szervezet, amelynek célja, hogy megoldásokat nyújtson a gyermekkori elhízásra, a nem megfelelő étrendre, és a testtömeggel kapcsolatos előítéletekre kutatás és egészségügyi politika révén. Széles körű tevékenységük keretében összeállítottak egy eszköztár (23) a klinikum számos területén működő szakemberek számára annak érdekében, hogy könnyen megvalósítható megoldásokkal

A testtömeg miatti diszkrimináció jelentős stresszforrás.

segítsék a súlyfelesleggel élő páciensek kezelésének javítását. Figyelembe véve a szakemberek rendkívül elfoglalt voltát, az eszköztár segédanyagai rövidek, didaktikusak, könnyen és gyorsan áttekinthetőek, mégis informatívak és igen változatosak: az egyszerű, a szakember-beteg közötti kommunikáció javítását és a támogató környezet kialakítását szolgáló stratégiáktól kezdődően a mélyebb témáig, mint amilyen például a saját előítéletek felmérése és az azokkal való szembesülés. Az eszköztár összesen nyolc modulból áll. Az általános, valamennyi egészségügyi dolgozónak szánt modulokon túl akad olyan is, amely specializált területek szakembereit célozza meg (szülészet-nőgyógyászat, bariátriai ellátás, gyermekgyógyászat). A nyolcadik modul pedig kifejezetten a súlyfelesleggel élő betegeknek szól (23).

A következőkben röviden ismertetjük az elhízás stigmatizációja csökkentési lehetőségeit az egészségügyi ellátórendszerben.

A saját attitűdök megismerése és formálása

Még a legfelvilágosultabb, leginkább jó szándékú szakembereknek is lehetnek előítéleteik, amelyek sokszor rejtettek, így az érintettek nincsenek tudatában. A saját attitűdök megismerése és önmagunk előtti beismerése az elhízással kapcsolatos előítéletek csökkentésére irányuló első lépés. Ebben segít az alábbi kérdéseken való eltopregés és ezek szinte megválaszolása (22, 436. oldal).

– *Melyek az elhízással élőkkel kapcsolatos gyakori sztereotípiák? Ezeket igaznak vagy hamisnak tartom, és mi erre az okom?*

– *Milyen előfeltevéseim vannak pusztán a testtömege alapján az egyének jelleméről, intelligenciájáról, szakmai sikerességéről, egészségi állapotáról vagy életmódjáról?*

– *Az előfeltevéseim hatással lehetnek-e a pácienseimet segítő képességre?*

– *Mennyire kényelmes számomra a különféle testméretű emberekkel végzett munka?*

– *Milyen visszajelzéseket adok az elhízással élő pácienseknek?*

– *Érzékeny vagyok-e az elhízással élő egyének szükségleteire és aggodalmaira?*

– *Figyelembe veszem-e a páciens valamennyi problémáját a testtömege mellett?*

– *Hogy érzik magukat a súlyfelesleggel élő betegek, amikor elhagyják a rendelőmet?*

Amennyiben a szakember ráébred arra, hogy előítélettel, negatív attitűdökkel viseltetik az elhízás, illetve a súlyfelesleggel élők irányába, érdemes lépéseket tenni ennek formálása érdekében (22, 23). A beteget hibáztató nézetek változását elősegíti például annak felismerése, hogy az elhízás etiológiája komplex, amelynek számos tényezője túlmutat az egyén kontrollján és felelősségén. Ha tudatosítjuk, hogy a lelki egészség, illetve a társas tényezők lényegi szerepet játszanak az életmód alakulásában, akkor túl tudunk lépni az akaraterő hiányára vonatkozó sztereotípiákon. Ha belátjuk, hogy az életmód tartós megváltoztatása nehéz, emellett számos környezeti tényező akadályozza, ráadásul a göröngyös úton a visszaesések törvényszerűen várhatóak, akkor türelmesen és reális elvárásokkal tudunk fordulni a páciensek felé. Ha tudatába kerülünk annak, hogy számos beteg már többször is megpróbált fogyni és a testsúlyuk története kudarcokkal terhelt, ami elkészeríti és a tehetetlenség, illetve az értéktelenség érzésével tölti el őket, akkor túl tudunk jutni azon, hogy az ellenállásukat és az együtt nem működésüket akarategyengeségnek és kifogásnak tekintsük, és meg tudjuk teremteni azt a pozitív, elfogadó légkört, amely facilitálhatja a változást. Az elhízással élők mindennapjainak része a testtömegük miatti diszkrimináció, amely pszichoszociális stresszorként jelentős mértékű kedvezőtlen hatást gyakorolhat a pszichológiai jóllétükre, ráadásul a súlyfelesleg kialakulásában és fennmaradásában szerepet játszó maladaptív magatartásokra veszélyezteti őket, tovább növelve a kísérőbetegségek kialakulásának kockázatát és rontva az egészségi paramétereiket. Mindezt felismerve együttérző módon tudunk viszonyulni e betegek felé, és óvakodni fogunk attól, hogy a bántó, sértő, illetve megalázó megnyilvánulásainkkal további terheket pakoljunk rájuk.

A szenzitív gondozás megvalósítása

Az előítéletek mérséklésén túl törekedni szükséges a súlyfelesleggel élő betegek szenzitív gondozására is. Az érzékeny kezelés magában foglalja, hogy figyelmet fordítunk a páciensek kényelmének és biztonságának biztosítására és az önbecsülésük megőrzésére (vagy akár javítására) már az alapellátástól kezdődően (24). A következőkben ennek megvalósításához mutatunk be konkrét javaslatokat.

Támogató kommunikáció

Az elhízással élő betegeknek lehetnek negatív tapasztalataik a szakemberekkel lezajlott korábbi találkozásaik során, az elhízással kapcsolatos előítéletek miatt. Mindez igen sérülékennyé teszi őket a testtömegük miatti szorongásra, zavarra és szégyenre. Ennek eredményeképpen a páciensek vonakodhatnak attól, hogy kimondják az aggodalmaikat, kérdéseket tegyenek fel, vagy bevonódnak a szakemberekkel folytatott beszélgetésbe. Éppen ezért a szakembereknek érzékenyen szükséges megközelíteniük a pácienseket, nyitott párbeszédet kell kialakítaniuk, és képessé kell tenniük a betegeket arra, hogy érdemben részt vegyenek az egészségügyi ellátásuk során zajló döntéshozatalban (23). Ezen célok megvalósításának egyik eszköze a *páciensközpontú kommunikáció* (25). Ezzel a megközelítéssel a szakemberek elősegítik, hogy a páciensek átélhessék, hogy megértik őket, és hogy növekedjen a bevonódásuk az egészségi állapotukat érintő döntésekbe. A páciensközpontú kommunikáció kulcselemei a következők:

1. *Rapportépítés:* üdvözljük a nevén a pácienszt és ismerjük fel a kísérőit.

2. *A konzultáció nyitása:* helyezzük a vizit fókuszát a beteg által hozott napirendi pontokra, majd közösen vitassuk meg a priorizált napirendi pontokat.

3. *Információgyűjtés:* ahol csak lehetséges, használjunk nyitott kérdéseket, tisztázzuk és foglaljuk össze a beteg állításait, mindezt az aktív figyelem nonverbális és verbális jeleinek alkalmazásával.

4. *A páciens szempontjának megértése:* ismerjük meg a beteg hiedelmeit, aggodalmait és elvárásait az egészségével és betegségével kapcsolatban, ismerjük fel és válaszoljunk a páciens elképzeléseire és értékeire.

5. *Információmegosztás:* használjunk a páciens által érthető nyelvezetet, és ellenőrizzük is az általunk elmondottak megértését, rögzítését; ugyanakkor bátorítsuk a beteget a kérdések feltevésére.

6. *A tervekre vonatkozó egyetértés kialakítása:* bátorítsuk a beteget arra, hogy az általa kívánt mértékben részt vegyen a döntéshozatalban. Beszéljük meg, hogy mennyire képes, illetve hajlandó követni a kezelési tervet és azonosítsuk azokat az erőforrásokat és támogatást, amely segít a páciensnek a cél elérésében.

7. *A lezárás biztosítása:* bátorítsuk a beteg kérését, foglaljuk össze a közösen elfogadott cselekvési tervet és beszéljük meg az utánkövetést.

A támogató kommunikáció kulcsjellemezője a beteg hibáztatásától való tartózkodás és a szavaink gondos megválogatása. A legkevésbé hibázthatónak észlelt kifejezések közé tartozik például a súlyprobléma, az egészségtelen testsúly, a magas testtömegindex, és a testsúly (11). Mindannyiunk számára előnyös a páciensek által preferált, illetve motiválónak tartott kifejezések ismerete és használata. Mindez elősegítheti, hogy a betegekkel folytatott beszélgetés pozitív és produktív legyen, amelyben a páciens a támogatást és a tiszteletet tapasztalja meg a stigma és a hibáztatás helyett. Javasolt, hogy a testsúlyról való beszélgetést megelőzően tegyük fel az alábbi kérdéseket (22):

1. *Beszélhetnék ma a testtömegéről/testsúlyáról?*

2. *Mit gondol a testtömegéről/testsúlyáról? Hogy érzi magát ezzel kapcsolatban?*

3. *Milyen szavakat szeretne használni, amikor a testtömegéről/testsúlyról beszélgetünk?*

Az elmúlt évtizedekben előtérbe került az a szemlélet, hogy kerüljük az egyének betegségük alapján történő címkézését, azaz a személyt hangsúlyozzuk és ne a betegségét/állapotát, így nem azonosítjuk a személyt a betegségével/állapotával. Ha ugyanis valakit a betegségével címkézünk, az gyakran dehumanizálja a személyt, ami hozzájárul az előítéletekhez. Ennek elkerülését szolgálja a személyt előre helyező nyelvhasználat (*person-first language*). Például fogyatékkal élő személy, diabéteszrel élő páciens. Ez az elhízás kapcsán kevésbé terjedt el és a magyar nyelv esetében különösen nehézkesen alkalmazható. Mindazonáltal érdemes kerülni az „elhízott”, „kövér” és egyéb, címkéző kifejezéseket. Helyette például a súlyfelesleggel/túlsúllyal/ súlytöbblettel bír, illetve súlyfelesleggel/túlsúllyal/súlytöbblettel él kifejezések alkalmazása javasolt (15, 22).

Ugyancsak a támogató kommunikáció megvalósulását szolgálja, ha a szakember a testsúlykontrollt az életmódváltás tágabb keretébe helyezve a célsúly elérése helyett inkább az elérhető viselkedéses célok kitűzését és megvalósítását hangsúlyozza (22). Ebben nagy segítséget nyújt az elhízás kognitív viselkedésterápiás kezelésének eszköztára (26).

Támogató környezet

Az elhízással élő páciensek gyakorta számolnak be arról, hogy a testtömegük akadályát képezi a megfelelő egészségügyi ellátás biztosításának. A fizikai környezet korlátai a gondozás/kezelés minőségét és az azzal való elégedettséget egyaránt csökkenti. Éppen ezért érdemes testsúlybarát, azaz a tápláltsági állapottól függetlenül mindenki számára kényelmes környezet kialakítására törekedni az egészségügyi ellátórendszer valamennyi szektorában és színterén. Érdemes egy ellenőrzőlista segítségével a súlyfelesleggel és esetleg sérüléssel/károsodással bíró páciens szemével körbesétálni a váróteremben, rendelőben, kórházi szobában, mellékhelyiségben, és egyéb helyeken, annak megítélése érdekében, hogy vajon kényelmes, illetve alkalmas lehet-e a számukra (például a bútorok teherbírása és stabilitása; nagy teherbírású mérleg; bármely testtömegű páciens vizsgálatára és ellátására alkalmas orvostechnikai eszközök; falhoz rögzített, osztott ülőkés toalett) (24).

Mindazonáltal az obes betegek minőségi ellátása kapcsán jogosan lehet kihívásokkal számolni, különösen egyes orvosi képkalkoló eljárásoknál. Például a CT- és az MRI-szkennerek mérete, illetve fizikai paraméterei akadályozhatják a vizsgálatot, és akár rossz minőségű, nehezen értelmezhető képek születhetnek (27). Ha a szakember bizonytalan lenne a képkalkolás eredményességéről, vagy nem tudja végrehajtani a kívánt eljárást, mindenképpen kerülje a beteget hibáztató nyelvezetet. Ehelyett fejezze ki a megfelelő ellátás iránti vágyát, és gondolja végig az alternatív vizsgálati lehetőségeket (például elvégezhető-e más vizsgálati eljárás, és ha nem, van-e másik létesítmény, ahol rendelkezésre áll a megfelelő berendezés). Nagy valószínűséggel a beteget és a szakembert egyaránt frusztrálja a vizsgálatnak a páciens testmérete miatt fellépő kudarca. Ilyen esetekben világos, egyértelmű magyarázatot kell adni erről a betegnek, még hozzá az empátia biztosítása mellett (23).

A betegek testtömegének mérlegelése különösen érzékeny terület. A súlyfelesleggel bíró páciensek zavarban lehetnek és aggodalmaskodhatnak a mérés során, akár olyan mértékben is, ami ahhoz vezet, hogy elkerülik az egészségügyi ellátórendszert. Mivel a testtömegmérés során számos megalázó és bántó helyzet adódhat, kulcsfontosságú, hogy a szakemberek szenzitív gyakorlatot alakítsanak ki. Ide tartozik az engedély kérése a méréshez, és a mérés nyugodt környezetben, privát módon történő lebonyolítása egy arra alkalmas, nagy teherbírású (legalább 180 kg), megfelelő pontosságú, széles felületű, a stabil állást segítő kapaszkodóval ellátott mérlegen, amely rokkantsággal élő páciensek esetében is hozzáférhető, használ-

ható. A szakember csendben, kommentár nélkül, ítélezésmentesen jegyezze fel a mért értéket, a betegnek pedig jogában álljon eldönteni, hogy tudni kívánja-e az eredményt, vagy sem (23).

Összefoglalás

Közegészségügyi perspektívából nézve elmondható, hogy a súlyfelesleggel élők populációja nemcsak azért sérülékeny, mert nagyobb a körükben a különféle betegségek megjelenésének a kockázata, hanem azért is, mert a negatív előítéletek, sztereotípiák és diszkrimináció célpontját képezik (12). Az orvosok az elhízással kapcsolatos előítélet egyik leggyakoribb forrásai (10), és az előítélet gyakorta diszkriminációban – a súlyfelesleggel élő páciensek felé irányuló nyíltan negatív és egyenlőtlen bánásmódban – manifesztálódik, a stigmatizáció élményéhez vezetve (3, 5). A stigmatizáció átélése azonban veszélyezteti a pszichológiai jóllétet; a testsúlykontrollt gátló magatartásokat válthat ki, súlyosbítva a súlyfelesleg egészségügyi következményeit; valamint az egészségügyi ellátórendszer csökkent használatát és a kezeléseket alacsonyabb hatásfokát eredményezheti (5, 15, 19). A szakemberek elhízással kapcsolatos előítéletei emellett kedvezőtlen hatást gyakorolhatnak a súlyfelesleggel élő betegeknek nyújtott egészségügyi ellátás minőségére (3, 5), ami végső soron rosszabb egészségi kimenetekhez és a mortalitás fokozott kockázatához vezet (16).

Mivel az elhízás eleve számos krónikus testi betegség rizikófaktora, döntő fontosságú az egészségügyi környezet javítása annak biztosítása érdekében, hogy a súlyfelesleggel élő páciensek itt tapasztalt élményei pozitívak, produktívak és előítélet-mentesek legyenek (11). Mindez a gyakorlatban azt jelenti, hogy szakemberként szükséges megvizsgálunk önmagunk attitűdjeit az elhízással kapcsolatban; átgondolnunk, hogy vajon mindezek milyen hatást fejtenek ki a mindennapi munkánkra; és számba vennünk, hogy vajon mit tehetünk az egészségügyben megjelenő, az elhízással kapcsolatos előítélet és negatív megkülönböztetés ellen (12).

Az elhízással kapcsolatos attitűdök kedvezőbbé formálását és a stigmatizáció csökkentését elősegíti többek között az elhízás komplex etiológiájának észben tartása; a jelentős és tartós fogyás nehéz voltának elismerése; annak figyelembevétele, hogy a betegeknek negatív tapasztalatai lehetnek az egészségügyben dolgozó szakemberekkel, ezért különösen fontos, hogy a megfelelő érzékenységgel és empátiával forduljunk feléjük; valamint a fennálló problémák vala-

mennyi lehetséges okának feltérképezése, ahelyett, hogy azt feltételeznénk, hogy minden baj forrása az egyén tápláltsági állapota (15, 22).

Az elhízás stigmatizációjának csökkentését a mindennapi gyakorlatban segíti a szenzitív bánásmód, a támogató kommunikáció, valamint a páciensbarát környezet kialakítása az egészségügyi ellátórendszer valamennyi szektorában és színterén (22, 23). Fontos, hogy a szakemberek a testméretüktől függetlenül bizalomteli kapcsolatot alakítsanak ki a páciensekkel és standard ellátást nyújtsanak azon páciensek számára is, akik több időt, és/vagy nem standard eszközöket igényelnek (23).

Mint minden krónikus betegséggel élő páciensnél, a súlyfelesleggel bíró betegek esetében is a velük való tiszteletteljes és gondoskodó kapcsolat

képezi az egészségügyi ellátás alapkövét. *Ahmed* és munkatársai (24) érvelése szerint az elhízással élők együttérzéssel történő kezelése akkor is pozitív hatást gyakorol a populáció egészségére, ha a betegek testtömege nem csökken. A szenzitív bánásmód ugyanis elősegíti a preventív célzatú szűrővizsgálatokon való részvétel gyakoriságának növekedését, az elhízás komorbid állapotaira való jobb odafigyelést, és az egészségügyi ellátórendszer rendszeresebb igénybevételét. Ugyanakkor az elhízással kapcsolatos előítélet, illetve diszkrimináció élménye – vagy akár csak annak elővételezése – a konzultáció során részben megmagyarázhatja a testsúlycsökkentő programokról való távolmaradást. Éppen ezért a szenzitív bánásmód előfeltétele a testsúlycsökkentési erőfeszítések hatékony támogatásának is.

Irodalom

- Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: A review and update. *Obesity (Silver Spring)* 2009;17:941-64. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
- Carr D, Friedman MA. Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *J Health Soc Behav* 2005; 46:244-59. <https://doi.org/10.1177/002214650504600303>
- Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: Important considerations for public health. *Am J Public Health* 2010;100:1019-28. <https://doi.org/10.2105/ajph.2009.159491>
- Hebl MR, Xu J. Weighing the care: Physicians' reactions to the size of a patient. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001; 25:1246-52. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801681>
- Puhl RM, Phelan SM, Nadglowski J, Kyle TK. Overcoming weight bias in the management of patients with diabetes and obesity. *Clin Diabetes* 2016;34:44-50. <https://doi.org/10.2337/diaclin.34.1.44>
- Ferrante JM, Piasecki AK, Ohman-Strickland PA, Crabtree BF. Family physicians' practices and attitudes regarding care of extremely obese patients. *Obesity (Silver Spring)* 2009;17:1710-6. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.62>
- Teixeira FV, Pais-Ribeiro JL, Maia ÂRPDC. Beliefs and practices of health care providers regarding obesity: A systematic review. *Rev Assoc Med Bras* 2012;58:254-62.
- Rurik I, Torzsa P, Ilyés I, et al. Primary care obesity management in Hungary: evaluation of the knowledge, practice and attitudes of family physicians. *BMC Fam Pract* 2013;14:156. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-156>
- Teachman BA, Brownell KD. Implicit anti-fat bias among health professionals: Is anyone immune? *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25:1525-31. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801745>
- Puhl RM, Brownell KD. Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese adults. *Obesity (Silver Spring)* 2006;14:1802-15. <https://doi.org/10.1038/oby.2006.208>
- Puhl R, Peterson JL, Luedicke J. Motivating or stigmatizing? Public perceptions of weight-related language used by health providers. *Int J Obes (Lond)* 2013;37:612-9. <https://doi.org/10.1038/ijo.2012.110>
- Pearson D, Grace C. Weight management. A practitioner's guide. Chichester: Wiley-Blackwell; 2012.
- Puhl RM, Luedicke J, Grilo CM. Obesity bias in training: attitudes, beliefs, and observations among advanced trainees in professional health disciplines. *Obesity* 2014;22:1008-15. <https://doi.org/10.1002/oby.20637>
- Halmy L. Elhízunk? Mindennapi hízás vagy súlytartás. Budapest: Magyar Honvédség Egészségügyi Csapatfőnökség; 2000.
- World Health Organization. Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region. Copenhagen, WHO, 2017. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/351026/WeightBias.pdf (accessed: June 14, 2018).
- Sutin AR, Stephan Y, Terracciano A. Weight discrimination and risk of mortality. *Psychol Sci* 2015;26:1803-11. <https://doi.org/10.1177/0956797615601103>
- Vartanian LR, Porter AM. Weight stigma and eating behavior: A review of the literature. *Appetite* 2016;102:3-14. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.034>
- Jackson SE, Steptoe A. Association between perceived weight discrimination and physical activity: A population-based study among English middle-aged and older adults. *BMJ Open* 2017;7:e014592. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014592>
- Puhl R, Suh Y. Health consequences of weight stigma: Implications for obesity prevention and treatment. *Curr Obes Rep* 2015;4:182-90. <https://doi.org/10.1007/s13679-015-0153-z>
- Tomiyama AJ. Weight stigma is stressful. A review of evidence for the cyclic obesity/weight-based stigma model. *Appetite* 2014;82:8-15. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.06.108>
- Gudzune KA, Bennett WL, Cooper LA, et al. Patients who feel judged about their weight have lower trust in their primary care providers. *Patient Educ Couns* 2014;97:128-31. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.06.019>
- Fruh SM, Nadglowski J, Hall HR, et al. Obesity stigma and bias. *J Nurse Pract* 2016;12:425-32. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2016.05.013>
- Preventing weight bias. Helping without harming in clinical practice. Available from: http://www.uconnruddcenter.org/resources/bias_toolkit/index.html (accessed: May 11, 2018).
- Ahmed SM, Lemkau JP, Birt SL. Toward sensitive treatment of obese patients in primary care. *Fam Pract Manag* 2002; 9:25-8.
- Pilling J. Az orvos-beteg konzultáció. In: *Pilling J* (szerk.). Orvosi kommunikáció. Budapest: Medicina; 2008.p. 46-66.
- Perczel-Forintos D. Kognitív viselkedésterápiás lehetőségek az elhízás kezelésében. In: *Perczel-Forintos D, Mórótz K* (szerk.). Kognitív viselkedésterápia. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt., 2019. p. 531-49.
- Uppot RN, Sahani DV, Hahn PF, et al. Effect of obesity on image quality: Fifteen-year longitudinal study for evaluation of dictated radiology reports. *Radiology* 2006;240:435-9. <https://doi.org/10.1148/radiol.2402051110>